

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190199509**

**Vítima: MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO**

**Data do Acidente: 10/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190199509**

**Vítima: MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO**

**Data do Acidente: 10/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

05810334423

Nome completo da vítima:

MARKSON Augusto MARTINS DE ARAUJO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

MARKSON Augusto MARTINS DE ARAUJO

CPF: 05810334423

Número: 06 Complemento:

Profissão:

LESCO

Endereço:

SETE DE SETEMBRO

Bairro:

ORIZZINO

Olade:

João Pessoa

Estado:

713

CEP:

58088670

Tel.(DDD): 83987088728

E-mail:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

RECLUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1033

CONTA: 94960 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa, 11/03/2019

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina o RODO

Markson Augusto Martins de Araujo

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura  
COMPREV

2º | Nome: CPF: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

12 MAR. 2019

Assinatura

PROTOCOLO  
AS. JOÃO PESSOA

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cléncia do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL

Gerência Executiva de Polícia Civil

8ª DELEGACIA DISTRITAL DA CAPITAL

Av. Parque, 5N, Distrito Industrial, João Pessoa-PB, CEP: 58082-030 João Pessoa/PB, telefone: (83) 3218-5357

## C E R T I D Ó

**280/2019**



**CERTIFICO** que revendo o livro destinado a registro de ocorrências desta Unidade Policial, precisamente a ocorrência nº 280/2019, na mesma continha o seguinte teor: Aos sete dias do mês de março, do ano de dois mil e dezenove, nesta cidade de João Pessoa/PB e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Geraldo Batinga da Silva, compareceu o Sr. **Markson Augusto Martins de Araújo**, brasileiro, solteiro, natural de Patos/PB, nascido aos 16/04/1984, filho de Martins Augusto e de Rita de Araújo Augusto, portador da cédula de identidade nº 2 741 904 Seds. - PB, CPF nº 058.103.344 - 23, residente (no) rua 07 de setembro nº 06, bairro de oitizeiro, nesta capital, CEP – 58088-670, e notificou que, na manhã do dia 10 de dezembro do ano de 2018, por volta das 6:30 horas aproximadamente, o Notificante se conduzia na motocicleta Yamaha/ YBR 150 Fator, cor preta, ano e modelo 2018, placa QSA – 4660 PB e chassi nº 9C6RG3140J00230229, cadastrada em nome de Rosa Sousa dos Santos, objetivando a avenida Hilton Souto Maior, sentido Mangabeira, nas proximidades do viaduto e consequente rotatória para este, sofreu um tranca por parte de um caminhão de placas e Condutor não identificado, e, ao desviar este, sofreu uma queda, consequentemente, foi socorrido ao Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena nesta capital, no qual ficou diagnosticado Fratura de Clavícula esquerda, identificada pelo CID 10 S42.0, conforme Laudo Médico apresentado. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 07 de março de 2019.

*Everaldo Martins da Costa*  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL.

*Markson Augusto Martins de Araújo*



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

05810334423

Nome completo da vítima:

MARKSON Augusto MARTINS DE ARAUJO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

MARKSON Augusto MARTINS DE ARAUJO

CPF: 05810334423

Profissão:

16050

Endereço:

SETE DE SETEMBRO

Número: 06 Complemento: CASA

Bairro:

0712100

Estado:

713

CEP: 58088670

E-mail:

jeanopessoa

Tel.(DDD): 83987088728

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

RECLUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1033

CONTA: 94960 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa, 11/03/2019

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina o RODO

Markson Augusto Martins de Araujo

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura  
COMPREV

2º | Nome: CPF: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

12 MAR. 2019

Assinatura

PROTOCOLO  
AS. JOÃO PESSOA

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cléncia do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, 59 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1128340



## Identificação do paciente

ID 1066830	Nome MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO			Sexo Masculino
Data de nascimento 16/04/1984	Idade 34 anos 7 meses 24 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário 99887
Mãe RITA DE ARAUJO AUGUSTO				Pai MARTINS AUGUSTO
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987112025			DDD Fixo
Tipo documento CNH	Número documento 06313081173			Fone Fixo
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)				Nº Cns 700406939057642
Email	Naturalidade JOAO PESSOA			Tipo UNIDADESAUDE
				UF PB
Email: <a href="mailto:comprev@comprev.com.br">comprev@comprev.com.br</a>				
CBO/R				

## Endereço

CEP 58088670	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro SETE DE SETEMBRO
Número 06	Complemento	Bairro OFIZIEIRO	

## Admissão

Data e Hora 10/12/2018 10:18:03	Número da pulseira 100006940118	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente OUTROS

## Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Voo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

## Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

## Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por  
ANA CARLA FELICIANO DA SILVA

Imprimir

*até 12h*

COMPREV		CD
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A		
tempo 05seg		
12 MAR. 2019		
PROTOCOLO		
AG. JOÃO PESSOA		





**Fatura Mensal**  
Número do Conta: 506741XXXXXX7853  
Atendimento a Clientes: 40045009  
Demais Localidades: 0800 9409009

**Vencimento da Fatura**  
**23/01/2019**

**Total da Fatura**  
**R\$ 647,94**

pagamento mínimo

**R\$ 525,03**

**ATENÇÃO:** Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá arcar com as taxas e encargos adicionais nessa fatura, incidindo sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Valor mínimo dos encargos em caso de pagamento inferior ao vencimento R\$ 16,95  
Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 11/02/2019

**Demonstrativo**

Dato	Descrição	Cidade/Pais	Crédito/Debito
1/12	TOTAL DA FATURA ANTERIOR		603,38
2/12	JUROS ROTATIVO		41,67
2/12	OBRIGADO PELO PAGAMENTO		250,00
2/12	AUSTE CRED PARC S/ JUROS		6,00
2/12	AUSTE CRED PARC S/ JUROS		0,00
2/12	AUSTE CRED PARC S/ JUROS		0,00
2/12	AUSTE CRED PARC S/ JUROS		0,00
2/12	AUSTE CRED PARC S/ JUROS		0,00
2/12	AUSTE CRED PARC S/ JUROS		0,00
2/12	AUSTE CRED PARC S/ JUROS		0,00
	Subtotal Nacional		394,00

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

14/01/2019

### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ROSA Neiva dos Santos,  
RG nº 2.552.958, data de expedição 21/08/2012,  
Órgão SSP/DPB, portador do CPF nº 056.726.824-13, com  
domicílio na cidade de Jacó PESSOA-PB, no Estado de  
\_\_\_\_\_, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
SETE DE SETEMBRO-B. Almeida nº 06,  
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
víctima Marlon Augusto Martins de Araújo, cujo o condutor era  
Marlon Augusto Martins de Araújo.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: YAMAHA YBR 150 FACTOR ED COR: PRETA

Ano: 2018-2018

Placa: QSA 46-63

Chassi: 3C1E9314010023023

**Data do Acidente:** 10/12/2018

Local e Data: ~~WILTON SOLTOS MAIOR DA RARO~~; JOSÉ AMÉRICO. DATA: 10/12/2018

Rosa Maria dos Santos

**Assinatura do Declarante**

Markson Augusto Martins de Araujo

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro).

 **SOUTO**  
SISTEMAS INTEGRADOS & INVESTIMENTOS  
Bela Vista Inglesa - São Paulo - SP

2º OFICIO DE INVESTIGAÇÕES  
2º TURMA DE INVESTIGAÇÕES  
TRÍCIA 1000, N° 42 - CENTRO  
CEP 18013-015 - TORÓPOLIS - PR

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) des-  
MARCONI ALVES DE MATTOS, INC. (ANALISTAS)

从北京到上海的长途汽车，每张票15元。从北京到天津的长途汽车，每张票12元。

En test, da verdade, Joao Pessoa-fa

Lisso Brondum da Silva - Auxiliar

2019-0023701ENOL:001 49,91

SELL DIGITAL: AIA7800B-423N 

Confira a autenticidade em <https://>

Jago Diopasio da Silva  
501670



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA

## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

**NOME DO PACIENTE** Markson Augusto Martins de Araujo

**DATA DE NASCIMENTO** 16/04/84

**NOME DA MÃE** Rita de Araujo Augusto

### DADOS EXTRAÍDOS

**PRONTUÁRIO N.º** 99887

**BOLETIM DE ENTRADA N.º** 1128340

**DATA DO ATENDIMENTO** 10/12/18

**HORA DO ATENDIMENTO** 10:18

**MOTIVO DO ATENDIMENTO** Acidente de moto

**DIAGNÓSTICO (S)** Fratura de clavícula esquerda

**CID 10** S42.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, com queixa de dor em ombro esquerdo, apresenta abaulamento em região clavicular esquerda. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico inicialmente, optado posteriormente por tratamento conservador.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX clavícula E.

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de clavícula E.

### TRATAMENTO:

Tratamento conservador de fratura da clavícula esquerda

**ALTA HOSPITALAR:** 20/12/18

**DATA DA EMISSÃO:** 28/02/19

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS,

MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 MAR. 2019

PROTÓCOLO  
AB. JOÃO PESSOA

**AREA AMARELA**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente <b>MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO</b>	BAE 1128340	Data/Hora Entrada 10/12/2018 10:18:03	Data Baixa
Data de nascimento 16/04/1984	Idade 34a 7m 24d	Sexo Masculino	CNS 700406939057642
Mãe <b>RITA DE ARAUJO AUGUSTO</b>			Telefone de Contato (83) 987112025
Endereço <b>SETE DE SETEMBRO, 06</b>	Bairro <b>OITIZERO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	Prontuário 98887
Acidente <b>OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>BRUNO DE LUNA ROMA</b>	NP Cons. Regional 10075/PB
Data/Hora Classificação 10/12/2018 10:18:03		Data/Hora Prescrição 10/12/2018 10:55:47	

**Anamnese**

Paciente com história de queda de moto há 4 horas referindo dor no ombro esquerdo. Nega alergia a medicamentos.

EF: abaulamento na região da clavícula esquerda. Neurovascular preservado no MSE.

 CD: solicito radiografia da clavícula esquerda  
 orientado por Dr. Roberto Santos

**MEDICAÇÃO**

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSIM)

**EXAME DE IMAGEM**

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA ESQUERDA. (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP/ZANCA)

**PROCEDIMENTO**

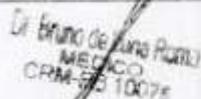
TIPOIA, (OBSERVAÇÕES: NO MSE)

**CID10**

Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula

**Conduta**

Em observação


 Dr. Bruno de Lúna Roma  
 MEDICO  
 CRM-PE 10075

MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO

 BRUNO DE LUNA ROMA  
 (CRM: 10075/PB)

**AREA AMARELA**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N., JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
<b>MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO</b>	1128340	10/12/2018 10:18:03	
Data de nascimento 16/04/1984	Idade 34a 7m 24d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987112025
Mãe <b>RITA DE ARAUJO AUGUSTO</b>			Prontuário 99887
Endereço <b>SETE DE SETEMBRO, 06</b>	Bairro <b>OITIZERO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF PB
Acidente <b>OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>BRUNO DE LUNA ROMA</b>	Nº Cons. Regional 10075/PB
Data/Hora Classificação 10/12/2018 10:18:03		Data/Hora Prescrição 10/12/2018 15:22:22	

**Anamnese**

Paciente com história de queda de moto há 4 horas referindo dor no ombro esquerdo. Nega alergia a medicamentos.

: abaulamento na região da clavícula esquerda. Neurovascular preservado no MSE.

Radiografia com fratura de clavícula esquerda. Apresenta material de síntese na clavícula

 CD: internação hospitalar para procedimento cirúrgico  
 orientado por Dr. Tammer

**DIETA**

DIETA LIVRE, VIA ORAL

**MEDICAÇÃO**

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

IRANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS &gt; 160 OU PAD &gt; 110 : AVISAR PLANTONISTA DE PAS &gt; 200)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V, 24H, 0,0 (MGTSM)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT &lt;60)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

12 MAR. 2019

Ponto assinado por: ANA CARLA FELICIANO DA SILVA em 10/12/2018 10:18:08

**CUIDADOS**

 PROTOCOLO  
 AG. JOAO PESSOA

**CUIDADOS**

CURATIVO. (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

**EXAME LABORATORIAL**

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

IONOGRAMA

UREIA

**Conduta**

Internar Paciente

Dr Bruno de Luna Roma  
MÉDICO  
CRM-PB 10075

MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO

BRUNO DE LUNA ROMA  
(CRM: 10075/PB)

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
12 MAR. 2019  
PROTÓCOLO  
AV. JOÃO PESSOA



AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM  
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: EDSON  
DELGADO TINOCO  
Em: 13/12/2018 09:49:38

Nome	Boleto de Atendimento		Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
<b>MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO</b>	1128340		10/12/2018 10:18:03	
Data de nascimento <b>16/04/1984</b>	Idade <b>34</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>700406939057642</b>	Prontuário <b>99887</b>
Tempo de Internação		Convênio <b>SUS</b>		Plantão <b>DIURNO</b>
Data de Entrada <b>10/12/2018 10:18:03</b>	Data Internação <b>10/12/2018 17:31:28</b>	Permanência na Unidade: <b>2d 23h 31min</b>		Permanência no Leito: <b>2d 16h 18min</b>

### Evolução Médica (EDSON DELGADO TINOCO - 13/12/2018 09:49:22)

#### **EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

#### **ORTOPEDIA**

#FRATURA CLAVICULA ESQUERDA (PERI PLACA)  
02 ANOS POS OP OSTEOSINTSE CLAVICULA ESQUERDA

EXAMES OK

CD: ANALGESIA

AGUARDA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0010  
Profissional responsável pela informação: EDSON DELGADO TINOCO

Número Conselho: 7142





AV. ORESTES LISBOA, Sr - PEDRO GONDIM  
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: TIBIRICA  
MEDEIROS BARBOSA  
Em: 12/12/2018 08:23:57

Nome <b>MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO</b>	Boletim de Atendimento <b>1128340</b>	Data/Hora Entrada <b>10/12/2018 10:18:03</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>16/04/1984</b>	Idade <b>34</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Prontuário <b>700406939057642</b>
Tempo de Internação		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>
Data de Entrada <b>10/12/2018 10:18:03</b>	Data Internação <b>10/12/2018 17:31:28</b>	Permanência na Unidade: <b>1d 22h 5min</b>	Permanência no Leito: <b>1d 14h 52min</b>

### **Evolução Médica (TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA - 12/12/2018 08:23:45)**

#### **EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

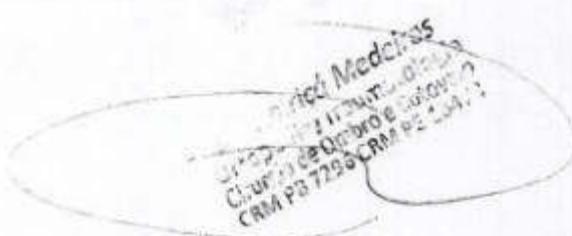
Descrição da evolução:

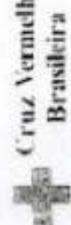
**FRATURA DA CLAVICULA ESQ**  
exames pre op ok  
cd: aguarda cirurgia

Seção: **AREA VERDE ENF 36** Leito: **0010**

Profissional responsável pela informação: **TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA**

Número Conselho: **7296**





Cruz Vermelha HOSPITAL ESTADUAL DE MERGÊNCIA E TRAUMA SENIOR H  
Brasileira

Data: 13/12  
Usuário: EDSON DELL  
Bolelli 1128340

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

<b>MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO</b>					
Nativo do Atendimento					
Enfermaria / Leito					
AREA VERDE ENF 36 / 0010					
Convenio SUS					
Matrícula					
Data de Entrada: 10/12/2018 10:18:03		Data da Internação: 10/12/2018 17:31:28		Permanência na 2d 23h 32min	
Nome do medicamento		Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de
1 DIETA LIVRE		0,0			ORAL
2 DIPIRONA 500 MG COMPRIMIDO		500,0	MG		ORAL
3 OMEPRAZOL		20,0	MG		ORAL
4 ISSVV + CCGG		0,0			

<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>					
Nome					
MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO					
Nativo do Atendimento					
Enfermaria / Leito					
AREA VERDE ENF 36 / 0010					
Convenio SUS					
Matrícula					
Data da Entrada: 10/12/2018 10:18:03		Data da Internação: 10/12/2018 17:31:28		Permanência na 2d 23h 32min	
Nome do medicamento		Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de
1 DIETA LIVRE		0,0			ORAL
2 DIPIRONA 500 MG COMPRIMIDO		500,0	MG		ORAL
3 OMEPRAZOL		20,0	MG		ORAL
4 ISSVV + CCGG		0,0			

Nº Prontuário 99887  
Nº Prescrição 13/12/2018 09:50:42  
Validade da Prescrição 13/12/2018 17:00:00 - 14/12/2018 17:00:00  
Senha

Reimpreso por: Danielle Fernandes Nóbrega  
COREN-PB 202709 - ENF  
dia: 12/12/2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

EDSON DELGADO TINOCO  
CRM: 7142

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.  
12 MAR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Data: 12/12/18 08:24  
Usuário: TIBIRICA  
Boleim: 1128340

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA					
Nome		Data de nascimento	Idade	Sexo	Nº Prontuário
MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO		16/04/1984 Enfermaria / Leito	34a 7m 26d	MASCULINO	1128340 Validade da Prescrição
Convenio SUS	Convenio SUS	Matrícula			12/12/2018 17:00:00 - 13/12/2018 17:00:00
Nome do medicamento		Dose	U.M.	Orientação de Uso	
1	DIETA LIVRE	0,0			ORAL
2	DIPIRONA 500 MG COMPRIMIDO	500,0	MG		ORAL
3	OMEPRAZOL	20,0	MG		ORAL
4	SSVV + CCGG	0,0			

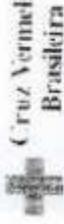
Senha  
Reimpresso por:  
dia: -

TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA  
CRM: 7296

5.3.2018  
TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA  
CRM: 7296

Assinatura e Carimbo do Profissional

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
12 MAR. 2019  
PROTÓCOLO  
AG. JÁO PESSOA



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Nome	MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO	Data de 16/04/1984	Idade 34a 7m 25d	Sexo MASCULINO	Nº 1128340	Nº Prontuário 998887	Data Prescrição 10/12/2018 15:22:22
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito AREA VERDE ENF 36 / 0010	Enfermaria / Leito AREA VERDE ENF 36 / 0010			Validade da Prescrição 10/12/2018 15:22:00 - 11/12/2018 15:22:00		
Convenio SUS			Matrícula				

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. inf.	Pos	Apazramento
1 DIETA LIVRE	0,0			ORAL			
2 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.			
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML					
3 ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML)	8,0	ML		E.V.			
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML					
4 CAPTOPRIL 25 MG	25,0	MG	Observação: SE PAS > 160 OU PAD > 110 : AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200	ORAL			
5 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASSCO 500ML)	2000,0	ML		E.V.			
6 OMEPRAZOL	40,0	MG	Observação: EM JEJUM, PELA MANHÃ	ORAL			
7 GLICOSE 5% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML)	10,0	ML	Observação: SE HGT 60	E.V.			
8 TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.			
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASSCO 100ML)	100,0	ML					
9 CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG		E.V.			
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASSCO 10ML)	100,0	ML					

COMPRA SEGUROS E PREVIDÊNCIA  
12 MAR. 2019  
BRUNO DE JESUS ROMA  
CRM 10075  
AC  
PROTÓCOLO  
JOÃO PESSOA

PA 130x90 mm  
Danielle Fernandes  
COREN-PB 202709 - EBF

Reimpresso por:  
-  
data: -

*Assinatura de autorizado*  
Assinatura de Carimbo do Profissional

Assinatura e Carimbo do Profissional

## HOSPITAL ESTADUAL DE S.MERGENCEIA E TRAUMA SENADOR H

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome			
MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO	Data de 16/04/1984	Idade 34 a 7m 24d	Sexo MASCULINO
Motivo do Aendimento	Enfermaria / Leito		
Convenio SUS	Nº 1126340	Nº 99687	Data Prescrição 10/12/2018 15:22:22
	Validade da Prescrição 10/12/2018 15:22:00 - 11/12/2018 15:22:00	Matrícula	Senha
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso
1 DIETA LIVRE	0,0		Via de Veloc. Inf.
2 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML	ORAL
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML	E.V.
3 ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML)	8,0	ML	
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML	E.V.
4 CAPTOPRIL 25 MG	25,0	MG	Observação: SE PAS > 160 OU PAD > 170 ; AVISAR ORAL
			PLANTONISTA DE PAS > 200
5 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	200,0	ML	
6 CMEPRAZOL	40,0	MG	Observação: SE PAS > 160 OU PAD > 170 ; AVISAR ORAL
			AGORA
7 GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML)	10,0	ML	E.V.
			Observação: SE HGT 60
8 TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	1,0	ML	E.V.
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA	2,0	ML	
	0,9% (FRASCO 100ML)	ML	E.V.
9 CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG	
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA	100,0	ML	E.V.
	0,9% (FRASCO 100ML)	ML	

COMPREV

COMPREV SEGUROSE PREVIDÊNCIA S/A

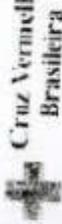
12 MAR. 2019

 PROTOCOLO  
A.G. JOÃO PESSOA

Reimpresso por: -

 dia: 10/12/2018  
Bruno de Luna Ruy  
MÉDICO  
CRM-PB 10077

Assinatura e Carimbo do Profissional



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Nome	MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO			Data de 16/04/1984	Idade 34a 7m 24d	Sexo MASCULINO	Nº 1128340	Nº Prontuário 99887	Data Prescrição 10/12/2018 10:55:47
Motivo do Aendimento	Enfermagem / Leito								
Convenio				Matrícula				Validade da Prescrição 10/12/2018 10:55:00 - 11/12/2018 10:55:00	
SUS				Senha					

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Data da Entrada: 10/12/2018 10:18:03	Data da Internação: 38min	Permanência na	Permanência no
1 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		6/6H	

Reimpresso por: -  
dia: -

BRUNO DE LUNA ROMA  
CRM: 10075

*Dr. Bruno de Luna Roma  
CRM: 10075  
Conselho Federal de Medicina  
CFO: 10075*

*Assinatura e Carimbo do Profissional*

*Dr. Bruno de Luna Roma  
CRM: 10075*



Data: 10/12/18 10:56  
Usuário: BRUNO DE LUNA  
Boleto: 44200340



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

**NOME DO PACIENTE** Markson Augusto Martins de Araujo  
**DATA DE NASCIMENTO** 16/04/84  
**NOME DA MÃE** Rita de Araujo Augusto

### DADOS EXTRAÍDOS

**PRONTUÁRIO N.º** 99887  
**BOLETIM DE ENTRADA N.º** 1131553  
**DATA DO ATENDIMENTO** 26/12/18  
**HORA DO ATENDIMENTO** 00:25  
**MOTIVO DO ATENDIMENTO** Acidente de moto  
**DIAGNÓSTICO (S)** Fratura de clavícula esquerda  
**CID 10** S42.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

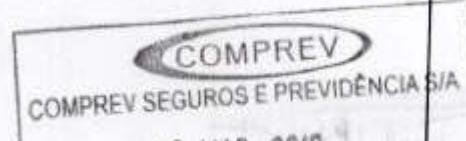
Paciente deu entrada neste Serviço, trazido pelo bombeiro, com história de queda de moto, queixa de dor em ombro, cefaleia e cervicalgia, refere amnésia e uso de bebida alcoólica, refere internação neste serviço por fratura de clavícula há 3 dias, tendo recebido alta há 1 dia, Glasgow 14, pupilas isofoto. Avaliado pela Neurocirurgia, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio, cervical  
RX ombro E.

### RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: sem anormalidades  
RX: fratura de clavícula.



### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura da clavícula esquerda

**ALTA HOSPITALAR:** 05/01/19  
**DATA DA EMISSÃO:** 01/03/19

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1131553

**Identificação do paciente**

ID 1068830	Nome MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO			Sexo Masculino
Data de nascimento 16/04/1984	Idade 34 anos 8 meses 10 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário 99887
Mãe RITA DE ARAUJO AUGUSTO	Pai MARTINS AUGUSTO			
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987112025	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento CNH	Número documento 06313081173	Nº Crs 700406939057642		
Local de procedência CRISTO REDENTOR	Tipo BAIRRO		UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA			

**Endereço**

CEP 58088670	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro SETE DE SETEMBRO
Número 06	Complemento	Bairro OTIZEIRO	

**Admissão**

Data e Hora 26/12/2018 00:25:52	Número da pulseira 1000006843013	Convenio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	

**Indicadores e Transporte**

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

**Sinais Vitais**

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

**Exames complementares**

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos

Paciente com história de queda de moto, queda de dor em ombro D. Edema e eritema.

Rita de Cássia A. da Silva  
Enfermeira  
GOREB-PB #84.120

Diagnóstico

CID

Atendido por  
YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVATempo  
32seg

Imprimir

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

12 MAR. 2019

**PROTOCOLO**  
AG. JOÃO PESSOA  
26/12/2018 00:24

**AREA AMARELA**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente <b>MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO</b>		BAE 1131553	Data/Hora Entrada 26/12/2018 00:25:52	Data Baixa
Data de nascimento 16/04/1984	Idade 34a 8m 10d	Sexo Masculino	CNS 700406939057642	Telefone de Contato (83) 987112025
Mãe <b>RITA DE ARAUJO AUGUSTO</b>				Prontuário 99887
Endereço <b>SETE DE SETEMBRO, 06</b>		Bairro <b>OITIZEIRO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF PB
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>		Profissional <b>ROBERTO PIRES DE ALMEIDA</b>	Nº Cons. Regional 7118/PB
Data/Hora Classificação 26/12/2018 00:25:52		Data/Hora Prescrição 26/12/2018 02:11:26		

**Anamnese**

 Ratura Clavícula  
 Ternamento

**DIETA**

Dieta Livre, via Oral

**MEDICAÇÃO**

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

.PTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS &gt; 160 OU PAD &gt; 110 : AVISAR PLANTONISTA DE PAS &gt; 200)

.SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V. 24H. 0,0 (MGTSM)

OMEPRAZOL 20MG CAPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT &lt;60)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 8/8H. 0,0 (MGTSM)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 12/12H. 0,0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

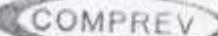
**CUIDADOS**

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT


 COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

12 MAR. 2019


 PROTOCOLO

AS. JOÃO PESSOA


**AREA LARANJA UDC**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente		BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
<b>MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO</b>		1131553	26/12/2018 00:25:52	
Data de nascimento		Idade	CNS	Telefone de Contato
16/04/1984		34a 8m 10d	700406939057642	(83) 987112025
Mãe				Prontuário
<b>RITA DE ARAUJO AUGUSTO</b>				99887
Endereço		Bairro	Município	UF
<b>SETE DE SETEMBRO, 06</b>		OITIZEIRO	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional	
<b>QUEDA / OUTROS</b>	<b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	<b>ALECIO CRISTINO EVANGELISTA SANTOS BARCELOS</b>	7104/PB	
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição		
26/12/2018 00:25:52		26/12/2018 02:00:39		

**Anamnese**

ACIENTE TRAZIDO PELO CB EM PROTOCOLO COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO. QUEIXA-SE DE DOR EM MÍBRO DIREITO, CEFALÉIA E CERVICALGIA. REFERE AMNÉSIA E USO DE BEBIDA ALCOOLICA. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. REFERE INTERNAÇÃO NESSE SERVIÇO POR FRATURA EM CLAVICULA ESQ HÁ 3 DIAS, TENDO RECEBIDO ALTA HOSPITALAR HÁ 1 DIA.

AO EXAME: LOTE, EUPNEICO, GLASGOW 14, SEM DÉFICIT. PUPILAS ISOCORICAS E FOTOREAGENTES.

TC CRANIO E COL. CERVICAL SEM LESÕES NEUROCIRURGICAS AGUDAS

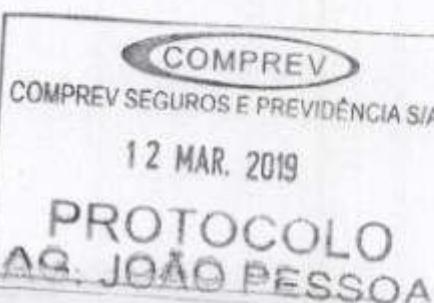
CD: ALTA DA NEUROCIRURGIA. RETIRAR COLAR CERVICAL.

**Conduta**

Em observação

MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO

ALECIO CRISTINO EVANGELISTA SANTOS BARCELOS  
 (CRM: 7104/PB)



**Conduta**

Internar Paciente

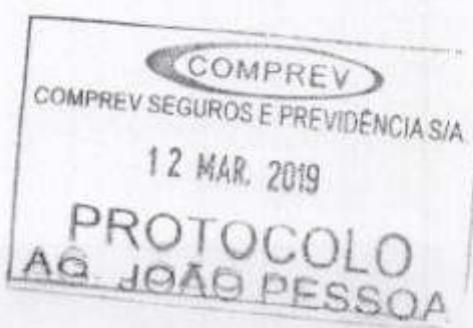
MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO

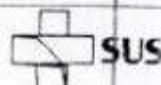
ROBERTO PIRES DE ALMEIDA

(CRM: 7118/PB)

Roberto Pires de Almeida  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PB 7118  
CRA-PE 11000

Pronto MSE.





## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HEETS H&amp;L

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HEETS H&amp;L

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Cesar Augusto Martini de Araujo

6 - N.º DO PRONTUÁRIO  
131553

7 - CAPTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

26/04/1981

9 - SEXO

Masc

Fem 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DOD

11 - FONE DE CONTATO  
N.º DO FONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

## MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

 DIÁRIA DE ACOMPANHANTE DIÁRIA DE UTI TIPO I DIÁRIA DE UTI TIPO II DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31-QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34-QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37-QTDE

Ex 35 TMC.

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fio de tungsteno N.º 1.50 (16) Parafusos c/vertical

.. N.º 3.00 (16) parafusos c/vertical N.º 18

uma placa e 108 furos (16) .. N.º 24

Otro - Será uma broca.

Os parafusos espanfou N.º 18

A agulha de plástico A. 50

N.º 24

N.º 22

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CNS

CPF

43 - ASSINATURA E CARMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

COMPREV

X

2

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

12 MAR. 2019

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CNS

CPF

49 - ASSINATURA E CARMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

PROTÓCOLO

AG. JOAO FESSOA



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

H207SHL

NOME: MARKSON AUGUSTO DE ARAÚJO BE/PRONTUÁRIO 1104755  
IDADE: 25 SEXO:  MASC  FEM COR: \_\_\_\_\_ DATA: 3/1/2019  
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA  
CIRURGIÃO: DR. RAIFF SOARES 1º ASS: DR ROBERTO CORREIA  
2º ASS: MR2 VICTOR 3º ASS: \_\_\_\_\_  
INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_ ANESTESISTA: DR. DIOGO  
TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEIO + SEDA. HORÁRIO INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
<u>FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA</u>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<u>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA</u>	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:  SIM  NÃO

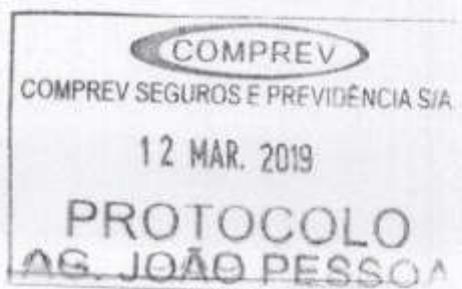
DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:  SIM  NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA TERAPIA INTENSIVA  
RESIDÊNCIA ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: \_\_\_\_\_ DATA: 3/1/2019





## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 07/10/18

PRONTUÁRIO:

SEXO: M COR: B

IDADE:

PACIENTE:

Menezes Júlio Cesar de Souza

PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA PESO	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL	(BOM)	REGULAR	(MAU)	PESSIMO
EXAMES COMPLEMENTARES			RISCO CIRÚRGICO	(BOM)

AP RESPIRATÓRIO

AP CIRCULATÓRIO

AP DIGESTIVO

ESTADO MENTAL

DROGAS EM USO

PRE-ANESTÉSICO

ESTADO FÍSICO (ASA)

DURE: 10h30

DIAGNÓSTICO FRÉ-OPERATÓRIO

CIRURGIA REALIZADA: Meningite Enigma Fábio da blairia G

CIRURGIA:

AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA: 10:40

TERMINO DA ANESTESIA

DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH

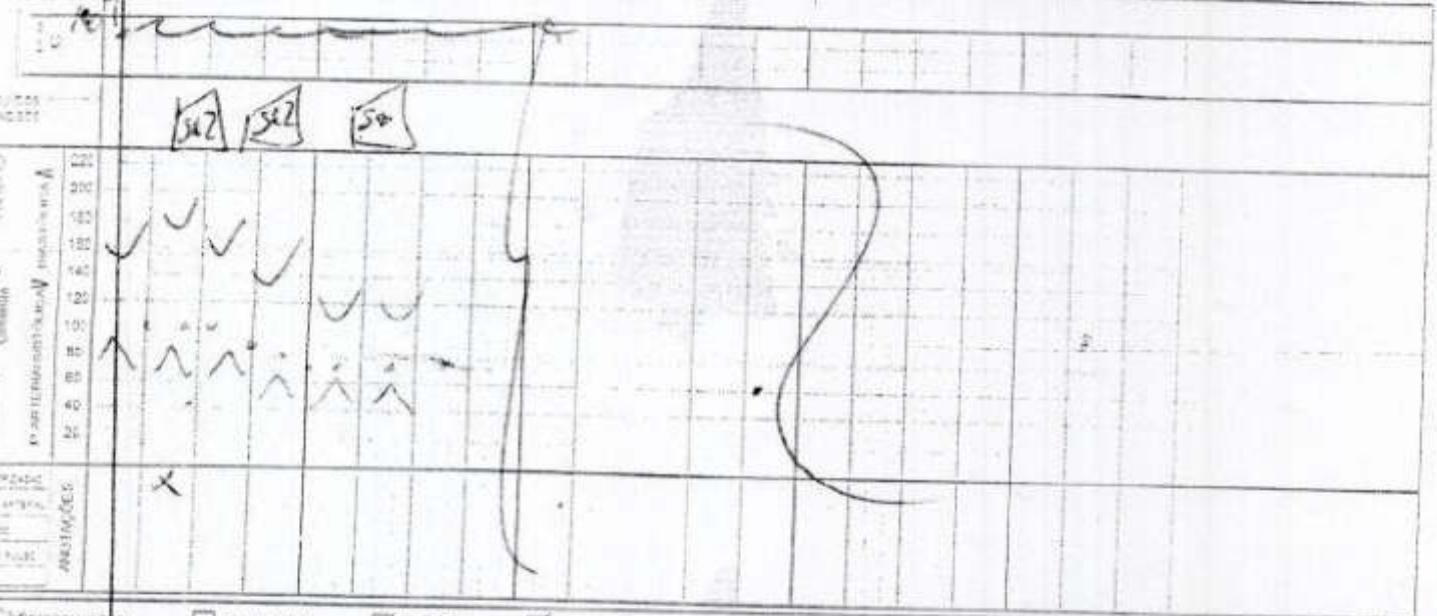
VALORES RS

ANESTESISTA: Dr. Daniel

CFF: 01/08/18/14/10

CRM-PB: 2563

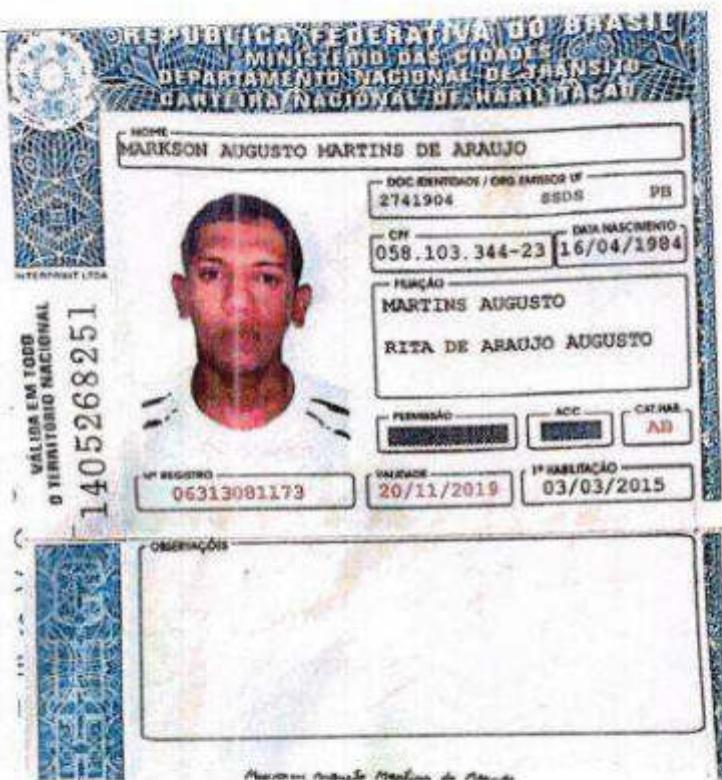
EXPLORAÇÃO:



RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA		HEETSML
Posição e Preparo:	PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB CADEIRA TIPO CADEIRA DE PRAIA	
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA		
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS		
Incisão:	INCISAO EM SOBRE CLAVÍCULA ESQUERDA	
Achados:	FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA EM TERÇO MEDIAL, COM PLACA DCP E CERCLAGEM ESTABILIZANDO TERÇO LATERAL	
Conduta:	DISSECÇÃO + HEMOSTASIA CRITERIOSA	
DIVULSAO DA FASCIA		
VISUALIZAÇÃO DIRETA DA FRATURA E RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTSE		
REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA		
FIXAÇÃO PROVISORIA COM FK N 2		
FIXAÇÃO E ESTABILIZAÇÃO DA FRATURA COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO 8 FUROS E PARAFUSOS CORTICIAIS 3,5 E ESPONJOSOS		
REVISAO DA HEMOSTASIA		
LAVAGEM DA FERIDA COM SF0,9%		
Fechamento:		
SUTURA		
CURATIVOS ESTEREIS		
RX DE CONTROLE		
TIPOIA M-J		
Observação:		
Médico/CRM:	João Pessoa, 3/1/2019	





DETTRAN - PB	Nº 014082488339
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO	VIA - CON PERNAMI - 2018000046429577
1	0116795465-0 00/0000000
LA	2018
AC	NCIE
RR	NCIE
EE	NCIE

PB N° 014082488339 BILHETE DE SEGURÓ 08

ROSA SOUSA DOS SANTOS

ROSA SOUSA DOS SANTOS

05672602413	NOVO	9C6BKG3140100220002
	PLACA ANUAL	QSA4660 / PB
— CPF, CTPS —	— PLACA —	— CHASSI —

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
S / MOTOCICLE / NAO APLIC	ALCO / GASOL
MARCA / MODELO	ANO FAB / FABRIC
MAHINDRA / YB125E	2002 / 2002

ANUÁLIBRADO FATOR ED	2018	2018	COR PREDOMINANTE
CATEGORIA	PARTIC	PARTIC	WENG COIA UNICA
CAPP/DOT/CL	2	149 / CI	2
OBTA UNICA			

IPVA PAGO EM		00/00/0000	1º VENC/COTAS
FAIXA IPVA	COM	PARCELAMENTO/COTAS	2º
FAIXA IPVA	COM	PARCELAMENTO/COTAS	3º
FAIXA IPVA	COM	PARCELAMENTO/COTAS	

JOAO PESSOA - PB  
DATA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 11/10/2018

0116/954650 YAMAHA/YBR150 FACTOR ED  
ANO FAB CAT TRF MARCA/MODELO

2018 9 9C6RG314030023029

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

— CUSTO DO BILHETE (R\$) — OF (R\$) — CUSTO DO SEGURO (R\$) —

*****	SEGURO	PAGO
		PAGAMENTO

<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELAZO	<input type="checkbox"/> DATA DEQUITAÇÃO 09/10/2018
-------------------------------------	------------------------------------	--

SEGURADORA-LÍDER - DEVAT

CNPJ 09.249.608/0001-04

7003781-1210347-20181011

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190199509      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARKSON AUGUSTO MARTINS DE      **Data do acidente:** 10/12/2018      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A  
ARAUJO

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR (3170374315) EM R\$ 1.687,50 PARA A QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU MODERADO DO OMBRO ESQUERDO (50%). SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PRESENTE EM LEI VIGENTE, SINISTRO ATUAL 0%.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
<b>Total</b>			<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>



Seguradora Líder • DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

ID

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190199509      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARKSON AUGUSTO MARTINS DE      **Data do acidente:** 10/12/2018      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A  
ARAUJO

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR (3170374315) EM R\$ 1.687,50 PARA A QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU MODERADO DO OMBRO ESQUERDO (50%). SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PRESENTE EM LEI VIGENTE, SINISTRO ATUAL 0%.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
<b>Total</b>			<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087539/19

**Vítima:** MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJ

**CPF:** 058.103.344-23

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 10/12/2018

**Titular do CPF:** MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO : 058.103.344-23**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**

**- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

**A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.**

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 14/03/2019

Nome: MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO  
CPF: 058.103.344-23

Data do cadastramento: 14/03/2019

Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



()



Buscar no site

A  
COMPANHIASEGURO  
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-  
Atendimento)CENTRO DE DADOS E  
ESTATÍSTICASSALA DE  
IMPRENSATRABALHE  
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

**Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a data de entrega da documentação completa.**

### SINISTRO 3190199509 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

**BENEFICIÁRIO** MARKSON AUGUSTO MARTINS DE ARAUJO

**CPF/CNPJ:** 05810334423

**Posição em 28-08-2019 11:06:56**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

#### Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
04/05/2019	PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/R7aWs__mjB__Gr1NpNxcapi_key=X3ndwUbwtb34EZmjpqEBcx+gRdMxevC7Y41iqcimd2Y="></a> (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/R7aWs__mjB__Gr1NpNxcapi_key=X3ndwUbwtb34EZmjpqEBcx+gRdMxevC7Y41iqcimd2Y=)
22/03/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/unRp+LcuR__xgFqDpExapi_key=X3ndwUbwtb34EZmjpqEBcx+gRdMxevC7Y41iqcimd2Y="></a> (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/unRp+LcuR__xgFqDpExapi_key=X3ndwUbwtb34EZmjpqEBcx+gRdMxevC7Y41iqcimd2Y=)
16/03/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/Mc9TLSAX2BGVQlamJRCapi_key=X3ndwUbwtb34EZmjpqEBcx+gRdMxevC7Y41iqcimd2Y="></a> (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/Mc9TLSAX2BGVQlamJRCapi_key=X3ndwUbwtb34EZmjpqEBcx+gRdMxevC7Y41iqcimd2Y=)

**Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT**



- › Chat - Atendimento On-line ([/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line](#))
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões ([/Contato/Duvidas-Reclamacoess-e-Sugestoes](#))
- › Telefones de Contato ([/Contato/telefones-de-contato](#))
- › Ouvidoria ([/Contato/Ouvidoria](#))
- › Canal de Denúncias ([/Contato/canal-de-Denuncias](#))
- › Mapa do Site ([/Mapa-do-Site](#))
- › Consumidor.gov (<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

Termos de uso e política de privacidade ([/Pages/Termos-de-Uso.aspx](#))