
Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190342153

Vítima: DANIELLE SILVA DE ALENCAR

Data do Acidente: 20/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANIELLE SILVA DE ALENCAR

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190342153

Vítima: DANIELLE SILVA DE ALENCAR

Data do Acidente: 20/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DANIELLE SILVA DE ALENCAR

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentos de identificação ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190342153

Vítima: DANIELLE SILVA DE ALENCAR

Data do Acidente: 20/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIELLE SILVA DE ALENCAR

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **DANIELLE SILVA DE ALENCAR**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000001729-9**

Conta: **000001000284-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

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:	Nome completo da vítima:	
	061.560.494-36	Damião Silva de Alencar	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Damião Silva de Alencar			
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Relato	Rua Ex Lomb Aruano Partido Branco Silva	42	255 L69
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Pangate	João Pessoa	PB	58033-455
E-mail:	Tel (DDD):		
	83 98708-8728		

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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 OPÇÃO 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: 1729 9 CONTA: 100284 2

(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 Líder 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 atenda 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 Líder 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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa, 23/05/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Damião Silva de Alencar

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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: 061.560.494-36 Nome completo da vítima: Damulle Silva de Alencar

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Damulle Silva de Alencar CPF: _____

Profissão: Retiro Endereço: Rua Ex Lomb Aruano Partilo Bando Silva Número: 42 Complemento: 255 L69

Bairro: Pangate Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58033-455

E-mail: _____ Tel: (000) 98708-8928

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

RENDA MENSAL: ☒ RECUSO 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 OPÇÃO 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: 1739 9 CONTA: 100284 2

(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 Líder 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) em decorrência de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda 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 de 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 Líder, com a finalidade de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que não se responsabilizo por qualquer discordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
28 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, João Pessoa, 23/05/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Damulle Silva de Alencar

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

AGENCIA : 1729 - EPITACIO PESSOA-UJP - PB
CONTA : 1000284/2
CGC/CPF : 061560494-36
CORRENTISTA : DANIELLE SILVA DE ALENCAR



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:	Nome completo da vítima:	
	061.560.494-36	Damião Silva de Alencar	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Damião Silva de Alencar			
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Relato	Rua Ex Lomb Aruano Partido Branco Silva	42	255 L69
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Pangate	João Pessoa	PB	58033-455
E-mail:	Tel (DDD):		
	83 98708-8728		

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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 OPÇÃO 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: 1729 9 CONTA: 100284 2

(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 Líder 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 atenda 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 Líder 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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa, 23/05/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Damião Silva de Alencar

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

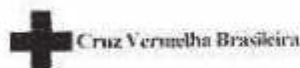
Assinatura

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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1109754



Identificação do paciente						
ID 1328089	Nome DANIELE SILVA ALENCAR	Sexo Feminino				
Data de nascimento 17/09/1992	Idade 36 anos 3 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe MARIA DA GLORIA DA SILVA	Pai NAO DECLARADO					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)					
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987128940	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento	Número documento	Nº Cns				
Local de procedência PENHA	Tipo BAIRRO		UF PB			
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58057144	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro FRANCISCO MADRUGA FILHO			
Número 17	Complemento	Bairro MANGABEIRA				
Admissão						
Data e Hora 20/09/2018 15:36:23	Número da pulseira 1000006938252	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente RUA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Detalhe do acidente VEICULO X OBJETO				
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	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente segue MD-acidente de trânsito Segue em boas condições físicas Diagnóstico CD						
Atendido por SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO						Tempo 62seg

Imprimir

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

06/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.362, 50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIELLE SILVA DE ALENCAR

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01729-9

CONTA: 000001000284-2

Nr. Autenticação

BRADESCO0606201905000000000023701729000001000284236250 PAGO

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Bolão para simples pagamento da nota fiscal de energia elétrica - Nº 023.905.126



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 05.895.143 / 3001-40 - Insc. Est. 15.915.023-8

DADOS DO CLIENTE

JOAO FRANCISCO DE OLIVEIRA SANTOS
RUA EX COMB ALVARO CASTELO BRANCO SILVA 42 Q.395 L.69
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/407726-9

REFERÊNCIA

ABR/2019

APRESENTAÇÃO

24/04/2019

CONSUMO

119

VENCIMENTO

02/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 108,21

Acesse: www.energisa.com.br



COMPANHIA S/A

JOAO FRANCISCO DE OLIVEIRA SANTOS

Roteiro: 15-005-831-1100

83620080001-3 08210149000-9 04077262019-7 04900005019-2

VENCIMENTO

02/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 108,21

MATRÍCULA

407726-2019-04-9



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190342153 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIELLE SILVA DE ALENCAR **Data do acidente:** 20/09/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE DO ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (PÁG.10/12)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE DANILLE SILVA DE ALENCAR
DATA DE NASCIMENTO 17/09/82
NOME DA MÃE MARIA DA GLORIA SILVA LIMA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 111217
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1109754
DATA DO ATENDIMENTO 20/09/18
HORA DO ATENDIMENTO 15:36
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE AUTOMÓVEL
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE UMEROS ESQUERDO
CID 10 S42.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR TORÁCICA E NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA, NEUROCIRURGIA

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE TORAX, BRAÇO ESQUERDO, OMBRO ESQ. , COLUNA CERVICAL, COLUNA TORÁCICA
EXAMES HEMATOLOGICOS
USG(FAST)
TC DE CRANIO

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX BRAÇO - FRATURA DA DIÁFISE DO UMEROS ESQUERDO

TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO UMEROS ESQ.

ALTA HOSPITALAR: 10/10/18
DATA DA EMISSÃO: 06/02/19

Elivaldo Sales de T.
Cirurgião Geral
CRM: 18733
DR. ELIVALDO SALES DE TOLÊDO
CRM: 1873/PB



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente DANIELE SILVA ALENCAR	BAE 1109754	Data/Hora Entrada 20/09/2018 15:36:23	Data Baixa
Data do nascimento 17/09/1982	Idade 36a 5d	Sexo Feminino	CNS
Mãe MARIA DA GLORIA DA SILVA			Telefone de Contato (83) 987128940
Endereço FRANCISCO MADRUGA FILHO, 17	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVELO	Profissional DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE	Nº Cons. Regional 165843/SP
Data/Hora Classificação 20/09/2018 15:36:23		Data/Hora Prescrição 22/09/2018 06:46:09	

Anamnese

CHAMADO PARA AVALIAR PACIENTE NA SALA LARANJA, DESDE O DIA 20/09/2018, AGUARDANDO LIBERAÇÃO DAS OUTRAS CLÍNICAS, PARA REAVALIAÇÃO E POSSÍVEL INTERNAÇÃO ORTOPÉDICA, SEGUNDO FERMAGEM DO SETOR. HISTÓRIA DE FRATURA DISTAL DE RÁDIO E ÚMERO ESQUERDO. PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTOCICLETA, NO MOMENTO, COM TALA AXILOPALMAR, NEUROVASCULAR PRESERVADO. RAIOS: FRATURA DISTAL DO ÚMERO (APENAS UMA INCIDÊNCIA), NÃO VISUALIZADO FRATURA DO RÁDIO CD: SOLICITO NOVAS IMAGENS E PRESCREVO DIETA PARA A PACIENTE.

DIETA

DIETA, VIA ORAL

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E PERFIL)

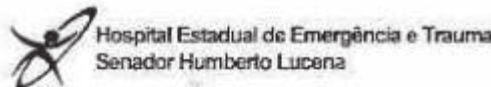
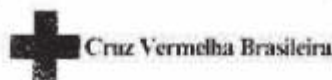
RADIOGRAFIA DE BRACO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E PERFIL)

Conduta

Em observação

DANIELE SILVA ALENCAR

DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE
(CRM: 165843/SP)



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente DANIELE SILVA ALENCAR	BAE 1109754	Data/Hora Entrada 20/09/2018 15:36:23	Data Baixa
Data de nascimento 17/09/1982	Idade 36a 5d	Sexo Feminino	CNS
Mãe MARIA DA GLORIA DA SILVA			Telefone de Contato (83) 987128940
Endereço FRANCISCO MADRUGA FILHO, 17	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE	Nº Cons. Regional 165843/SP
Data/Hora Classificação 20/09/2018 15:36:23		Data/Hora Prescrição 22/09/2018 09:00:22	

anamnese

RECEBO RADIOGRAFIA : SEM FRATURA DISTAL DO RADIO
FRATURA DIÁFISE TERÇO DISTAL DO UMEROS ESQUERDO
CD: INTERNO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO

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), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

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

Diluir

ONDANSETRON 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 > 160 OU PAD > 110 ; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 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 <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)

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA COMPLETO

COAGULOGRAMA COMPLETO

UREIA

CREATININA

IONOGRAMA

EXAME DE IMAGEM

ELETROCARDIOGRAMA

Conduta

Internar Paciente

DANIELE SILVA ALENCAR

DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE
(CRM: 165843/SP)

Diego Dantas L. Albuquerque
CRM: 165843/SP
CNPJ: 08.804.7
TEC 15589

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB,
58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente DANIELE SILVA ALENCAR		BAE 1109754	Data/Hora Entrada 20/09/2018 15:36:23	Data Baixa
Data de nascimento 17/09/1982	Idade 36a 4d	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 987128940
Mãe MARIA DA GLORIA DA SILVA				Prontuário
Endereço FRANCISCO MADRUGA FILHO, 17		Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X OBJETO		Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO	Nº Cons. Regional 2682/PB
Data/Hora Classificação 20/09/2018 15:36:23			Data/Hora Prescrição 21/09/2018 09:52:14	

anamnese

Neurocirurgia

TC Cranio sem afecções neurocirurgicas de urgencia.

Cd:

Oriento sinais de alarme.

Alta da Neurocirurgia.

CIRURGIA GERAL: PACIENTE REFERINDO DOR TORACICA, ABDOMEN SEM QUEIXAS

CONDUTA: RX DE TORAX PA P

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

CID10

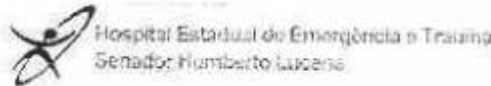
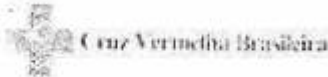
Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

DANIELE SILVA ALENCAR


MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO
(: 2682/PB)



AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente DANIELE SILVA ALENCAR	BAE 1109754	Data/Hora Entrada 20/09/2018 15:36:23	Data Baixa
Data de nascimento 17/09/1982	Idade 36a 3d	Sexo Feminino	CNS
Mãe MARIA DA GLORIA DA SILVA			Telefone de Contato (83) 987128940
Endereço FRANCISCO MADRUGA FILHO, 17	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVELO	Profissional WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES	Nº Cons. Regional 3359/PB
Data/Hora Classificação 20/09/2018 15:36:23		Data/Hora Prescrição 20/09/2018 15:50:58	

Anamnese

PACIENTE SOFREU ACIDENTE AUTOMOBILISTICO APRESNTANDO DOR INTENSA NO TORAX E COLUMNA TORSA, REFEREAINDA DOR NO BRAÇO E OMBRO ESQUERDO.

SEM OUTRAS QUEIXAS.

EGR, EUPNEICA, CORAD, GLASGOW 15

ACV E AR: NDN

ABDOMEN: NDN

MMII: NDN

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100ML DE SF)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BRACO ESQUERDO

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL PERFIL

RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

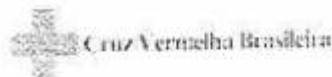
Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

DANIELE SILVA ALENCAR

WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES
(: 3359/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente DANIELE SILVA ALENCAR	BAE 1109754	Data/Hora Entrada 20/09/2018 15:36:23	Data Baixa
Data de nascimento 17/09/1982	Idade 36a 3d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 987128940
Mãe MARIA DA GLORIA DA SILVA			Prontuário
Endereço FRANCISCO MADRUGA FILHO, 17	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS	Nº Cons. Regional 8267/PB
Data/Hora Classificação 20/09/2018 15:36:23		Data/Hora Prescrição 20/09/2018 19:57:16	

Anamnese

Neurocirurgia

Alto paciente vítima de acidente automobilístico com perda de consciência. Nega vômitos. Nega dor cervical.

Ao exame: ECG 15, PIFR, sem déficits.

RaioX cervical: Baixa qualidade. Sem fratura ou desalinhamento. SEM DOR.

Cd:
Solicito TC Cranio sem contraste.

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

Conduta

Em observação

DANIELE SILVA ALENCAR

FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS
(CRM: 8267/PB)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB,
58031090

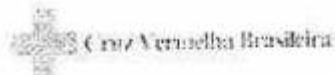
Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente DANIELE SILVA ALENCAR		BAE 1109754	Data/Hora Entrada 20/09/2018 15:36:23	Data Baixa
Data de nascimento 17/09/1982	Idade 36a 3d	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 987128940
Mãe MARIA DA GLORIA DA SILVA				Prontuário
Endereço FRANCISCO MADRUGA FILHO, 17		Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional REMO SOARES DE CASTRO	Nº Cons. Regional 2447/PB	
Data/Hora Classificação 20/09/2018 15:36:23			Data/Hora Prescrição 20/09/2018 16:59:08	
anamnese paciente com trauma do membro superior esquerdo, visto rx fratura do terço distal do umero esquerdo fechada, a mesma será internada para tratameto cirurgico logo que tenha alta das demais clinicas que estao avaliando, colocado tala gessada axilopalmar.				
Conduta Em observação				

DANIELE SILVA ALENCAR

REMO SOARES DE CASTRO
(: 2447/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Seriador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente DANIELE SILVA ALENCAR	BAE 1109754	Data/Hora Entrada 20/09/2018 15:36:23	Data Baixa
Data de nascimento 17/09/1982	Idade 36a 3d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 987128940
Mãe MARIA DA GLÓRIA DA SILVA		CNS	Prontuário
Endereço FRANCISCO MADRUGA FILHO, 17	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS	Nº Cons. Regional 8267/PB
Data/Hora Classificação 20/09/2018 15:36:23		Data/Hora Prescrição 20/09/2018 20:48:08	

Anamnese

Neurocirurgia

--- Crânio sem afecções neurocirúrgicas de urgência.

Cd:

Oriento sinais de alarme.

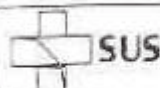
Alta da Neurocirurgia.

Conduta

Em observação

DANIELE SILVA ALENCAR

FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS
(CRM: 8267/PB)



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc

Fem

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

000

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD IGGE 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 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

cx 4,5

Placa de estrutura de 07 pites
Periquitos corticais ns 24/2 - 26/2
28/2 - 32/2.

Formacia

Agulha de
Blaqueiro 150

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr Francinelo Freitas

Médico

CRM PB 9603

CNS 703404579057800

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

41 - CNS

42 - CPF



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HSE TSH1

NOME: DANIELE SILVA ALENCAR BE/PRONTUÁRIO: 1109754
IDADE: 36 SEXO: ☐ MASC ☒ FEM COR: DATA: 09/10/2018
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: LR:
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UMERO ESQUERDO
CIRURGIÃO: DR. TIAGO FORMIGA 1º ASS: DR. RENNA
2º ASS: MR1 FRANCINELIO 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEIO+GERAL HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DIAFISARIA DE UMERO ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE UMERO ESQUERDO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃODESCRIÇÃO: BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA☐ TERAPIA INTENSIVA☐ RESIDÊNCIA☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:


Dr. Francinelo Freitas
Médico
CRM PB 9603
MS 703404579057800

DATA:

09/10/2018

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
VIA DE ACESSO ANTEROLATERAL EM BRAÇO ESQUERDO
AVULSÃO E DISSECÇÃO POR PLANOS
CUIDADOS DE HEMOSTASIA
Achados:
FRATURA DIAFISARIA DE Umero ESQUERDO
Condução:
ISOLAMENTO E PROTEÇÃO DO NERVO RADIAL
REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA
FIXAÇÃO E ESTABILIZAÇÃO DA FRATURA COM PLACA 7 FUROS + PARAFUSOS CORTICAIS +
COM PARAFUSO INTERFRAGMENTARIO.
LIMPESA EXAUSTIVA COM SFO,9%
SUTURA POR PLANOS
CURATIVOS ESTEREIS
Fechamento:
Observação:
RX DE CONTROLE
TALA PINÇA DE CONFEITEIRO

Médico/CRM:

Dr Francinêto Freitas
Médico
CRM PB 9603
CNS 703404579057800

João Pessoa,

09/10/2018



Paciente: Daniel Silva Henriques
Idade: 36 anos
Sexo: M
Profissão: Cirurgião
Local de Procedimento: Cirurgia
Procedimento: Fratura de tíbia e fíbula com placa e parafusos
Anestesia: Geral
Anestesiologista: Dr. Thiago F. Almeida, Dr. Renato Gomes
Instrumentação: Dr. Francisco Valério, Dr. Michele (HE)
Data: 03.10.18
Tempo Cirúrgico - Anestesia Início: 13:30
Cirurgia Início: 14:35 - 18:00

Índice de Risco de Cirurgia - ASA (American Society of Anesthesiologists): ASA II (ASA 2) / ASA 2 (ASA 2)

Índice de Contaminação (Linha 1): Contaminada / Infectada / Potencialmente Contaminada

MEDICACÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONSUMÍVEIS	QTD.	OUTROS	QTD.
ALFENTANIL		JELCO Nº 18		FIO CAT. GUT. CROMADO Nº	
PROPÓFOL		JELCO Nº 20		FIO CAT. GUT. CROMADO Nº	
ROPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº 22		FIO DE ACÚMULO Nº	
ETANAL		JELCO Nº 24		FIO DE ACÚMULO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº 3,0 L	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº 10		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº 15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANIL		LÂMINA BISTURI Nº 20		FIO POLIGLACTINA Nº	1,0 L
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº 24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOSUMIPACAÍNA C. VASO		LÂMINA DE ENFERTE		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOSUMIPACAÍNA S. VASO		LÂMINA DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C. VASO		LÂMINA ESTÉRIL Nº 0		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S. VASO		LÂMINA ESTÉRIL Nº 1,5		FIO POLIGLACTONA Nº	
MIODAZOLAM		LÂMINA ESTÉRIL Nº 8,0		FIO SEDA Nº	
MORFINA		LÂMINA ESTÉRIL Nº 9,0		FIO CARDÍACA	
NIMBEX		MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCRÔNIO		MULTÍTIPO		CATETER DE PIC	
PETIDINA		PERFORADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL		SCALP Nº 19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANIL		SCALP Nº 21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		SERINGA 3ML		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		SERINGA 10ML		FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
		BOLSA P. COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNLULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		PROTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		KIT PAM	
BENTRA		CATETER EPIDURAL Nº 16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº 17			
DENAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº 18			
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSO			
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO			
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS			
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS			
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE			
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO			
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS			
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS			
PLASIL		EQUIPO MICROGOTAS			
PROSTIGMINE		ESFONJA DE PVPI			
PROTAMINA		ESPARADRAPO			
TENOXICAN		GAZES			
		GAZES ALGODÃO			
		ELETROLÍTICO			
		JELCO Nº 16			

Equipamentos:

- ASPIRADOR
- BIOTEC. ELÉTRICO
- CAPNOGRÁFO
- CARDIOMONITOR
- DESBILADOR
- FOCO AUXILIAR
- FOCO CENTRAL
- MICROSCOPIO
- OMÍMETRO DE PULSO
- TIPO INVASIVA NÃO INVASIVA
- PERFORADOR ELÉTRICO
- SERRA
- CIRCULANTE

Placa de osteotomia de tíbia e fíbula
Parafusos corticais nº 24/2 - 26/2 - 28/3 - 32/1
cx 3,5
Para uso cortical nº 30

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3 131.949 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 05/04/2019

NOME
DANIELLE SILVA DE ALENCAR

FILIAÇÃO
DINARK CLEMENTE DE ALENCAR
MARIA DA GLÓRIA SILVA LIMA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
JOÃO PESSOA-PB 17/09/1982

DOC ORIGEM
CERT. NASC. Nº32641 - LIV.33 A - FLS.72 - CARTORIO 2º JOÃO PESSOA PB

CPF
061.560.494-36

Antônio Carlos de Almeida
Antônio Carlos de Almeida

REPUBLICA

SECRETARIA



Donna

CA



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **061.560.494-36**

Nome: **DANIELLE SILVA DE ALENCAR**

Data de Nascimento: **17/09/1982**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **23/08/2003**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **17:22:42** do dia **25/03/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **08F8.F65F.E96E.0BC7**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-237




Danielle Silva de Alencar
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.131.949 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 05/04/2019

NOME DANIELLE SILVA DE ALENCAR

FILIAÇÃO DINARK CLEMENTE DE ALENCAR MARIA DA GLÓRIA SILVA LIMA

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 17/09/1982

DOC ORIGEM CERT. NASC. Nº32841 - LV.33 A - FLS.72 - CARTORIO 2º JOÃO PESSOA PB

CPF 061.560.494-36

Assinatura de Danielle Silva de Alencar
Assinatura do Titular

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 MAIO 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

DOCUMENTOS BÁSICOS - D

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CE
- DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE H
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORM
- TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FA
- SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA
- (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE
- CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS CO

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMEN

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTA
- DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALH
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME D
- DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA

INFORMAÇÕES IMPORTANT

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.5
 - INVALIDEZ PERM
 - DAS LESÕES E DE
 - DESPESAS MÉDIC
 - VARIA CONFORME

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODER
- LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZA
- GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

Paulo Sérgio de

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190342153 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIELLE SILVA DE ALENCAR **Data do acidente:** 20/09/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE DO ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (PÁG.10/12)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175054/19

Número do Sinistro: 3190342153

Vítima: DANIELLE SILVA DE ALENCAR

CPF: 061.560.494-36

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 20/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DANIELLE SILVA DE ALENCAR

DOCUMENTOS ENTREGUES

DANIELLE SILVA DE ALENCAR : 061.560.494-36

Autorização de pagamento

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 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

Data da entrega: 28/05/2019
Nome: DANIELLE SILVA DE ALENCAR
CPF: 061.560.494-36

DANIELLE SILVA DE ALENCAR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/05/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175054/19

Vítima: DANIELLE SILVA DE ALENCAR

CPF: 061.560.494-36

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 20/09/2018

Titular do CPF: DANIELLE SILVA DE ALENCAR

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

DANIELLE SILVA DE ALENCAR : 061.560.494-36

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 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

Data da entrega: 23/05/2019
Nome: DANIELLE SILVA DE ALENCAR
CPF: 061.560.494-36

DANIELLE SILVA DE ALENCAR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/05/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175054/19

Número do Sinistro: 3190342153

Vítima: DANIELLE SILVA DE ALENCAR

CPF: 061.560.494-36

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 20/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DANIELLE SILVA DE ALENCAR

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

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 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

Data da entrega: 30/05/2019
Nome: DANIELLE SILVA DE ALENCAR
CPF: 061.560.494-36

DANIELLE SILVA DE ALENCAR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/05/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS