
Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190395650

Vítima: CLAUDIO MORAIS SANTOS

Data do Acidente: 03/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLAUDIO MORAIS SANTOS

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, 12 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190395650

Vítima: CLAUDIO MORAIS SANTOS

Data do Acidente: 03/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLAUDIO MORAIS SANTOS

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: CLAUDIO MORAIS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 00000325978-7

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: 0233938/09	CPF da vítima: 738.719.904-34	Nome completo da vítima: CLAUDIO MORAIS SANTO
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: CLAUDIO MORAIS SANTO	CPF: 738.719.904-34	
Profissão: VIGILANTE	Endereço: Rua ANDRÉ VIEIRA	Número: 30
Bairro: VELAME	Cidade: CAMPINA GRANDE	Complemento: CASA
E-mail: PROCESSOCANAL@GMAIL.COM	Estado: PARNÁ	CEP: 58.420-270
		Tel. (DDD): (83) 99829-8855

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: 0041 ☐ CONTA: 325978 ☐ 7 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐ (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

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, Jacaré, PB 25-06-2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Claudio Moraes Santo
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: 25 JUN. 2019

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)





BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº00234.01.2018.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 03/06/2018

Hora: 12:17:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Rodovia Pb Que Liga a Cidade de Caturité, [Indeterminado], Caturité, PB.

Complemento: Zona Rural de Caturité

Ponto de referência: Perto da Cidade de Caturité

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Cláudio Moraes Santos

Conhecido por: Não informado

Filiação: Estelita Moraes dos Santos e José Félix dos Santos

Idade: 47

Data de Nascimento: 26/10/1970

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: solteiro(a)

Escolaridade: Ensino médio completo

Profissão: Vigilante

Cargo: Não informado

Matrícula: Não informado

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 738.719.904-34

Endereço: Rua Antonio Vicente, 30, Velame, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Perto do Mercadinho do Aderbal

Telefone: (83) 99157-6982

TESTEMUNHA

Nome: Adilson Oliveira Pequeno

Conhecido por: Não informado

Filiação: Maria Creuza Oliveira Pequeno e Aluisio Nogueira Pequeno

Idade: 49

Data de Nascimento: 22/10/1968

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: casado(a)

Escolaridade: Não informado

Profissão: Operador de Almoxarifado

Cargo: Não informado

Matrícula: Não informado

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 640.932.474-04

Endereço: Rua Adauto Pedro de Carvalho, Velame, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Próximo Ao Mercadinho Bom Jesus

Telefone: (83) 98110-7908



Viviane Clevidia de Sousa Caitano
Escrevente Autorizada

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original
que me foi exibido. DOU fé. (Art. 425 - III do CPC)

Campina Grande - PB 30/07/2018

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Selo Digital: AH07079-YH3J

Emol R\$2,38 ISS R\$0,12 Farpen R\$0,28 Fepj R\$0,44 MP R\$0,04

Procedimento Policial: 00234.01.2018.2.00.420



TESTEMUNHA

Nome: Jeane Celestino da Silva
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria Celestino da Silva e José Orlando Barbosa da Silva
Idade: 40 Data de Nascimento: 20/07/1978 Identidade de Gênero: feminino
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado Profissão: Costureira
Cargo: Não informado Matrícula: Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 023.720.244-18
Endereço: Rua João Francisco da Silva, Velame, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Próximo a Randon Paraíba
Telefone: (83) 98667-5700

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Honda, modelo CG 160 TITAN, tipo de veículo Motocicleta, cor vermelha, ano 2018, placa QFL-1943, chassi 9C2KC2210JR005872, renavam 0113564431-1

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 160 TITAN, Ano/Modelo 2017/2018, cor vermelha, Placa QFL-1943-PB, Chassi de Nº 9C2KC2210JR005872, licenciada em nome do comunicante Claudio Moraes Santos, quando trafegava na Rodovia PB que liga a cidade de Caturité, momento em que o condutor de um veículo de sinais e condutor não identificado que ia a sua frente, diminuiu a velocidade para sobrepor a uma quebra molas, o comunicante que vinha atrás e ao frear a moto para não colidir contra o citado veículo, perdeu o controle de direção da moto, vindo a cair no solo e sofrido fratura intra articular da cabeça do Rádio do lado esquerdo e fratura do 5º, 6º e 7º arcos costais a esquerda, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Viviane Clevidia de Sousa Caitano
Escrevente Autorizada

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



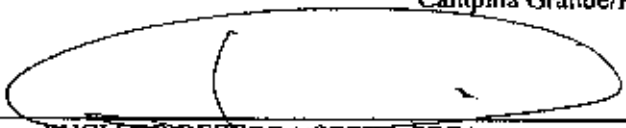
**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e Defesa Social



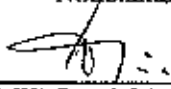
Campina Grande/PB, 27 de julho de 2018.


LUCIANO BEZERRA SERRA SECA

Delegado(a) de Polícia Civil


CLAUDIO MORAIS SANTOS

Noticiante


ADEMIR DA COSTA VILAR

Escrivão de Polícia



2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Tabela: Maria de Fátima Santos Cavalcanti
Praga da Bandeira, 102 Centro - Campina Grande - PB

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original
que me foi exibido. Dou fé. (Art. 426 - III do CPC)

Campina Grande-PB 30/07/2018

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br/>

Selo Digital: AHM070BQ-LT66

Emal R\$2,88 ISS R\$0,12 Farpen R\$0,28 Fepj R\$0,44 MP R\$0,04



Viviane Clevidia de Sousa Caitano
Escrivente Autorizada



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº00234.01.2018.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 03/06/2018

Hora: 12:17:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Rodovia Pb Que Liga a Cidade de Caturité, [Indeterminado], Caturité, PB.

Complemento: Zona Rural de Caturité

Ponto de referência: Perto da Cidade de Caturité

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Claudio Moraes Santos

Conhecido por: Não informado

Filiação: Estelita Moraes dos Santos e José Félix dos Santos

Idade: 47

Data de Nascimento: 26/10/1970

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: solteiro(a)

Escolaridade: Ensino médio completo

Profissão: Vigilante

Cargo: Não informado

Matrícula: Não informado

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 738.719.904-34

Endereço: Rua-antonio Vicente, 30, Velame, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Perto do Mercadinho do Aderbal

Telefone: (83) 99157-6982

TESTEMUNHA

Nome: Adilson Oliveira Pequeno

Conhecido por: Não informado

Filiação: Maria Creuza Oliveira Pequeno e Aluisio Nogueira Pequeno

Idade: 49

Data de Nascimento: 22/10/1968

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: casado(a)

Escolaridade: Não informado

Profissão: Operador de Almoxarifado

Cargo: Não informado

Matrícula: Não informado

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 640.932.474-04

Endereço: Rua Adauto Pedro de Carvalho, Velame, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Próximo Ao Mercadinho Bom Jesus

Telefone: (83) 98110-7908





TESTEMUNHA

Nome: Jeane Celestino da Silva
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria Celestino da Silva e José Orlando Barbosa da Silva
Idade: 40 Data de Nascimento: 20/07/1978 Identidade de Gênero: feminino
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado Profissão: Costureira
Cargo: Não informado Matrícula: Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 023.720.244-18
Endereço: Rua João Francisco da Silva, Velame, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Próximo a Randon Paraíba
Telefone: (83) 98667-5700

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Honda, modelo CG 160 TITAN, tipo de veículo Motocicleta, cor vermelha, ano 2018, placa QFL-1943, chassi 9C2KC2210JR005872, renavam 0113564431-1

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 160 TITAN, Ano/Modelo 2017/2018, cor vermelha, Placa QFL-1943-PB, Chassi de Nº 9C2KC2210JR005872, licenciada em nome do comunicante Claudio Moraes Santos, quando trafegava na Rodovia PB que liga a cidade de Caturité, momento em que o condutor de um veículo de sinais e condutor não identificado que ia a sua frente, diminuiu a velocidade para sobrepor a uma quebra molas, o comunicante que vinha atrás e ao freiar a moto para não colidir contra o citado veículo, perdeu o controle de direção da moto, vindo a cair ao solo e sofrido fratura intra articular da cabeça do Rádio do lado esquerdo e fratura do 5º, 6º e 7º arcos costais a esquerda, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.





Campina Grande/PB, 27 de julho de 2018.

LUCIANO BEZERRA SERRA SECA
Delegado(a) de Polícia Civil

CLAUDIO MORAIS SANTOS
Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia



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: 0233939/09 CPF da vítima: 738.719.904-34 Nome completo da vítima: CLAUDIO MORAIS SANTO

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

Nome completo: CLAUDIO MORAIS SANTO CPF: 738.719.904-34
Profissão: VIGILANTE Endereço: Rua ANDRÉ VICONTE Número: 30 Complemento: CASA
Bairro: VELAME Cidade: CAMPINA GRANDE Estado: PB CEP: 58.420-270
E-mail: PROCESSOCANAA@GMAIL.COM Tel. (DDD): (83) 99329-8855

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)
AGÊNCIA: 0041 CONTA: 325978 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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: Jacaré Pernaíba PB 25-06-2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Cláudio Moraes Santo
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190395650 **Cidade:** Caturité **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDIO MORAIS SANTOS **Data do acidente:** 03/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º, 6º E 7º ARCOS COSTAIS À ESQUERDA COM HEMOTÓRAX LAMINAR.
FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: @PG 15

LAUDO PERICIAL DO IML: Nº 03.03.06.112018.24370 DE 04/06/2018, QUESITO 4º: SIM.

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 completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAUDIO MORAIS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000325978-7

Nr. da Autenticação 239103830B991DC9

ELIAUDIO MORAIS SANTOS
RUA ACACIO VICENTE, 30 - VILA JANE
CAMPELA GRANDE / PB CEP: 58420-270 (Aq. 401)

energisa

Comprovante de residência



Emprego: 22/06/2018 Referência: 30/07/2018 08:20 AM 156 Área Subest: T14111111 Camébia Grande / PB - CEP: 58420-270
Cidade/Estado: PRESIDENTIAL PRESIDENCIAL MONTE ASICO CNPJ: 06.926.994/0001-85 Insc. Est: 16.005.839-1
Pósto: 13-401-784-9300 Nº Medidor: H1010238880

Nota Fiscal/Nota de Energia: ENE-1001261-620
Cód. para Ode. Autenticação: 00000040806

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800-023 0196** Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Jun / 2018	22/06/2018	24/07/2018	73871990434

UC (Unidade Consumidora): **4/54590-5**

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 22/06/2018 Leitura: 116703	Data: 22/06/2018 Leitura: 18795			77

Demonstrativo				
Descrição	Quantidade	Unidade	Valor Base Calc. (R\$)	Valor Base Calc. (R\$)
0001 Consumo em kWh	82.000	0,0077400	633,88	633,88
0002 Taxa B. Amarela	1,00	0,34	0,34	0,34
0003 Taxa B. Verde	1,00	0,34	0,34	0,34
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0004 CONTRIBUIÇÃO PLSUCA	1,00	0,00	0,00	0,00
0005 JUROS DE MORATÓRIO	1,00	0,00	0,00	0,00
0006 MULTA 05/2018	1,00	0,00	0,00	0,00
0007 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018	1,00	0,00	0,00	0,00

COT. CUSTO DE CUSTEIO ATUALIZADO TOTAL: R\$ 83,48

Media Últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
82	29/06/2018	R\$ 83,48

Histórico de Consumo (kWh)

Jun 18	Jun 17	Jul 17	Jul 18	Jul 19	Jul 20	Jul 21	Jul 22	Jul 23	Jul 24	Jul 25	Jul 26	Jul 27	Jul 28	Jul 29	Jul 30	Jul 31	Jul 32	Jul 33	Jul 34	Jul 35	Jul 36	Jul 37	Jul 38	Jul 39	Jul 40	Jul 41	Jul 42	Jul 43	Jul 44	Jul 45	Jul 46	Jul 47	Jul 48	Jul 49	Jul 50	Jul 51	Jul 52	Jul 53	Jul 54	Jul 55	Jul 56	Jul 57	Jul 58	Jul 59	Jul 60	Jul 61	Jul 62	Jul 63	Jul 64	Jul 65	Jul 66	Jul 67	Jul 68	Jul 69	Jul 70	Jul 71	Jul 72	Jul 73	Jul 74	Jul 75	Jul 76	Jul 77	Jul 78	Jul 79	Jul 80	Jul 81	Jul 82	Jul 83	Jul 84	Jul 85	Jul 86	Jul 87	Jul 88	Jul 89	Jul 90	Jul 91	Jul 92	Jul 93	Jul 94	Jul 95	Jul 96	Jul 97	Jul 98	Jul 99	Jul 100
--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	---------

RESERVADO AO FISCO
7275.b7b2.8501:a181.2b72.6a91.9d09.395b.

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
Indicador	Limite	Apurada	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DESEMPENHO DA ANEEL	0,00	0,00	220	Serviços de Ode da Energia	13,84	16,59
DESEMPENHO DA TRANSMISSÃO	0,00	0,00	220	Consumo de Energia	38,82	46,51
DESEMPENHO DA DISTRIBUIÇÃO	0,00	0,00	220	Serviço de Transmissão	0,31	0,37
DESEMPENHO DA GERAÇÃO	0,00	0,00	220	Encargos Sociais	8,77	10,51
DESEMPENHO DA TRANSMISSÃO	0,00	0,00	220	Impostos Diretos e Encargos	13,84	16,59
DESEMPENHO DA DISTRIBUIÇÃO	0,00	0,00	220	Outros Serviços	0,00	0,00
DESEMPENHO DA GERAÇÃO	0,00	0,00	220	Total	83,48	100,00

Valor do EUSD (de 4/2018) R\$ 20,22

ATENÇÃO Faturas em atraso



CTO RECIFE PE PLB
CLAUDIO MORAIS SANTOS
AEROP ANTONIO VICENTE 30
CASA VELAME
58420-270 CAMPINA GRANDE PB

DATA DE VENCIMENTO 19/04/19 - DATA DE POSTAGEM 08/04/19



7216210573008970000007733730080419

Período de Uso
de 02/03/2019 a 01/04/2019
Vencimento
19/04/2019

Valor pago na última conta: R\$ 41,99

83 99157 6982

1. Plano Contratado
Oferta Conjunta Claro MIX
Aplicativos Digitais
Claro Controle 4GB + Minutos Ilimitados (158)
-18,00
Valor R\$ 59,99



Veja aqui o que está sendo cobrado:

1. Plano Contratado	R\$ 41,99
2. Outros Lançamentos	R\$ 0,85
Total	R\$ 42,84

Descontos em conta e outros serviços:
Não apply bônus Claro
Na Internet - Trobador.com.br
Pelo celular - 1052
No atendimento Claro 1052
Para futura entrega, ligue 1052



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

5Ame

Nome:	Cláudio Marcos Santos	Bairro:	Batalha de Fimenes
End:	Antônio Vicente	Documento de Identificação:	
Data de Nascimento:	4/6 anos	Data do Atendimento:	03-06-18 Hora: 12:00 Documento:
Queixa:	AR - mialgia		
Acidenté de trabalho?	() Sim () Não		

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Faceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:		
Pressão arterial:	Temperatura axilar:		
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida		
Deambulação:	() Livre ()adeira de rodas () Maca		

Estratificação

MOD. 110

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

GOVERNO ESTADO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE	SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CAMPINA GRANDE - PARAIBA
---	---

PACIENTE: CLÁUDIO MORAIS SANTOS

DATA DO EXAME: 03.06.2018

RADIOGRAFIA DE OMBRO

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE COTOVELO

- Fratura intra-articular da cabeça do rádio, sem desalinhamento ósseo significativo.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

- Transparência pulmonar normal.
- Mediastino e seios costofrênicos sem alterações.
- Coração de dimensões normais.
- Fraturas do 5°, 6° e 7° arcos costais à esquerda.

Dr. André Ventura
CRM/PB: 7282

Dra. Miriam Albino
CRM/PB: 6436

Dra. Marcella Farias
CRM/PB: 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 8485

Dr. Ramoniê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101

REQUISICÃO DE EXAMES

[illegible]

DADOS CLÍNICOS:	Contrito fracturas contusas E
-----------------	-------------------------------

REALIZADO A REALIZADO EM: 8 / 00 / 00	MATERIAL A EXAMINAR:
--	------------------------------------

EXAMES SOLICITADOS	EXAMES REALIZADOS
Rx tórax PA	

URGÊNCIA: ☒	ROTINA: ☐	 Dr. Carlos Roberto de Almeida CRM 5.128
DATA: 04/06/18	HORA DA SOLICITAÇÃO:	
		Carimbo e Assinatura do Médico

Carimbo e Assinatura do Médico

Diagnóstico

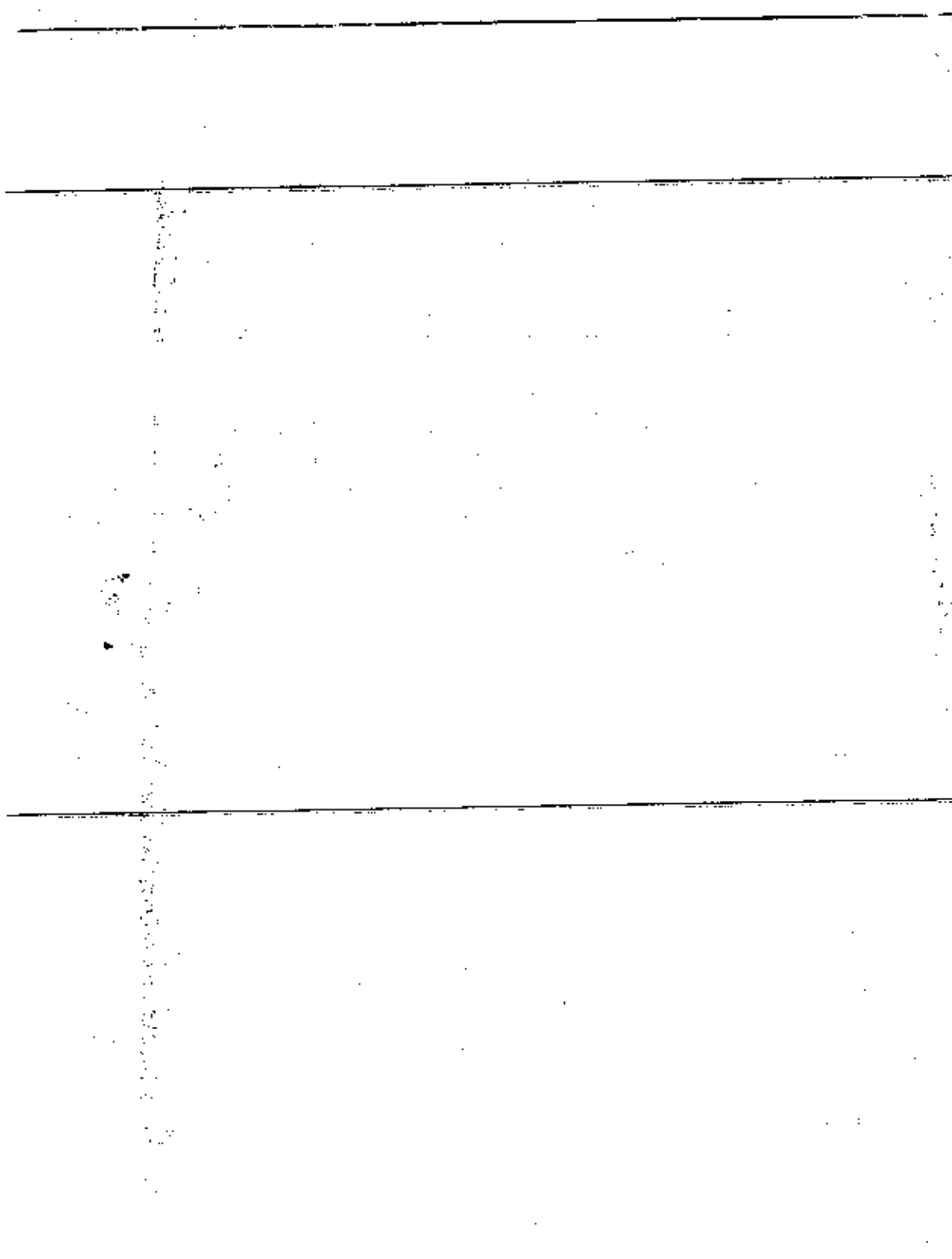
FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Tratamento E

Paciente	Data	Prescrição Médica	Alojamento	Leito	Convenio	Evolução Médica
Claudio Maurin Santos	04/06/18	1) Dito Liric 2) Liric Ativado 3) Paracetamol 500mg - 7x 500mg 4) 500mg	X			Bom estado. Evolucao. IVV e me no HTE. na: 12. 12a controla - Dr. Claudio Maurin Santos CRM-PB 5126
	05/06/18	Alta Hospitalar				Alta Hospitalar. Ortopedia. Tere auto Amambio. Dr. Claudio Maurin Santos CRM-PB 5126

CÓPIA DIGITALIZADA DO
CONFERE COM O ORIGINAL
12/07/14
ASS. *Guilherme*

Самостоятельно
выполнить задание



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
CLAUDIO MONTE SAMPOL			

[illegible]

[illegible]



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

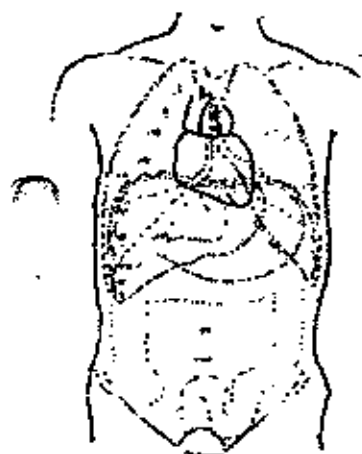
SERVIÇO DE ULTRASSONOGRAFIA

Nome: Laudice Moraes Santos Idade: 46 anos

Exame: USG Abdomen Post Data: 03/06/18

Médico solicitante: _____ Sexo: _____

RELATÓRIO



FÍGADO: ☐ Normal ☐ Alterado

VES. BILIAR: ☐ Normal ☐ Alterado

VIAS BILIARES: ☐ Normal ☐ Alterado

PÂNCREAS: ☐ Normal ☐ Alterado

BAÇO: ☐ Normal ☐ Alterado

RIM DIR.: ☐ Normal ☐ Alterado

RIM ESQ.: ☐ Normal ☐ Alterado

BEXIGA: ☐ Normal ☐ Alterado

*Ausência de líquidos
livre intra-abdominal,
derrame pleural à
direita ou pericárdico.*

*Mínimo derrame
pleural à esquerda.*

*Dr. Jannir de M.
Araújo
CRM 7904*

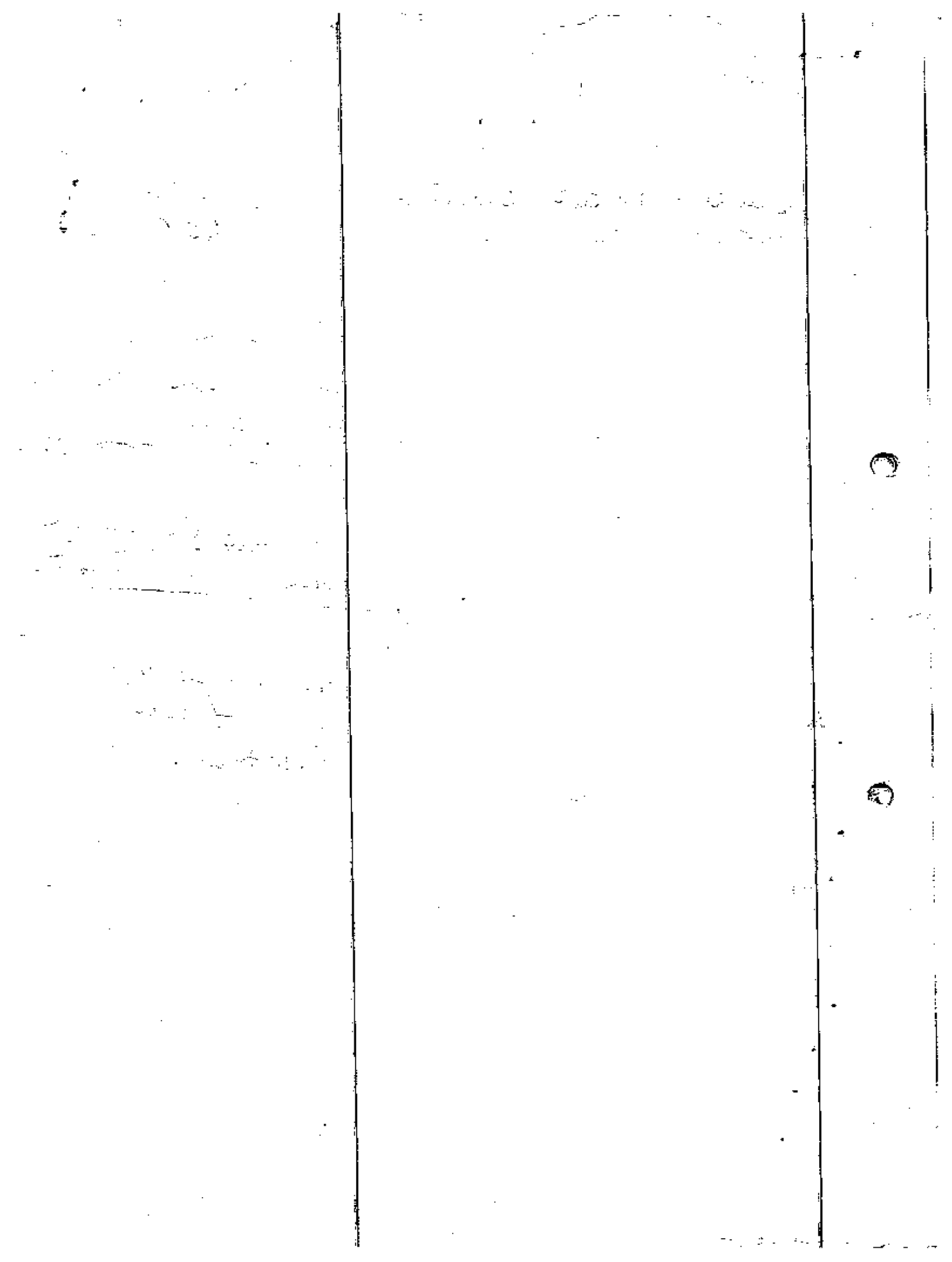


Outras observações:

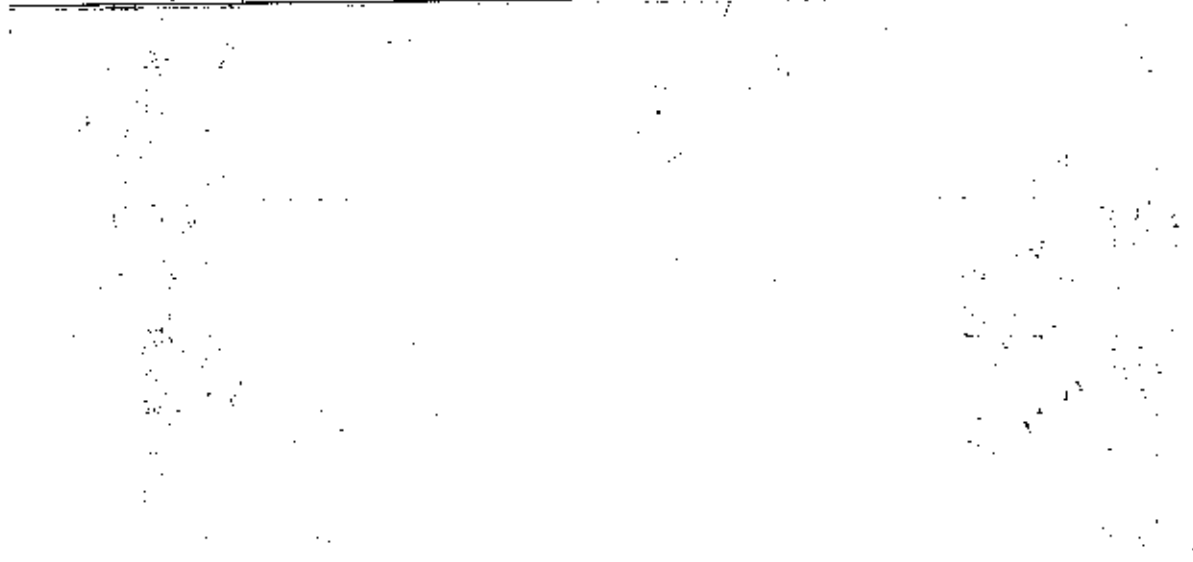
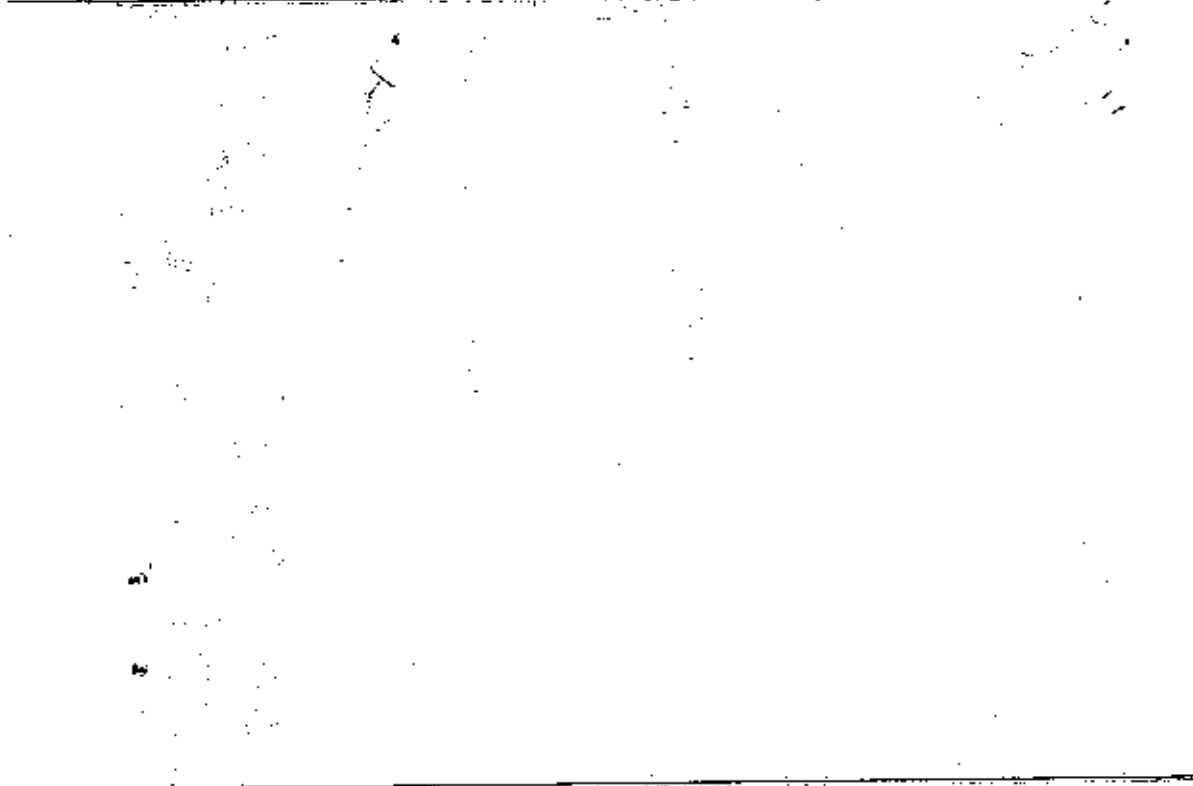
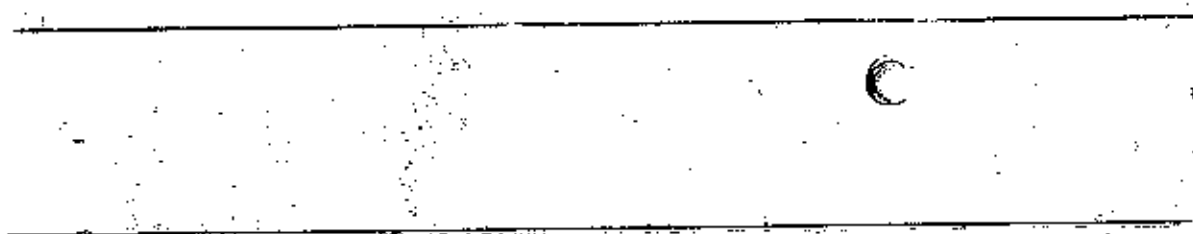
CONCLUSÃO

Campina Grande, ____/____/20__

Assinatura e Carimbo do Médico



GOVERNO DA PARAIBA						SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES						REQUISIÇÃO DE EXAMES																											
NOME:		L		A		D		I		O		S		A		N		T		O		S		PRONTUÁRIO:															
IDADE:		46a		SEXO		☒ M		☐ F		COR:		☐ B		☐ P		☐ A		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF:		-LEITO:													
DADOS CLÍNICOS:										Poltrauma																													
MATERIAL A EXAMINAR:										Medicinas																													
EXAMES SOLICITADOS:										FAST																													
URGÊNCIA:										☒										ROTINA:										☐									
DATA:										03/06/18										HORA DA SOLICITAÇÃO:																			
Carimbo e Assinatura do Médico																																							





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

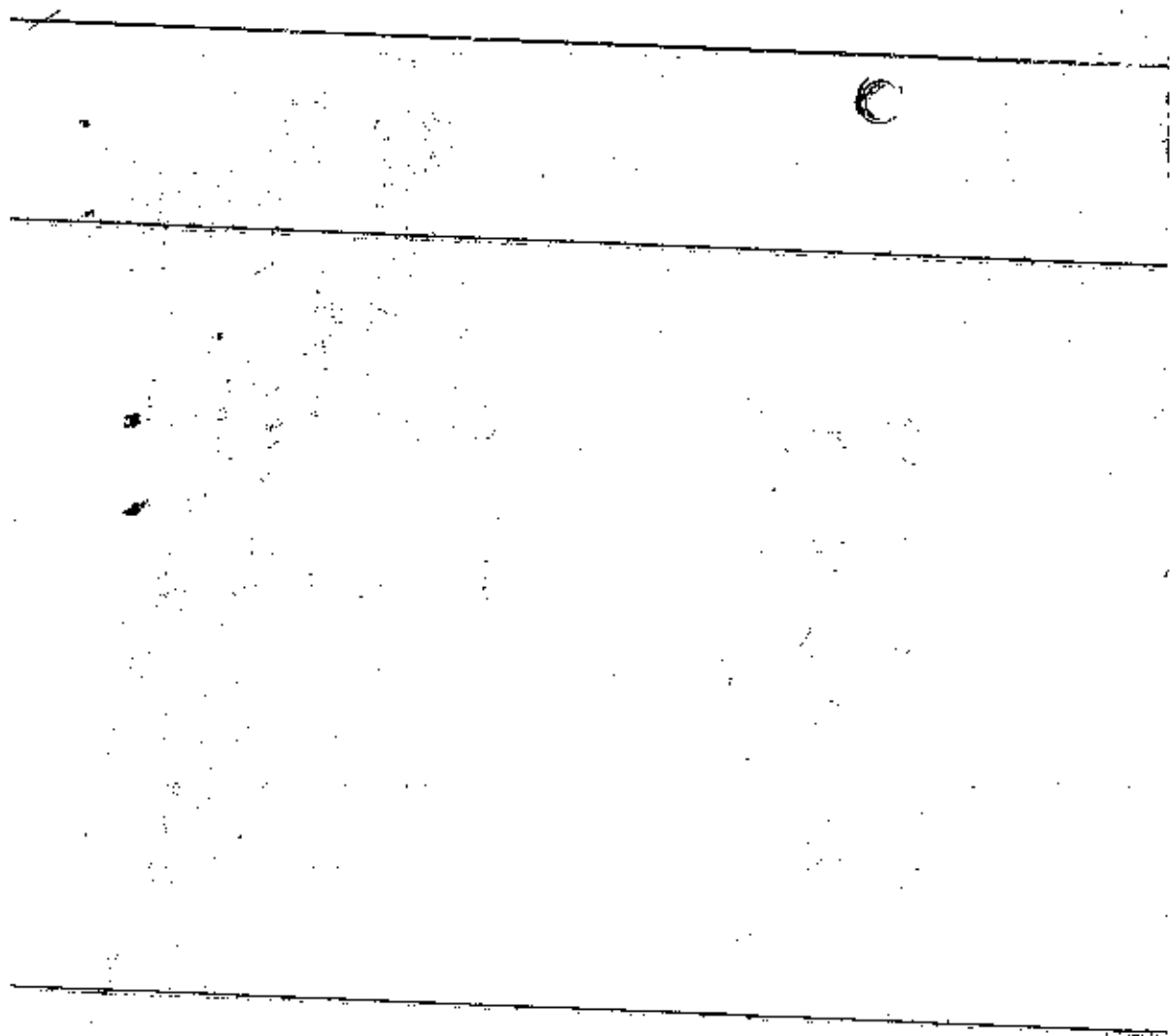
NOME:	Elcio Medeiros	S	A	N	T	O	S	PRONTUÁRIO:	277	
IDADE:	46a	SEXO:	☒ M ☐ F	COR:	☐ B ☐ P ☐ A	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:

DADOS CLÍNICOS:	Pneumonia	RAIO X REALIZADO EM: [Assinatura]
-----------------	-----------	---

MATERIAL A EXAMINAR:	DSO Rx pulmão (E) AP (P)
----------------------	-----------------------------

EXAMES SOLICITADOS:	Rx de torax AP Rx de abdome e ombros à (E)
---------------------	---

URGÊNCIA:	☒ Sim ☐ Não	ROTINA:	☐
DATA:	03/06/18	HORA DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo e Assinatura do Médico [Assinatura] Dr. Sebastião Viana da Silva CRM 8502/20596			



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:	C	L	A	D	I	O	M	U	N	E	R							PRONTUÁRIO:	
IDADE:																		211	
SEXO:	M		F		COR:		B		P		A		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:	ENF:	LEITO:

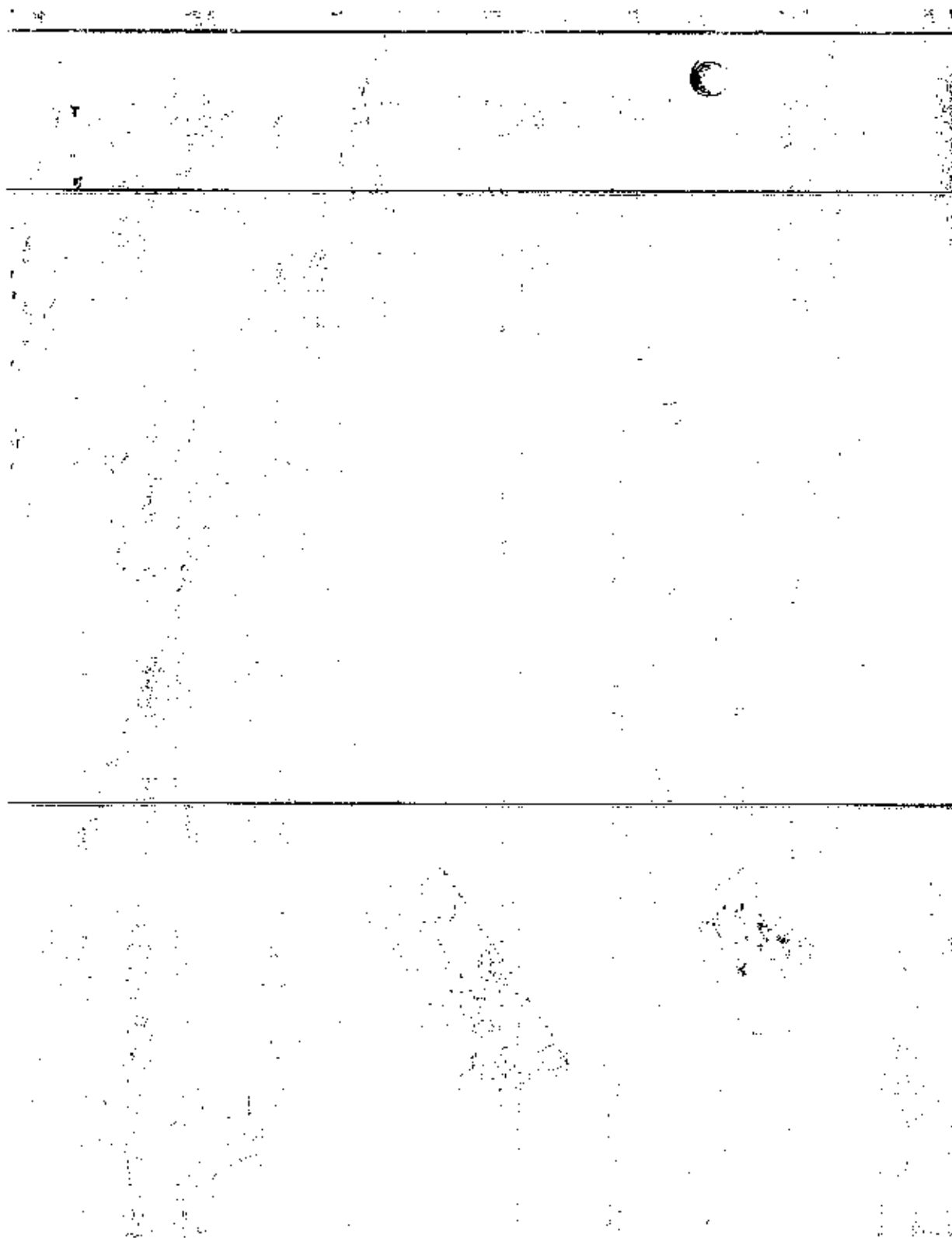
DADOS CLÍNICOS:	EXAME REALIZADO 03/10/2018
-----------------	--

MATERIAL A EXAMINAR:	
----------------------	--

EXAMES SOLICITADOS:	px corado (E) BSK 1 na punho (E) A8 / 8 / 18 / 21 / 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
---------------------	---

URGÊNCIA:	☐	ROTINA:	☐
DATA:		HORA DA SOLICITAÇÃO:	

Cálmbo e Assinatura do Médico



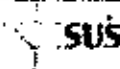


SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

8

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <i>Cláudio Marcos Santos</i>			
IDADE: <i>46</i>	SEXO: <i>M</i>	F ☐	DATA DE NASCIMENTO: <i>04/06/1978</i> às <i>h</i>
SETOR: <i>Amarela</i>		LEITO: <i>04</i>	
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <i>fx. múltiplas de costelas</i>			
ALERGIAS:	SIM ☐	NÃO ☒	QUAIS:
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM ☐	NÃO ☒	QUAIS:
DOENÇA CRÔNICA:	SIM ☐	NÃO ☒	QUAIS:
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM ☐	NÃO ☒	LOCAL:
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO ☐	NORMOPOTENSO ☐	HIPERTENSO ☐
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☒	INCONSCIENTE ☐	ORIENTADO ☒
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO ☐	TAQUIPÊNICO ☐	EUPNÉICO ☐
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL ☒	POLÚRIA ☐	OLIGÚRIA ☐
MOBILIDADE:	DEÂMBULA ☒	DEÂMBULA C/ APOIO ☐	ACAMADO ☐
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO ☒	SNG ☐	SNE ☐
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☒	DESNUTRIDO ☐	OBESO ☐
DADOS VITAIS:	PA: <i>110/70</i>	T: <i>36,5</i>	FR: <i>18</i>
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
☒ RISCO DE QUEDA	CD/FR: <i>p/ patologia</i>		
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:		
☒ RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <i>procedimento invasivo</i>		
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:		
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:		
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	☐ RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:	
☐ RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:		
☐ NÁUSEA	CD/FR:		
☒ DOR AGUDA	☐ DOR CRÔNICA	CD/FR: <i>relato verbal</i>	
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:		
☒ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR: <i>p/ patologia</i>		
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	☐ ALIMENTAR-SE	☐ PARA BANHO	CD/FR:
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:		
☐	CD/FR:		
☐	CD/FR:		
☐	CD/FR:		
☐	CD/FR:		
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL		CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	
		FR: FATOR RELACIONADO	
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
☐ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.			
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
☐ INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/ MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTÉRTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45°.			
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
☐ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).			
☐ ASSISTÊNCIA NO AUTO CUIDADO.			
☐ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.			

Data da internação: 03/06/2018 Hora: 16:39:22

 SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
---	---	--

Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2 - CNES 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856

Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE CLAUDIO MORAIS SANTOS		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1666403	
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO 02/03/1972	9 - SEXO Masc ☒ Fem ☐	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO 83	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) ANOTONIO VICENTE, 0, CATOLE DE ZE FERREIRA			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande	14 - CÓDIGO MUNICIPAL 250400	15 - UF PB	16 - CEP 58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS VITIMA DE ACIDENTE DE AUTOMÓVEL, COLUNANDO COM DOER TÓRACICA INTENSA EM HEMITORAX ESQUERDO. RADIOGRAFIA DE TÓRAX COM FRATURA DE S1 - 6: ANCOL CONTATOS E HEMOTÓXICO LAMINAR			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO FIM DE FASE CLÍNICA			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) RADIOGRAFIA DE TÓRAX			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DE MULTIPLAS COSTELAS	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016285831578 Dr. Rodolfo Lucio Alves Tito
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE RODOLFO LUCIO ALVES TITO		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 03/06/2018	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) CRM-PB 7191

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRANSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO		

AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ORGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	

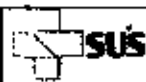
1944 01 25 11:00 AM

1944 01 25 11:00 AM

1944 01 25 11:00 AM

1944 01 25 11:00 AM
1944 01 25 11:00 AM
1944 01 25 11:00 AM
1944 01 25 11:00 AM

Data da internação: 03/06/2018 Hora: 16:39:22



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

CLAUDIO MORAIS SANTOS

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1666403

7 - CARTÃO DO SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO

02/03/1972

9 - SEXO

Masc ☒ Fm ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

83

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

ANOTONIO VICENTE, 0, CATOLE DE ZE FERREIRA

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CÓDIGO MUNICIPAL

250400

15 - UF

PB

16 - CEP

58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

VITIMA DE ACIDENTE DE AUTOMÓVEL, PLANANDO COM
POUQUÍSSIMA VELOCIDADE EM HEMERÓDROMO
RADIOGRÁFIA DE TÓRAX COM FRACTURA DE S 1 E 6 ANCOL
COSTAS E HEMORRÓIDAS LAMINARES

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CLÍNICO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RADIOGRÁFIA DE TÓRAX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DE MULTIPLAS COSTAS

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

02

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

(X) CNES () CPF

29 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016285831578

Dr. Rodolfo Lucio Alves Tito

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

RODOLFO LUCIO ALVES TITO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

03/06/2018

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

CRM 1194

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CNPJ

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CID-ORÇÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNES () CPF

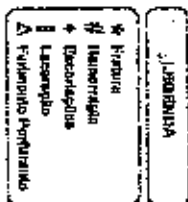
47 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

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

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

192

[illegible]

PROCEDIMENTOS REALIZADOS		ORIGEM DO PACIENTE		PROCEDIMENTOS REALIZADOS	
☐ Origem ☐ Aspiração de Vias Aéreas ☐ Cânula Nado / Orofaríngea ☐ Intubação Traqueal: ☐ Via Oral ☐ Via Nasal ☐ Cricotiracostomia ☐ Punção ☐ Dissecção		☐ Traqueostomia ☐ Toracotomia ☐ Acesso Venoso ☐ Periférico ☐ Central ☐ Dissecção ☐ Intra-Osséo ☐ Ventilação ☐ Monitorização ☐ Cardiorrespiratório		☐ Curativo Compensativo ☐ Cálculo Cervical ☐ KED ☐ Imobilização ☐ Parto ☐ Outros	
REPOSIÇÃO VOLUME	VOLUME	MEDICAÇÕES	DOSE	VIA	TIPO
INIBIT LACTATO	100ml		2 LA	SU	11/15
SOL. FISIOLÓGICO 0,9%		50ml	1 LA	SU	11/20
SOL. GLICOSEADO 0,9%					
OUTRO					
☐ ISEA ☐ PAP ☐ CLIPS ☐ HOSP. UNIVERSITÁRIO ☐ MATER-DEI ☐ HOSP. JOÃO RIBEIRO ☐ OUTRO		☐ HOSP. ANTÔNIO TAVARINO ☒ HOSP. DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO DOM LUIS GOMBARGA F. ☐ HOSP. JOÃO XXIII ☐ HOSP. PEDRO I ☐ HOSP. DR. MAIA ☐ OUTRO			
DESTINO DO PACIENTE		Nome do Receptor: _____ Função do Receptor: _____ Assinatura do Receptor: _____			
PERTENCENTES DO PACIENTE		Domicílio: _____ Profissão: _____ Assinatura do paciente responsável: _____			
TERMO DE RECUSA		Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU / CATURITÉ - PB nesta oportunidade: Assinatura do paciente responsável: _____ RG: _____			

GOVERNO DO ESTADO DE SAÚDE
DA PARAIBA SECRETARIA DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Cláudio Manoel
Souza PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 254.0 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 03 06 18 A 05 06 18 NECESSITANDO DE
45 (Quarenta e cinco) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.
Campina Grande 05 06 18 Dr. Rivaldo Fernandes
Ass. de Médicos Nº. do CRM 1128

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.
Ass. do Paciente ou Responsável _____



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que claudio Muniz Santos

foi atendido (às) hoje, às _____ (_____)
horas, necessitando de 90 (noventa)
dias de afastamento do trabalho, a partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S52.1

Campina Grande, 03 / 06 / 18

Dr. Bruno C. V.
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 143.851
RÉG. 1384

7232 13
Assinatura do Médico - CRM N°



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que claudio Menezes Santos

foi atendido (às) hoje, às _____ (_____)
horas, necessitando de 30 (_____) dias
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S52.1

Campina Grande, 03 / 06 / 18

Dr. Bruno
Oliveira
CRM 1556



Assinatura do Médico - CRM N°

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1666255 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 03/06/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Sabrina Cavalcante Pereira Araujo

PACIENTE: CLAUDIO MORAIS SANTOS

CEP:58400002

Nascimento:02/03/1972

Endereço: ANTONIO VICENTE

Sexo: M

Telefone:

Cidade: Campina Grande

Idade: 046

Bairro: CATOLE DE ZE FERREIRA

Nome da Mãe:

RG:

Nº: 0

Responsável: VERONICA

CPE:

Profissão:

Estado Civil:

Data de

CNS: 4623

Atend: 03/06/2018

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 12:17:33

CONVÊNIO: SUS

Médico:

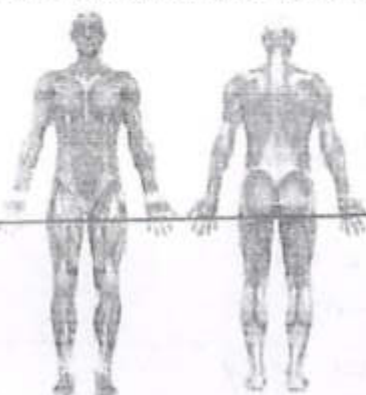
CRM:

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Ingurgitamento Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Eritema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Enclavado |
| 11. Equimose | 29. Otorrágia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Parestia |
| 14. F. Cortado | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinorrágia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada =

% Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

Politrauma

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

paciente trazido pelas SMU, vítima de acidente envolvendo motocicleta (cavalete) sem capacete, com promela, sem colorido cianótico, na 2ª.

1. Vias aéreas superiores: B: dinâmica respiratória boa / R: sem desconforto / S: consciente, lúcido. K: sem outros achados.

ALERGIA: *Nega*

MEDICAMENTOS: *Nega*

PATOLOGIAS: *Nega*

EXAME FÍSICO

PUPILAS ☒ Fotorreagentes ☒ Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow *15*

PA

HGT:

SatO2

Exame físico com MMS a 2. Por técnica a 2

Acu. Ref. em 2º e 10º. PR: MV + em AHT.

Adome: indolores, palpáveis, profundos e sem sinais de

trauma físico. 03/06/18

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais
() Gasometria arterial
() Tomografia Computadorizada

- () Ultrassonografia:
() Radiografias: *TORÁX, ombros e cotovelo 2*
RAIO X REALIZADO

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *CR. TORÁCICA*

às

Especialista:

às

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<i>SF 0,9% 1000uml, EV.</i>	
2	<i>tilatil 40mg - DIFA + AD, EV, agora.</i>	
3	<i>transfusão - 1RA x 100 ml 30,9</i>	
4	<i>alta de ar. que</i>	
5	<i>Dr. André Vinícius P. de Souza</i>	
6	<i>RESIDENTE EM CIRURGIA GERAL</i>	

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Sebastião Viana da S. Filho
Cirurgia Geral
CRM-PB 8502/2017

05/05/19
3.6.13

18:04

Pt. neta da no punho
- com o B, si os os
que. 7m / Clav. 15

De punho si: si fa si la (12/17)
no punho: fa abas no si si si

edi: tal a sua parte
no punho

no punho

no punho

no punho

no punho



Dr. Brando de Barros
CRM-PB 142.455

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

- () Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar / () A revelia
() Internação (setor) _____ \ () Decisão Médica
() Transferência a outro SECTOR ou HOSPITAL _____ () Óbito

Verônica Polistio Nascimento
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

#CIRURGIA GERAL

Paciente vítima de queda de moto
queixando-se de dor na torácica à
esquerda.

Rx de Tórax apresentando fratura do
Costela E-100 EAST evidenciando pneumo
durante pleural à esquerda.

Co: Pânico da Cr. Torácica.

Alta da cir. geral

Dr. André Vinícius P. de Souza
RESIDENTE CIRURGIA GERAL
CRM-PB 142.455

+ Dr. Rafael

#Cirurgia Torácica

Paciente vítima de acidente automobilístico com radiografias
de tórax evidenciando fratura em 5ª e 6ª arcos costais
de hemitórax direito, com possível hemitórax de
hemitórax, sem indicação de abordagem imediata.

Referência por local imediata

Co: Intervenção para avaliação lesões.

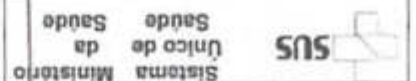
Dr. Raulo Lúcio Alves Tito
CRM-PB 7191

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES 2362856

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE CLAUDIO MORAIS SANTOS

7 - CARTÃO DO SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO 02/03/1972

9 - SEXO MASC

Form

11 - TELEFONE DE CONTATO 83

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) ANTONIO VICENTE, 0, CATOLE DE ZE FERREIRA

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 15 - UF PB 16 - CEP 58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Vítima de acidente de trânsito, evoluindo com dor torácica intensa em hemitórax esquerdo. Paragênico de torax com fratura de 5 e 6 costela esquerda e hemiparado braço esquerdo.

Tratado de 10 dias em clínica

Tratado de 10 dias em clínica

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de múltiplas costelas

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

02

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

RODOLFO LUCIO ALVES TITO

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016285831578

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 03/06/2018

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CDD, ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:	CLAUDIO MONTEIRO															PRONTUÁRIO:	217
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:									
	M ☐ F ☐	B ☐ P ☐ A ☐															

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx coração @ BSK 1
Rx punho @ AP 18

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

DATA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo e Assinatura do Médico

RAIO X
REALIZADO EM
03/06/18



REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Elcudias SANTOS										PRONTUÁRIO:
IDADE:	46a		SEXO:	M ☒ F ☐	COR:	E ☐ P ☐ A ☐	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:

DADOS CLÍNICOS:

Poliúria

RAIO X
realizado em
03/06/19

MATERIAL A EXAMINAR:

DSO

1x punho (E) A P/D

EXAMES SOLICITADOS:

Rx de torax AP
Rx de abdome e ombros à (E)

URGÊNCIA:	☒	ROTINA:	☐
DATA:	03/06/19		HORA DA SOLICITAÇÃO:
			Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Sebastião Viana do S. Filho
CRM-PB 8502/20596



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DO

REQUISICÃO DE EXAMES



NOME:		Eladio Santos										PRONTUÁRIO:							
IDADE:	46a	SEXO:		☒ M ☐ F		COR:		☐ B ☐ P ☐ A		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF.:		LEITO:	

DADOS CLÍNICOS:

Polchaum

MATERIAL A EXAMINAR:

Edmon

EXAMENES SOLICITADOS:

FA 5T

ULTRASONDAGRAFIA
Realizada em
02/06/2008

URGÊNCIA:



ROTINA:



DATA:

03/06/18

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Sebastian V. Cernat
Cernat
Tel: 8502120596



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

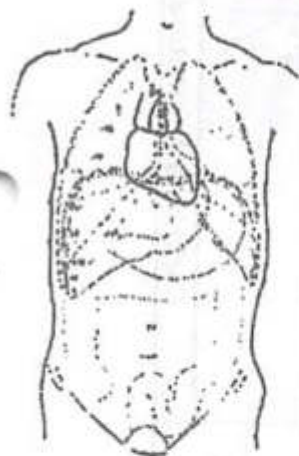
SERVIÇO DE ULTRASSONOGRAFIA

Nome: Claudio Kora's Santos Idade: 46 anos

Exame: USG Abdomen Fast Data: 03/06/18

Médico solicitante: _____ Sexo: _____

RELATÓRIO



FÍGADO: ☐ Normal ☐ Alterado

VES. BILIAR: ☐ Normal ☐ Alterado

VIAS BILIARES: ☐ Normal ☐ Alterado

PÂNCREAS: ☐ Normal ☐ Alterado

BAÇO: ☐ Normal ☐ Alterado

RIM DIR.: ☐ Normal ☐ Alterado

RIM ESQ.: ☐ Normal ☐ Alterado

BEXIGA: ☐ Normal ☐ Alterado

Assência de líquidos
livre intra-abdominal,
derrame pleural à
direita ou pericárdico.

Mínimo derrame
pleural à esquerda.

Dr. Jannir de M.
Araújo
CFM 7901.

Outras observações:

CONCLUSÃO



Campina Grande, ____ / ____ / 20__

Assinatura e Carimbo do Médico



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

8

Paciente	CLAUDIO MORAIS SAMOA	Alojamento	Leito	Convênio
----------	----------------------	------------	-------	----------

Data	Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica
03/06/18	① DIETA ORAL LÍQUIDA	02			Paciente vítima de acidente
	② ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	02			Automobilístico com lesão intensa em
	③ TRAMMAL 100mg - 0,5mg + base 50% EV 6/6h	18	24	06	hemitórax esquerdo
	④ TILAM 40mg - 0,5mg EV 12/12h	18	06		Radiografia de tórax com fratura
	⑤ RANITIDINA 150mg - 0,5mg EV 12/12h	18	06		de 5 ^a e 6 ^a costelas laterais ipsilaterais
	⑥ AMITRIPTILINA 25mg - 0,5mg EV 12/12h	18	06		ep. intercostais
	⑦ Oximetazolina 0,1% SIN	02			
	⑧ NALBEXON 8mg - 0,5mg EV 8/8h SIN				
	⑨ MORFINA 10mg/ml - 0,5mg + 9cc AD (Aplicar 3cc de solução de 6/6h SIN)				
</					

Dr. Rodolfo Lucio Alves Tito
Cirurgião Torácico e Broncoscopia
CRM-PB 7191



PACIENTE: CLÁUDIO MORAIS SANTOS

DATA DO EXAME: 03.06.2018

RADIOGRAFIA DE OMBRO

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE COTOVELO

- Fratura intra-articular da cabeça do rádio, sem desalinhamento ósseo significativo.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

- Transparência pulmonar normal.
- Mediastino e seios costofrênicos sem alterações.
- Coração de dimensões normais.
- Fraturas do 5º, 6º e 7º arcos costais à esquerda.

23




Dr. André Ventura
CRM/PB: 7282

Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoniê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Cláudio Moura
Souza PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 254.0 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 03/06/18 A 05/06/18 NECESSITANDO DE
15 (quinze) dias DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 05/06/18

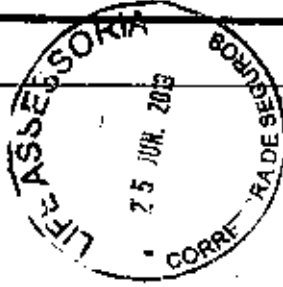
Dr. Rivaldo Fernandes
Cirurgia Torácica
CRM-PB 3126

Ass. do Médico Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável





Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Donald
----------	--------

Alojamento

8

Leito

Convênio

15

25

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

1

Data	04b6/11
------	---------

Prescription

- 1) Dile line
- 2) Petiole aciculate
- 3) Petiole squig → in 6162
- 4) 50192 100 mup

11) stay

Rivaldo Fernandes
 CURSISTA TORACICA
 CRM 5186

aa: 19. 1x konti -

Hilda O. Fernandes
 01/08/2016
 CRM: 5116

Sainta Zvončana Otopust.
Tere ate pravijo.

05/06/18 Alf Hospitalar

após avaliação ortofuncional -

Dr. Rivaldo Fernandes
Cirurgia Torácica
CRM-PB 5126

Dr. Ruytão Fernandes
GRUNGIA TORACICA
CRM-PB 5126

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

8

BOLETIM DE ENFERMAGEM									
NOME: <u>Claudio Moraes Santos</u>									
IDADE: <u>46</u>	SEXO: <u>M</u>	F	DATA DE NASCIMENTO: <u>04/06/2019</u> às : h						
SETOR: <u>Amarela</u>			LEITO: <u>04</u>						
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>fx. múltiplas de costelas</u>									
ALERGIAS:	SIM	NÃO	QUAIS:						
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM	NÃO	QUAIS:						
DOENÇA CRÔNICA:	SIM	NÃO	QUAIS:						
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM	NÃO	LOCAL:						
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO		NORMOPOTENSO		HIPERTENSO				
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE		INCONSCIENTE		ORIENTADO				
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO		TAQUIPÊNICO		EUPNÉICO		BRADIPNÉICO		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL		POLÚRIA		OLIGÚRIA		SVD		
MOBILIDADE:	DEÂMBULA		DEÂMBULA C/ APOIO		ACAMADO		S/ DEFICITE MOTOR		
	TETRAPLEGIA		HEMIAPLEGIA		PARESIA		RESTRITO NO PEITO		
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO		SNG		SNE				
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO		DESNUTRIDO		OBESO		CAQUÉTICO		
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:				
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM									
☒ RISCO DE QUEDA					CD/FR:	<u>p/ patologia</u>			
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO					CD/FR:				
☒ RISCO DE INFECÇÃO					CD/FR:	<u>procedimento invasivo</u>			
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL					CD/FR:				
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL					CD/FR:				
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	☐ RETENÇÃO URINÁRIA				CD/FR:				
☐ RISCO DE SANGRAMENTO					CD/FR:				
☐ NÁUSEA					CD/FR:				
☒ DOR AGUDA	☐ DOR CRÔNICA				CD/FR:	<u>relato verbal</u>			
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ					CD/FR:				
☒ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA					CD/FR:	<u>p/ patologia</u>			
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	☐ ALIMENTAR-SE		☐ PARA BANHO		CD/FR:				
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA					CD/FR:				
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA					CD/FR:				
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO					CD/FR:				
☐					CD/FR:				
☐					CD/FR:				
☐					CD/FR:				
☐					CD/FR:				
					CD:	CARACTERÍSTICA DEFINIDORA			
					FR:	FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL									
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM					APRAZAMENTO		ASSINATURA		
☐ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.									
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.									
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.									
☐ INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.									
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).									
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.									
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45°.									
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.									
☐ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).									
☐ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.									
☐ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.									

Verônica A. Lima
Enfermeira
COREN-PE 352.100



CLÍNICA POPULAR SANTA LÚCIA

Claudio Morais Santos
47 anos RG 1460495 SSP -
PB

Claudio Médico

Declaro para os fins e
a quem interessar possa
que o paciente supracita-
do apresenta limitação
de movimento do antebra-
ço E (supinação até 110°)
além de deformidade an-
gular de cotovelo E devi-
do a seqüela de trauma
em cotovelo E há $\pm$ 11
meses. CID10: T92

19/10/18

Rua Cap. João Alves de Lira, 565 - Prata
Fone: 3322-2804 - Campina Grande - Paraíba







ATESTADO MÉDICO

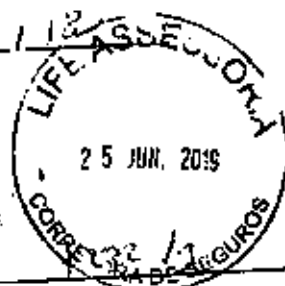
ATESTO que claudio Muniz Santos

foi atendido (às) hoje, às _____ (_____)
horas, necessitando de 90 (_____) minutos
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S52.1

Campina Grande, 03/06/12

Dr. Claudio Muniz Santos
CRM 12.123
R. 123, 123
12345-678



Assinatura do Médico - CRM N°

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Mafins - Campina Grande - PB



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°:1666255

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 03/06/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Sabrina Cavalcante Pereira Araujo

PACIENTE: CLAUDIO MORAIS
SANTOS

CEP:58400002

Nascimento:02/03/1972

Endereço:ANOTONIO VICENTE

Sexo:M

Telefone:

Cidade: Campina Grande

Idade:046

Bairro:CATOLE DE ZE FERREIRA

Nome da Mãe:

RG:

N°:0

Responsável: VERONICA

CPF:

Profissão:

Estado Civil:

Data de

CNS:4623

Atend:03/06/2018

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 12:17:33

CONVÊNIO:SUS

Médico:

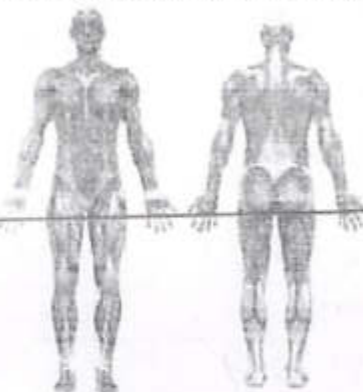
CRM:

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Ingurgitamento Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico parado-el |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encaixado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Parestia |
| 14. F. Cortado | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinorragia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada =

Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

Poli-trauma

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente trazido pelo SAMU, vítima de acidente envolvendo veículo (carro) sem colisão, com promela, sem colorido, da 2ª.

1: Voz baixa, rouca; 2: Dinâmica respiratória boa / R = Respiração normal; 3: Dinâmica cardíaca, lacrimosa. 4: sem outros achados.

ALERGIA:

Nega

MEDICAMENTOS:

Nega

PATOLOGIAS:

Nega

EXAME FÍSICO

PUPILAS (X) Fotorreagentes (X) Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15

PA

HGT:

SatO2

Exame físico com MMS a 2. Por claudica a 2.

ACU: 2x em 2x, 10 / AR: MU + em AHT / Pedone: um dos membros inferiores apresenta um sinal de irritação periorbitária.

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais
() Gasometria arterial
() Tomografia Computadorizada

- () Ultrassonografia:
(X) Radiografias: *TORAX, ombros e coluna D*
(X) ECG

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *CR. TORÁCICA*

às

Especialista: /

às

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<i>SF 0,9% 1000ml, EV.</i>	
2	<i>Tilatil 40mg - DIFA + AD, EV, agora.</i>	
3	<i>Tranquil 100mg - 1RA 100mg 100mg</i>	
4	<i>Alta de ar. que</i>	
5	<i>Dr. André Vinícius P. de Souza</i>	
6	<i>RESIDENTE CIRURGIA GERAL</i>	

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Sebastião Viana da S. Filho
Cirurgia Geral
CRM-PB 8502/20076

RAIO X
03/06/18



3.6 18

15:04

P.f. nicht da, so gerne

• Wiederholung B_1 / Wiederholung

overriding / clayton tr

Ex p. 110: SI for SI box (p. 11)

فصل اول: در بیان کلیات و مقدمات

ed: take other photos

مسلم

۱۲۴

2021/11/15

مجلس شورای اسلامی

usual uninf



DESTINO DO PACIENTE / / às : hs.

() Centro cirúrgico _____

() Alta hospitalar / () A revelia

() Internação (setor) _____

☐ () Decisão Médica

() Transferência a outro SE7DR ou HOSPITAL.

(Jobito

Verônica Polívia Nascimento

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

#CIRURGIA GERAL

Paciente continua com queda de muito
queixa muito se de intensa dor torácica à
esquerda.

Re do Tórax apresentando fratura de Costela E- USG FAST evidenciando líquido derrame pleural à esquerda.

Co: Páucar da Cr. Tonáçis

Alta da cir. graf

Dr. André Vinícius P. de Souza
RESIDENTE CIRURGIA GERAL
CRM-PB 17.441

+ Dr. Zaifda

Cinnamomum Tonicum

11. Paciente vítima de acidente automobilístico com radiografias de tórax evidenciando fratura em 5^a e 6^a áreas costais e hemitórax direito, com provável hêmico de hemitórax, sem indicação de abordagem imediata.

REFINE our loose inverts

CD: instrumentos para sujeitos vivos

Dr. Ronaldo Lúcio Alves Tito
Cirurgião Especialista em Ginecologia
CRM-PS 7191

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMIENTO

CBO

IDADE

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	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

Identificação do Estabelecimento de Saúde
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
2 - CNES
2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
4 - CNES
2362856

Identificação do Paciente
5 - NOME DO PACIENTE
CLAUDIO MORAIS SANTOS
6 - Nº DO PRONTUÁRIO
1666403

7 - CARTÃO DO SUS
8 - DATA DE NASCIMENTO
02/03/1972
9 - SEXO
MASC [X] FEM []
11 - TELEFONE DE CONTATO
83

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
ANOTONIO VICENTE, 0, CATOLE DE ZE FERREIRA
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Campina Grande
14 - CÓDIGO MUNICÍPIO - UF
250400 PB
15 - CEP
58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSPORTE, EXAMINADO COM
DOR TORÁCICA INTENSA EM HEMITORAX ESQUERDO.
PARAGRAFIA DE TORAX COM FRACTURA DE 5ª e 6ª ANCA
COMATÓSA E HEMORRAGIA LAMINAR

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Frac de pulmão direita

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS REALIZADAS
Trauma de múltiplas causas

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Fratura de múltiplas causas

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA
02
27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO
(X) CNS () CPF
29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
980016285831578
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
Dr. Rodolfo Lucio Alves Tito

RODOLFO LUCIO ALVES TITO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
03/06/2018

32 - ASSINATURA E CARIMBO INº DO REGISTRO DO CONSELHO
CRM-PB 7191

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRANSPORTE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADOR
() AUTÔNOMO
() DESEMPREGADO
() APOSENTADO
() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
44 - COD. ORGÃO EMISSOR
45 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
46 - ASSINATURA E CARIMBO INº DO REGISTRO DO CONSELHO
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO



Ficha de Acolhimento

Nome: Blauicio Pereira Santos Bairro: Taboleiro de Fátima

End: Antônio Zicente Documento de Identificação:

Data de Nascimento: 46 anos Hora: 12:05 Documento:

Queixa: Ac. mto Data do Atendimento: 03-06-18

Acidente de trabalho? ☐ Sim ☐ Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Baixo Aspecto: ☐ Calmo ☐ Fácies de dor ☐ Gemente

Frequência respiratória: ☐ Normal ☐ Aumentada ☐ Diminuída

Pressão arterial: ☐ Normal ☐ Alta ☐ Baixa Temperatura axilar: ☐ Normal ☐ Alta ☐ Baixa

Dosagem de HGT: ☐ Normal ☐ Alta ☐ Baixa Mucosas: ☐ Normocorada ☐ Pálida

Deambulação: ☐ Livre ☐ Cadeira de rodas ☐ Maca

Estratificação

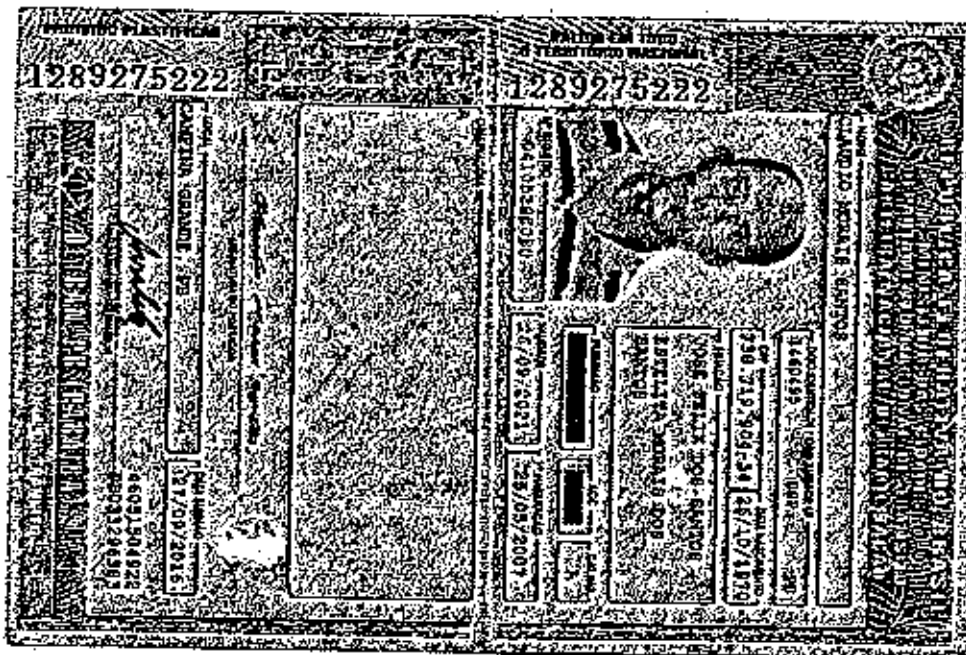
Amarelo
(☒) Vermelho - atendimento imediato
(☐) Verde - atendimento até 4 horas

(☐) Amarelo - atendimento até 1 hora
(☐) Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



COPIA DIGITALE DA NO. 666
CONFERE CON O. C. N. 666
23/07/18
ASS. *Amo*



REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICACAO

Nome: CLAUDIO MORAIS SANTOS

CPF: 1460495 887

RG: 738.719.904-34

Data de Nascimento: 26/10/1970

Sexo: M

Nome Completo: JOSE FELIX DOS SANTOS

Nome Completo: ESTELITA MORAIS DOS SANTOS



CPF: 1460495 887

Data de Emissao: 26/09/2021

Data de Validade: 25/05/2027

VALIDA EM TODOS
OS TERRITORIOS NACIONAIS

1289275222

Assinatura

Assinatura: *Assinatura*

Assinatura

Data de Validade: 27/09/2016

Local: CANGAIA GRANDE, PE

CPF: 1460495 887

RG: 738.719.904-34

Assinatura: *Assinatura*

Assinatura

Assinatura: *Assinatura*

Assinatura

PRODUCAO PLASTICA

1289275222

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013930741953

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

REGISTRO Nº 0018100004279-2

1 011.564431.1.00/00000000 2018

FLAVIO MORAIS SANTOS

011.564431.1.00/00000000 2018

NOVO PB 0018100004279-2

PASSADINHA/NAO AMPLA ALCOOL GASOL

HONDA/CG 160 TITAN 2017 2018

011.564431.1.00/00000000 2018

1	00.00/0000	1
P		2
V		3
A		

SEGURO P A G O 09/05/2019

A.F. ADM DE CURC NACION HONDA LTDA

0

DATA

CAMPINA GRANDE - PB

16/05/2019

9499999



53362

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013930741953 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

DATA DE EMISSÃO 16/05/2019

2018 16/05/2019

1 011.564431.1.00/00000000 2018

011.564431.1.00/00000000 2018

011.564431.1.00/00000000 2018

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURO P A G O

09/05/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

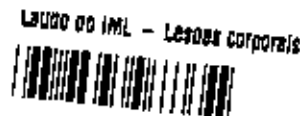
CNPJ 08.241.000/0001-04

53362-0949

OUT



72



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
NÚCLEO OPERACIONAL DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL/CG

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL 230, km 165,5. Alça Sudoeste, Sertão, Campina Grande/PB

Instituto de Polícia Científica
Unidade de Medicina Legal

C: Laudo: 03.03.06.112018.24370

CONFERE COM ORIGINAL

LAUDO TRAUMATOLÓGICO
Ferimento ou Ofensa Física

00313418

Campina Grande-PB, 22/11/2018.

Franzista Maria 138455-4

Data do exame: 01/11/2018 Hora 09:35

Órgão Requisitante: Del. Especializada de Acidentes de Veículos/CG. Nº da Solicitação: 030/2018.
Autoridade Solicitante: BEL: SEVERINO DE CARVALHO LOPES. Nome: CLAUDIO MORAIS SANTOS, Identidade de Gênero: Masculino. RG: CPF: .Data de Nascimento: 26/10/1970.
Idade: 47 ANOS Profissão: VIGILANTE. filho(a) de JOSÉ FELIX DOS SANTOS e ESTELITA MORAES DOS SANTOS. Estado Civil: SOLTEIRO. Escolaridade: Naturalidade: CAMPINA GRANDE/PB. Residente na RUA ANTONIO VICENTE, Nº30 VELAME CAMPINA GRANDE/PB. 9157-6982.

HISTÓRICO – O periciando refere ter sofrido acidente de moto em 03/06/2018, sendo socorrido para o Hospital de Trauma de Campina Grande, onde se submeteu a tratamento conservador para fratura de cotovelo.

DESCRIÇÃO – Ao exame, evidenciamos moderada limitação do movimento de extensão do cotovelo esquerdo e leve limitação no movimento de flexão do mesmo; pequenas cicatrizes normotróficas e normocrômicas no dorso do cotovelo esquerdo, na lateral do tornozelo esquerdo e no quadril esquerdo. Conduz os seguintes documentos: laudo médico (19/10/2018) referindo limitação de movimento do antebraço esquerdo (supinação até 110º) e deformidade angular de cotovelo esquerdo devido a seqüela de trauma há 04 meses; ficha de atendimento hospitalar (03/06/2018) referindo queda de moto com diagnóstico de fratura da cabeça do rádio sem desvio, fratura de 5º e 6º arcos costais à esquerda e pequeno derrame pleural à esquerda sem indicação de abordagem invasiva; atestado com afastamento de 45 dias de suas atividades.

QUESITOS

- 1º. Há ferimento ou ofensa física? SIM.
- 2º. Qual o meio que o ocasionou? CONTUNDENTE.
- 3º. Houve perigo de vida? NÃO.
- 4º. Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? SIM, MODERADA DEBILIDADE DAS FUNÇÕES DO COTOVELO ESQUERDO.
- 5º. Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? SIM.
- 6º. Provocou aceleração de parto? PREJUDICADO.
- 7º. Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? NÃO.
- 8º. Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? NÃO.
- 9º. Resultou deformidade permanente? NÃO.
- 10º. Provocou aborto? PREJUDICADO.


Dr. Heráclio Almeida da Costa
CRMPB 6479 / Mat 168.232-6



x *Portaria de Maria...*



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
NÚCLEO OPERACIONAL DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL/CG

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
Instituto de Polícia Científica
Unidade de Medicina Legal

CONFERE COM ORIGINAL

Campina Grande-PB, 22/11/2018.

Fratura Morte 138455-6

C:

Laudo: 03.03.06.112018.24370

LAUDO TRAUMATOLÓGICO

Ferimento ou Ofensa Física

00313418

Data do exame: 01/11/2018 Hora 09:35

Órgão Requisitante: Del. Especializada de Acidentes de Veículos/CG. Nº da Solicitação: 030/2018.
Autoridade Solicitante: BEL: SEVERINO DE CARVALHO LOPES. Nome: CLAUDIO MORAIS SANTOS, Identidade de Gênero: Masculino. RG: CPF: Data de Nascimento: 26/10/1970.
Idade: 47 ANOS Profissão: VIGILANTE. filho(a) de JOSÉ FELIX DOS SANTOS e ESTELITA MORAES DOS SANTOS. Estado Civil: SOLTEIRO. Escolaridade: Naturalidade: CAMPINA GRANDE/PB. Residente na RUA ANTONIO VICENTE, Nº30 VELAME CAMPINA GRANDE/PB. 9157-6982

HISTÓRICO – O periciando refere ter sofrido acidente de moto em 03/06/2018, sendo socorrido para o Hospital de Trauma de Campina Grande, onde se submeteu a tratamento conservador para fratura de cotovelo.

DESCRIÇÃO – Ao exame, evidenciamos moderada limitação do movimento de extensão do cotovelo esquerdo e leve limitação no movimento de flexão do mesmo; pequenas cicatrizes normotróficas e normocrômicas no dorso do cotovelo esquerdo, na lateral do tornozelo esquerdo e no quadril esquerdo. Conduz os seguintes documentos: laudo médico (19/10/2018) referindo limitação de movimento do antebraço esquerdo (supinação até 110°) e deformidade angular de cotovelo esquerdo devido a sequela de trauma há 04 meses; ficha de atendimento hospitalar (03/06/2018) referindo queda de moto com diagnóstico de fratura da cabeça do rádio sem desvio, fratura de 5° e 6° arcos costais à esquerda e pequeno derrame pleural à esquerda sem indicação de abordagem invasiva; atestado com afastamento de 45 dias de suas atividades.

QUESITOS

- 1º. Há ferimento ou ofensa física? SIM.
- 2º. Qual o meio que o ocasionou? CONTUNDENTE.
- 3º. Houve perigo de vida? NÃO.
- 4º. Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? SIM, MODERADA DEBILIDADE DAS FUNÇÕES DO COTOVELO ESQUERDO.
- 5º. Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? SIM.
- 6º. Provocou aceleração de parto? PREJUDICADO.
- 7º. Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? NÃO.
- 8º. Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? NÃO.
- 9º. Resultou deformidade permanente? NÃO.
- 10º. Provocou aborto? PREJUDICADO.


Dr. Heráclio Almeida da Costa
CRMPB 6479 / Mat 168.232-6





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Cláudio Moraes Santos

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA 738.719.904-34

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Antonia Viciante, 30, Velanova

Nº 30 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Velanova

CIDADE Campina Grande UF PB CEP 58.420.270

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) 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)

(X) 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

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() 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)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (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 CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÃO • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00 ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISITA NA LEI 6.194/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODEMOS SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA Cláudio Moraes Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA _____ MATR. CORREIOS _____

NOME _____

ASSINATURA _____

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0300117/18
Vítima: CLAUDIO MORAIS SANTOS
CPF: 738.719.904-34

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 03/06/2018
Titular do CPF: CLAUDIO MORAIS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

CLAUDIO MORAIS SANTOS : 738.719.904-34

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 cancela 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: 01/08/2018
Nome: CLAUDIO MORAIS SANTOS
CPF/CNPJ: 738.719.904-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/08/2018
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

CLAUDIO MORAIS SANTOS

Cristina Limeira Alves

De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, **em medida extrema exceção**, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 - 21º andar,
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Lider, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Lider, except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Lider. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Fróes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

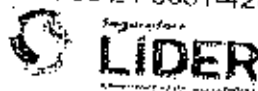
Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-904



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Claradio Marcos Santos
DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VITIMA 738.719.904-34
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Antônio Vicente
Nº 30 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Velame
CIDADE Campina Grande UF PB CEP 58.420-270
E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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 VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
IDENTIDADE _____
ASSINATURA Claradio Marcos Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA _____ MATR. CORREIOS _____
NOME _____
ASSINATURA _____

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0300117/18

Número do Sinistro: 3180379644

Vítima: CLAUDIO MORAIS SANTOS

CPF: 738.719.904-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/06/2018

Titular do CPF: CLAUDIO MORAIS
SANTOS

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Laudo do IML - Lesões corporais

Outros

Outros



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: 29/11/2018
Nome: CLAUDIO MORAIS SANTOS
CPF: 738.719.904-34

CLAUDIO MORAIS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2018
Nome: DAIANE SANTOS BARBOZA
CPF: 124.570.097-90

DAIANE SANTOS BARBOZA

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2018

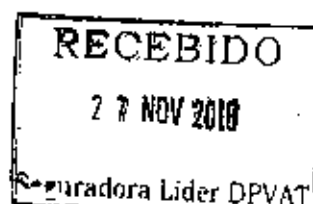
Aos Cuidados de: **CLAUDIO MORAIS SANTOS**
Nº Sinistro: **3180379644**
Vítima: **CLAUDIO MORAIS SANTOS**
Data do Acidente: **03/06/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: **EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180379644**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML, faltando página
- Comprovação de ato declaratório faltando página



A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.



Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT

DPVAT- Como Requerer

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

Saiba + www.seguradoralider.com.br

B1342874590BR



CLAUDIO MORAIS SANTOS
R ANTONIO VICENTE, 30
VELAME
CEP 56420-300 - CAMPINA GRANDE - PB

Administradora do Seguro DPVAT

LÍDER
Seguradora



Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **CLAUDIO MORAIS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180379644**
Vítima: **CLAUDIO MORAIS SANTOS**
Data do Acidente: **03/06/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180379644**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

O Seguro DPVAT (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua Carga a Pessoas Transportadas ou Não) foi criado em 1974, para amparar as vítimas de acidentes com veículos em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa. Como se vê, trata-se de um seguro eminentemente social.

Seguro DPVAT - Proteção para todos



Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT

CLAUDIO MORAIS SANTOS
R ANTONIO VICENTE, 30
VELAME
CEP 58420-300 - CAMPINA GRANDE - PB

www.seguradoralider.com.br

CEP: 20.270-971

CAIXA POSTAL 40.970

Seguradora Líder - DPVAT

DEVOLUÇÃO

- ☐ Não pago
☐ Ausente
☐ Rescindido
☐ Desconhecido
☐ Não se aplica

Para uso dos correios

- ☐ Não pago a nº indicado
☐ Falta
☐ Não se aplica

Data

- ☐ Não pago
☐ Ausente
☐ Rescindido

Responsável pela informação

Enviador

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04

Entre em contato conosco

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA CLAUDIO MORAIS SANTOS
 DATA DO ACIDENTE 03/06/2018 CPF DA VÍTIMA 738.719.904-34
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É CLAUDIO MORAIS SANTOS
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. ANTONIO VICENTE
 Nº 30 COMPLEMENTO CASA BAIRRO VELAME
 CIDADE CAMPINA GRANDE UF PARNABA CEP 58.420-270
 E-MAIL PROCESSOCANAL@GMAIL.COM TELEFONE (83) 99829-8855

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 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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ 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)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (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 COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSPORTE.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 15-06-2019
 IDENTIDADE 1.460.495-58/P3
 ASSINATURA Claudio M. de S. Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA
 NOME
 ASSINATURA



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA CLAUDIO MORAIS SANTOS
 DATA DO ACIDENTE 03/06/2018 CPF DA VÍTIMA 738.719.904-34
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É CLAUDIO MORAIS SANTOS
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. ANTONIO VICENTE
 Nº 30 COMPLEMENTO CASA BAIRRO VELAME
 CIDADE CAMPINA GRANDE UF PARNABA CEP 58.420-270
 E-MAIL PROCESSOCANAL@GMAIL.COM TELEFONE (83) 99829-8855

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 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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ 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)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (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 COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSPORTE.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 15-06-2019
 IDENTIDADE 1.460.495-58/P3
 ASSINATURA Claudio M. de S. Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA
 NOME
 ASSINATURA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190395650 **Cidade:** Caturité **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDIO MORAIS SANTOS **Data do acidente:** 03/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º, 6º E 7º ARCOS COSTAIS À ESQUERDA COM HEMOTÓRAX LAMINAR.
FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: PG 15
LAUDO PERICIAL DO IML: Nº 03.03.06.112018.24370 DE 04/06/2018, QUESITO 4º: SIM.

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 completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0213438/19

Vítima: CLAUDIO MORAIS SANTOS

CPF: 738.719.904-34

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 03/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLAUDIO MORAIS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

CLAUDIO MORAIS SANTOS : 738.719.904-34

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: 25/06/2019
Nome: CLAUDIO MORAIS SANTOS
CPF: 738.719.904-34

CLAUDIO MORAIS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/06/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA