



04/11/2020

Número: **0816945-71.2019.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **17/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CLAUDIO MORAIS SANTOS (AUTOR)		EMMANUEL SARAIVA FERREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
29473579	04/11/2020 15:51	Petição	Petição
36246630	04/11/2020 15:51	2650212_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
36246632	04/11/2020 15:51	2650212_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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

Rio de Janeiro, 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,

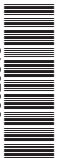
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14491174

Pag. 00697/00698 - carta_01 - INVALIDEZ

00020349





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01071/01072 - carta_15R - INVALIDEZ

00020536



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: 0213438/04	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 ANTONIO VICENTE	Número: 30 Complemento: CASA
Bairro: VELAME	Cidade: CAMPINA GRANDE	Estado: PARNABA CEP: 58.420.270
E-mail: PROCESSOCANAA@GMAIL.COM		Tel. (DDD): (83) 93829-8855

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA 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, **João Pessoa PB 25-06-2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Cláudio 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) _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 02 (dois) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



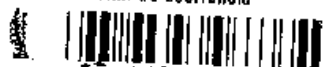


SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA

Boletim de ocorrência



Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



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
	Nome: Adilson Oliveira Pequeno Conhecido por: Não informado Filiação: Maria Crenza 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 Almoarifado 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



Viviane Clevidia de Sousa Caitano
Escrivente Autorizada

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original
que me foi exibido. SSP/PB. (Art. 425 - III do CPC)
Campina Grande-PB 30/07/2018
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Selo Digital: AMH07079-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 ao solo e sofreu 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 Cleidja de Sousa Caitano
Escrevente Autorizada

Procedimento Policial: 00234.01.2018.2.00.420



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



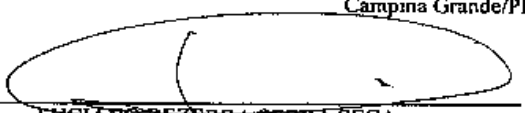
**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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



Cartório de Registro Civil
Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba
Praça da Bandeira, 100 - Centro - Campina Grande - PB

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: AHM07080-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

Procedimento Policial: 00234.01.2018.2.00.420





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 Almocharifado

Cargo: Não informado

Matrícula: Não informado

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

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

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Próximo Ao Mercadinho Bom Jesus

Telefone: (83) 98110-7908



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 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.



Procedimento Policial: 00234.01.2018.2.00.420



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 da 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



Procedimento Policial: 00234.01.2018.2.00.420

3/3



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: 02.339.39/09 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 ANTONIO VICENTE Número: 30 Complemento: CASA

Bairro: VELAME Cidade: CAMPINA GRANDE Estado: PARAIBA CEP: 58.420-270

E-mail: PROCESSOCAVIA@GMAIL.COM 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 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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: Jocar Permac PB 25-06-2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

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





1. Plano Contratado
Oferta Conjunta Claro MIX
Claro Controle 4GB + Minutos Ilimitados (158)
Aplicativos Digitais
Valor dado na última conta: R\$ 41,99
83 99157 6982
Valor R\$ 59,99
-18,00

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

Veja aqui o que está sendo cobrado:	
1. Plano Contratado	R\$ 41,99
2. Outros Lançamentos	R\$ 0,85
Total	R\$ 42,84



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

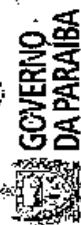
00405405



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



Atenção: Não envie e-mails e outros serviços.
Não faça planos de Claro.
Não instale e-mails com.br
Não instale e-mails com.br
Não instale e-mails com.br
Não instale e-mails com.br
Para fazer um plano, ligue 1052



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

Ficha de Acolhimento

SAME

Nome:	Claudio Pereira Santos		
End:	Antonio Zaccaria		
Data de Nascimento:	4/5 anos	Documento de Identificação:	Bairro: Batateira e Figueira
Queixa:	AR - melhora Data do Atendimento: 03-06-18 Hora: 12:00 Documento:		
Acidentado de trabalho?	() Sim () Não		

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fútil () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:		
Pressão arterial:	Temperatura axilar:		
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida		
Deambulação:	() Livre () Cadeira 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 PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE	SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CAMPINA GRANDE - PARAÍBA
--	---

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: 6495

Dr. Ramoné Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101

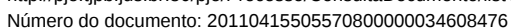
GOVERNO DA PARAIBA		SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		REQUISIÇÃO DE EXAMES			
NOME: CLAUDIO MORAIS IDADE: 70S	SEXO: M ☒ F ☐ COR: ☐ B ☐ P ☐ A ☐	PESO: ALTURA:	CLINICA:	ENF.: 8	PRONTUÁRIO:	LEITO: 800000	
DADOS CLÍNICOS: Contratura fratura costal E							
MATERIAL A EXAMINAR:				REALIZADO EM: 06/06/18			
EXAMES SOLICITADOS: Rx tórax PA							
URGÊNCIA: ☒	ROTINA: ☐	HORA DA SOLICITAÇÃO:		Carimbo e Assinatura do Médico			
DATA: 04/06/18				(Assinatura e Carimbo)			

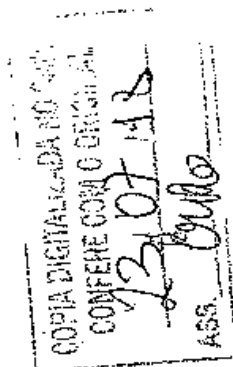


FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Claudia Maria Santos			Alojamento	X	Leito		Convênio
Data								

Data	Prescrição Médica	Atendimento	Leito	Convênio
04/06/18	Delta Line			
01	Delta Line			
02	Delta Line			
03	Delta Line			
04	Delta Line			
05	Delta Line			
06	Delta Line			
07	Delta Line			
08	Delta Line			
09	Delta Line			
10	Delta Line			
11	Delta Line			
12	Delta Line			
13	Delta Line			
14	Delta Line			
15	Delta Line			
16	Delta Line			
17	Delta Line			
18	Delta Line			
19	Delta Line			
20	Delta Line			
21	Delta Line			
22	Delta Line			
23	Delta Line			
24	Delta Line			
25	Delta Line			
26	Delta Line			
27	Delta Line			
28	Delta Line			
29	Delta Line			
30	Delta Line			
31	Delta Line			
01/07/18	Delta Line			
02/07/18	Delta Line			
03/07/18	Delta Line			
04/07/18	Delta Line			
05/07/18	Delta Line			
06/07/18	Delta Line			
07/07/18	Delta Line			
08/07/18	Delta Line			
09/07/18	Delta Line			
10/07/18	Delta Line			
11/07/18	Delta Line			
12/07/18	Delta Line			
13/07/18	Delta Line			
14/07/18	Delta Line			
15/07/18	Delta Line			
16/07/18	Delta Line			
17/07/18	Delta Line			
18/07/18	Delta Line			
19/07/18	Delta Line			
20/07/18	Delta Line			
21/07/18	Delta Line			
22/07/18	Delta Line			
23/07/18	Delta Line			
24/07/18	Delta Line			
25/07/18	Delta Line			
26/07/18	Delta Line			
27/07/18	Delta Line			
28/07/18	Delta Line			
29/07/18	Delta Line			
30/07/18	Delta Line			
31/07/18	Delta Line			
01/08/18	Delta Line			
02/08/18	Delta Line			
03/08/18	Delta Line			
04/08/18	Delta Line			
05/08/18	Delta Line			
06/08/18	Delta Line			
07/08/18	Delta Line			
08/08/18	Delta Line			
09/08/18	Delta Line			
10/08/18	Delta Line			
11/08/18	Delta Line			
12/08/18	Delta Line			
13/08/18	Delta Line			
14/08/18	Delta Line			
15/08/18	Delta Line			
16/08/18	Delta Line			
17/08/18	Delta Line			
18/08/18	Delta Line			
19/08/18	Delta Line			
20/08/18	Delta Line			
21/08/18	Delta Line			
22/08/18	Delta Line			
23/08/18	Delta Line			
24/08/18	Delta Line			
25/08/18	Delta Line			
26/08/18	Delta Line			
27/08/18	Delta Line			
28/08/18	Delta Line			
29/08/18	Delta Line			
30/08/18	Delta Line			
31/08/18	Delta Line			
01/09/18	Delta Line			
02/09/18	Delta Line			





CONV. 2012
CIVIL 1000000
CLASSIC 1000000







SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

8

Paciente	Ala	Leito	Convênio	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	Ala	Leito	
----------	-----	-------	----------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	--

4100.035



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

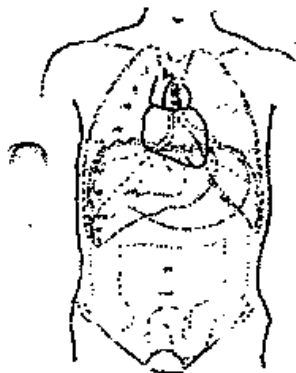
SERVIÇO DE ULTRASSONOGRAFIA

Nome: Isolando Keraiz Santos Idade: 46 anos

Exame: USG Abdomen Total 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

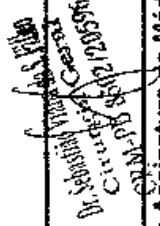
Campina Grande, ____/____/20____

Assinatura e Carimbo do Médico

MOD 022





GOVERNO DA PARAIBA		SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		REQUISIÇÃO DE EXAMES			
PRONTUÁRIO:							
LEITO:							
ENF:							
CLINICA:							
ALTURA:							
PESO:							
COR:							
SEXO:							
IDADE:							
46a							
M							
F							
ROTINA:							
HORA DA SOLICITAÇÃO:							
URGÊNCIA:							
DATA:							
03/06/18							
EXAMES SOLICITADOS:	FAST						
MATERIAL A EXAMINAR:	ultrassom						
DADOS CLÍNICOS:	polipneumonia						
 Carimbo e Assinatura do Médico							

ULTRASSOM
Realizado em 03/06/18

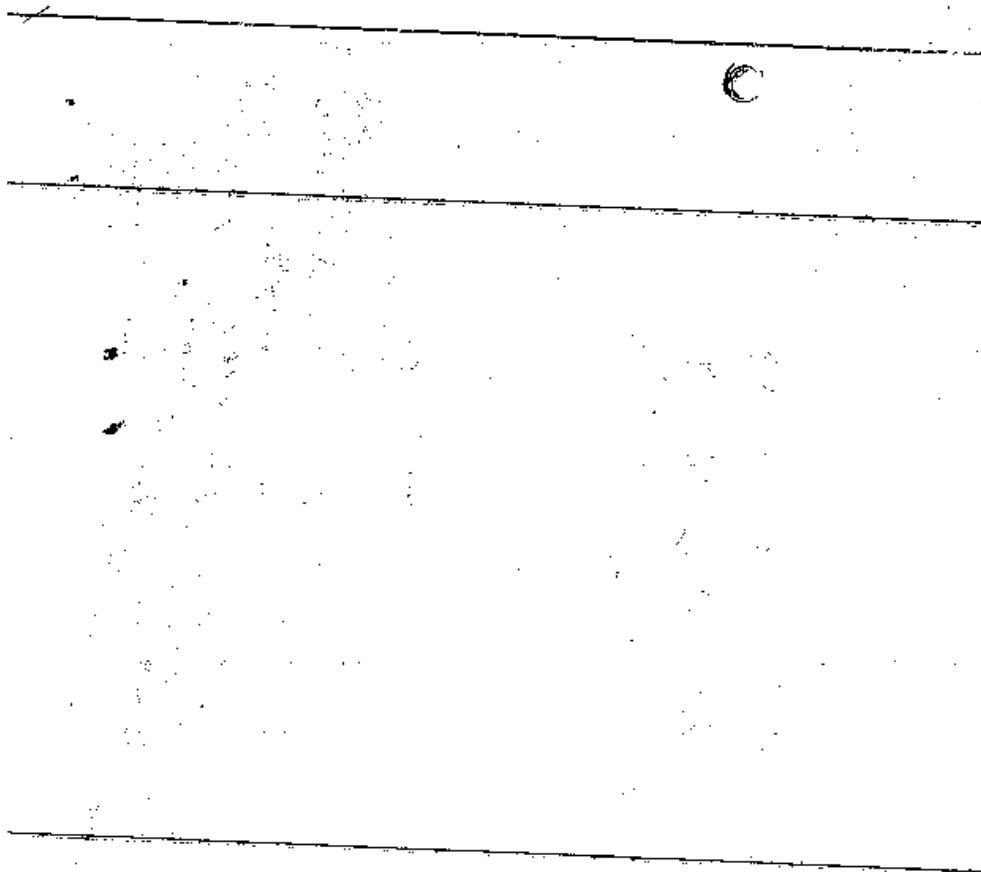


[Illegible text and horizontal lines]

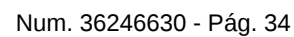


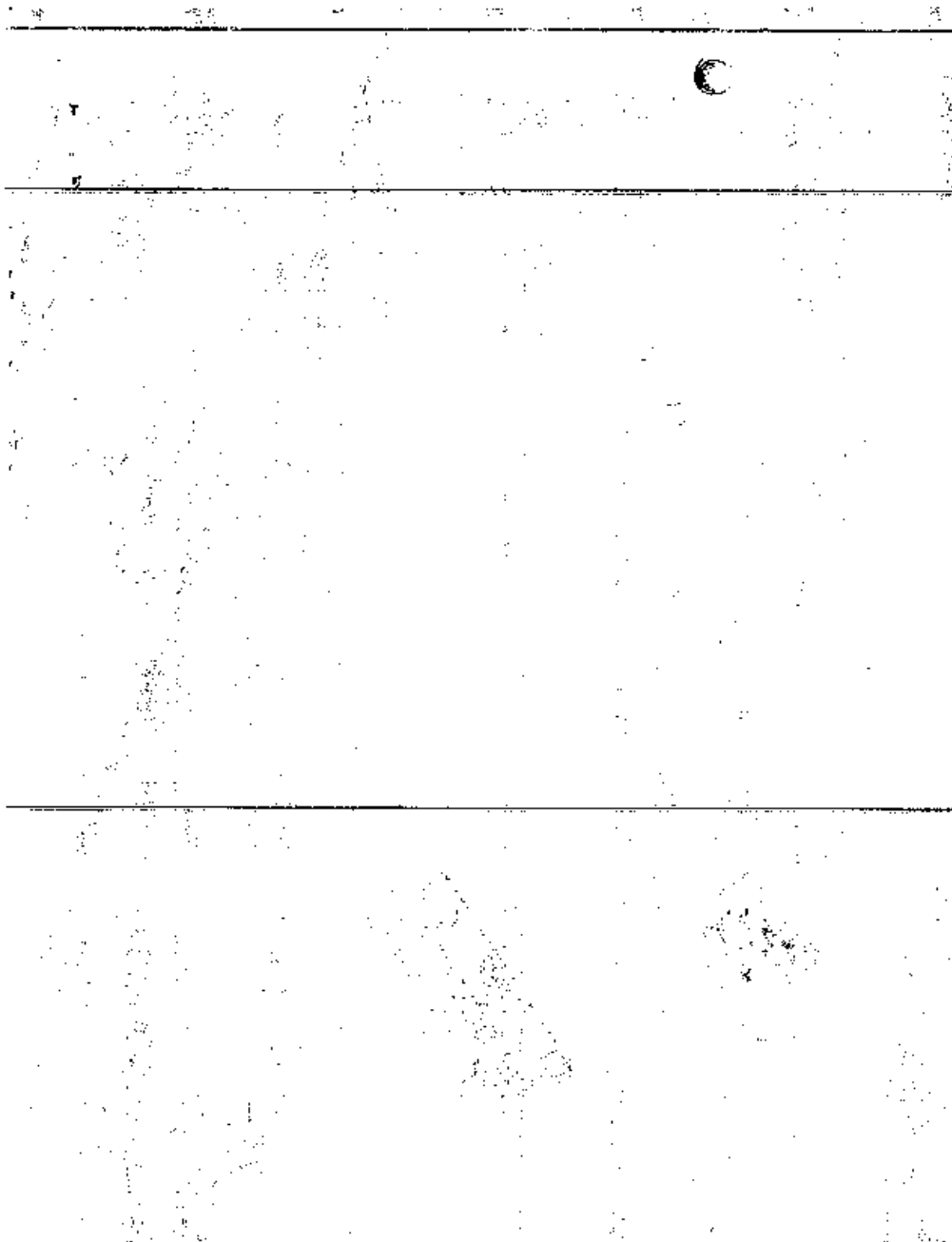


GOVERNO DA PARAIBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		REQUISIÇÃO DE EXAMES													
NOME:	Elcivaldo		SANTOS		PRONTUÁRIO:												
IDADE:	46a		SEXO:		COR:		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF:		LEITO:		
		M		F		B		P		A							
DADOS CLÍNICOS: Poltrauma																	
RAIO X REALIZADO EM: <i>[Assinatura]</i>																	
MATERIAL A EXAMINAR: DSSO Ac punho (E) A/P																	
EXAMES SOLICITADOS: Rx de Torax AP Rx de abdome e ombro à (E)																	
URGÊNCIA:		☒		ROTINA:		☐											
DATA:		03/06/19		HORA DA SOLICITAÇÃO:													
Dr. Suelio Moreira Torres Cirurgião Geral CRM: 8502/20596 Carimbo e Assinatura do Médico																	



REALIZADO





[illegible]



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

8

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Claudio Murais Santo</u>			
IDADE: <u>46</u>	SEXO: <u>M</u>	F: ☐	DATA DE NASCIMENTO: <u>04/06/2018</u> às <u>h</u>
SETOR: <u>Amarela</u>	LEITO: <u></u>		
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>tx. 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:	DISPNEICO ☐	TAQUIPNEICO ☐	EUPNEICO ☐
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL ☒	POLÚRIA ☐	OLIGÚRIA ☐
MOBILIDADE:	DEÁMBULA ☒	DEÁMBULA C/ APOIO ☐	ACAMADO ☐
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO ☒	SNG ☐	SNE ☐
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☒	DESNUTRIDO ☐	OBEZO ☐
DADOS VITAIS:	PA: <u></u>	T: <u></u>	FR: <u></u>
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
☒ RISCO DE QUEDA	CD/FR: <u>pl patologia</u>		
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR: <u></u>		
☒ RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <u>procedimento invasivo</u>		
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR: <u></u>		
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR: <u></u>		
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	☐ RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR: <u></u>	
☐ RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR: <u></u>		
☐ NÁUSEA	CD/FR: <u></u>		
☒ DOR AGUDA	☐ DOR CRÔNICA	CD/FR: <u>relato verbal</u>	
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR: <u></u>		
☒ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR: <u>pl patologia</u>		
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	☐ ALIMENTAR-SE	☐ PARA BANHO	CD/FR: <u></u>
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR: <u></u>		
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR: <u></u>		
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR: <u></u>		
☐	CD/FR: <u></u>		
☐	CD/FR: <u></u>		
☐	CD/FR: <u></u>		
☐	CD/FR: <u></u>		
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA			
FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			
☐ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	APRAZAMENTO	ASSINATURA	
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
☐ INSTALAR CATÉTER DE O ₂ A DL/ MIN C/ 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 AUTOCUIDADO.			
☐ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS. ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.			

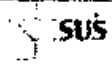
120 125



RESULTADOS ESPERADOS:									
REGISTROS									
DATA	HORA	PA	T	FC	FR	HGT	DIURESE	AVALIAÇÃO	ASSINATURA / CARIMBO
24.6.18	12:00	110/70	-	-	-	-	-	Pac. consciente orientado. Mel- hora com Dorax em 15 E. Presen- te X do Dorax. Fulcrado como normal. Signo dos membros -	Stella
INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA					INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA				



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

 Sistema Único de Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2362856	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
CLAUDIO MORAIS SANTOS		1666403	
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	
	02/03/1972	Masculino ☒ Feminino ☐	
10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
		83	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
ANOTONIO VICENTE, 0, CAPOE DE ZE FERREIRA			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓDIGO MUNICIPAL	15 - UF
Campina Grande	250400	PB	16 - CEP
58400002			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
VITIMA DE ACIDENTE DE ALTO IMPACTO, COM MÚLTIPLOS TRAUMAS POR FORÇA INTENSA EM HEMITÓRAX ESQUERDO. RADIOGRAFIA DE TÓRAX COM FRATURA DE S1 - 6: ARCOLA COSTAL E HEMOTÓRAX LATEROV.			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
TUMOR DE PÂNCREAS			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
RADIOGRAFIA DE TÓRAX			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL			
FRATURA DE MÚLTIPLOS COSTELOS			
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 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	
02		980016285831578	
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		30 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
RODOLFO LUCIO ALVES TITO		03/06/2018	
31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		32 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRANSITO		34 - Nº DO BILHETE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		36 - SÉRIE	
37 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO		38 - CNPJ DA EMPRESA	
39 - CNPJ DA EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		42 - CBO	
() EMPREGADO () EMPREGADOR		() AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO	
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF		46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
/ /			



1. Ato de 05/04/2020, p. 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 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, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000, 1001, 1002, 1003, 1004, 1005, 1006, 1007, 1008, 1009, 1010, 1011, 1012, 1013, 1014, 1015, 1016, 1017, 1018, 1019, 1020, 1021, 1022, 1023, 1024, 1025, 1026, 1027, 1028, 1029, 1030, 1031, 1032, 1033, 1034, 1035, 1036, 1037, 1038, 1039, 1040, 1041, 1042, 1043, 1044, 1045, 1046, 1047, 1048, 1049, 1050, 1051, 1052, 1053, 1054, 1055, 1056, 1057, 1058, 1059, 1060, 1061, 1062, 1063, 1064, 1065, 1066, 1067, 1068, 1069, 1070, 1071, 1072, 1073, 1074, 1075, 1076, 1077, 1078, 1079, 1080, 1081, 1082, 1083, 1084, 1085, 1086, 1087, 1088, 1089, 1090, 1091, 1092, 1093, 1094, 1095, 1096, 1097, 1098, 1099, 1100, 1101, 1102, 1103, 1104, 1105, 1106, 1107, 1108, 1109, 1110, 1111, 1112, 1113, 1114, 1115, 1116, 1117, 1118, 1119, 1120, 1121, 1122, 1123, 1124, 1125, 1126, 1127, 1128, 1129, 1130, 1131, 1132, 1133, 1134, 1135, 1136, 1137, 1138, 1139, 1140, 1141, 1142, 1143, 1144, 1145, 1146, 1147, 1148, 1149, 1150, 1151, 1152, 1153, 1154, 1155, 1156, 1157, 1158, 1159, 1160, 1161, 1162, 1163, 1164, 1165, 1166, 1167, 1168, 1169, 1170, 1171, 1172, 1173, 1174, 1175, 1176, 1177, 1178, 1179, 1180, 1181, 1182, 1183, 1184, 1185, 1186, 1187, 1188, 1189, 1190, 1191, 1192, 1193, 1194, 1195, 1196, 1197, 1198, 1199, 1200, 1201, 1202, 1203, 1204, 1205, 1206, 1207, 1208, 1209, 1210, 1211, 1212, 1213, 1214, 1215, 1216, 1217, 1218, 1219, 1220, 1221, 1222, 1223, 1224, 1225, 1226, 1227, 1228, 1229, 1230, 1231, 1232, 1233, 1234, 1235, 1236, 1237, 1238, 1239, 1240, 1241, 1242, 1243, 1244, 1245, 1246, 1247, 1248, 1249, 1250, 1251, 1252, 1253, 1254, 1255, 1256, 1257, 1258, 1259, 1260, 1261, 1262, 1263, 1264, 1265, 1266, 1267, 1268, 1269, 1270, 1271, 1272, 1273, 1274, 1275, 1276, 1277, 1278, 1279, 1280, 1281, 1282, 1283, 1284, 1285, 1286, 1287, 1288, 1289, 1290, 1291, 1292, 1293, 1294, 1295, 1296, 1297, 1298, 1299, 1300, 1301, 1302, 1303, 1304, 1305, 1306, 1307, 1308, 1309, 1310, 1311, 1312, 1313, 1314, 1315, 1316, 1317, 1318, 1319, 1320, 1321, 1322, 1323, 1324, 1325, 1326, 1327, 1328, 1329, 1330, 1331, 1332, 1333, 1334, 1335, 1336, 1337, 1338, 1339, 1340, 1341, 1342, 1343, 1344, 1345, 1346, 1347, 1348, 1349, 1350, 1351, 1352, 1353, 1354, 1355, 1356, 1357, 1358, 1359, 1360, 1361, 1362, 1363, 1364, 1365, 1366, 1367, 1368, 1369, 1370, 1371, 1372, 1373, 1374, 1375, 1376, 1377, 1378, 1379, 1380, 1381, 1382, 1383, 1384, 1385, 1386, 1387, 1388, 1389, 1390, 1391, 1392, 1393, 1394, 1395, 1396, 1397, 1398, 1399, 1400, 1401, 1402, 1403, 1404, 1405, 1406, 1407, 1408, 1409, 1410, 1411, 1412, 1413, 1414, 1415, 1416, 1417, 1418, 1419, 1420, 1421, 1422, 1423, 1424, 1425, 1426, 1427, 1428, 1429, 1430, 1431, 1432, 1433, 1434, 1435, 1436, 1437, 1438, 1439, 1440, 1441, 1442, 1443, 1444, 1445, 1446, 1447, 1448, 1449, 1450, 1451, 1452, 1453, 1454, 1455, 1456, 1457, 1458, 1459, 1460, 1461, 1462, 1463, 1464, 1465, 1466, 1467, 1468, 1469, 1470, 1471, 1472, 1473, 1474, 1475, 1476, 1477, 1478, 1479, 1480, 1481, 1482, 1483, 1484, 1485, 1486, 1487, 1488, 1489, 1490, 1491, 1492, 1493, 1494, 1495, 1496, 1497, 1498, 1499, 1500, 1501, 1502, 1503, 1504, 1505, 1506, 1507, 1508, 1509, 1510, 1511, 1512, 1513, 1514, 1515, 1516, 1517, 1518, 1519, 1520, 1521, 1522, 1523, 1524, 1525, 1526, 1527, 1528, 1529, 1530, 1531, 1532, 1533, 1534, 1535, 1536, 1537, 1538, 1539, 1540, 1541, 1542, 1543, 1544, 1545, 1546, 1547, 1548, 1549, 1550, 1551, 1552, 1553, 1554, 1555, 1556, 1557, 1558, 1559, 1560, 1561, 1562, 1563, 1564, 1565, 1566, 1567, 1568, 1569, 1570, 1571, 1572, 1573, 1574, 1575, 1576, 1577, 1578, 1579, 1580, 1581, 1582, 1583, 1584, 1585, 1586, 1587, 1588, 1589, 1590, 1591, 1592, 1593, 1594, 1595, 1596, 1597, 1598, 1599, 1600, 1601, 1602, 1603, 1604, 1605, 1606, 1607, 1608, 1609, 1610, 1611, 1612, 1613, 1614, 1615, 1616, 1617, 1618, 1619, 1620, 1621, 1622, 1623, 1624, 1625, 1626, 1627, 1628, 1629, 1630, 1631, 1632, 1633, 1634, 1635, 1636, 1637, 1638, 1639, 1640, 1641, 1642, 1643, 1644, 1645, 1646, 1647, 1648, 1649, 1650, 1651, 1652, 1653, 1654, 1655, 1656, 1657, 1658, 1659, 1660, 1661, 1662, 1663, 1664, 1665, 1666, 1667, 1668, 1669, 1670, 1671, 1672, 1673, 1674, 1675, 1676, 1677, 1678, 1679, 1680, 1681, 1682, 1683, 1684, 1685, 1686, 1687, 1688, 1689, 1690, 1691, 1692, 1693, 1694, 1695, 1696, 1697, 1698, 1699, 1700, 1701, 1702, 1703, 1704, 1705, 1706, 1707, 1708, 1709, 1710, 1711, 1712, 1713, 1714, 1715, 1716, 1717, 1718, 1719, 1720, 1721, 1722, 1723, 1724, 1725, 1726, 1727, 1728, 1729, 1730, 1731, 1732, 1733, 1734, 1735, 1736, 1737, 1738, 1739, 1740, 1741, 1742, 1743, 1744, 1745, 1746, 1747, 1748, 1749, 1750, 1751, 1752, 1753, 1754, 1755, 1756, 1757, 1758, 1759, 1760, 1761, 1762, 1763, 1764, 1765, 1766, 1767, 1768, 1769, 1770, 1771, 1772, 1773, 1774, 1775, 1776, 1777, 1778, 1779, 1780, 1781, 1782, 1783, 1784, 1785, 1786, 1787, 1788, 1789, 1790, 1791, 1792, 1793, 1794, 1795, 1796, 1797, 1798, 1799, 1800, 1801, 1802, 1803, 1804, 1805, 1806, 1807, 1808, 1809, 1810, 1811, 1812, 1813, 1814, 1815, 1816, 1817, 1818, 1819, 1820, 1821, 1822, 1823, 1824, 1825, 1826, 1827, 1828, 1829, 1830, 1831, 1832, 1833, 1834, 1835, 1836, 1837, 1838, 1839, 1840, 1841, 1842, 1843, 1844, 1845, 1846, 1847, 1848, 1849, 1850, 1851, 1852, 1853, 1854, 1855, 1856, 1857, 1858, 1859, 1860, 1861, 1862, 1863, 1864, 1865, 1866, 1867, 1868, 1869, 1870, 1871, 1872, 1873, 1874, 1875, 1876, 1877, 1878, 1879, 1880, 1881, 1882, 1883, 1884, 1885, 1886, 1887, 1888, 1889, 1890, 1891, 1892, 1893, 1894, 1895, 1896, 1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904, 1905, 1906, 1907, 1908, 1909, 1910, 1911, 1912, 1913, 1914, 1915, 1916, 1917, 1918, 1919, 1920, 1921, 1922, 1923, 1924, 1925, 1926, 1927, 1928, 1929, 1930, 1931, 1932, 1933, 1934, 1935, 1936, 1937, 1938, 1939, 1940, 1941, 1942, 1943, 1944, 1945, 1946, 1947, 1948, 1949, 1950, 1951, 1952, 1953, 1954, 1955, 1956, 1957, 1958, 1959, 1960, 1961, 1962, 1963, 1964, 1965, 1966, 1967, 1968, 1969, 1970, 1971, 1972, 1973, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240

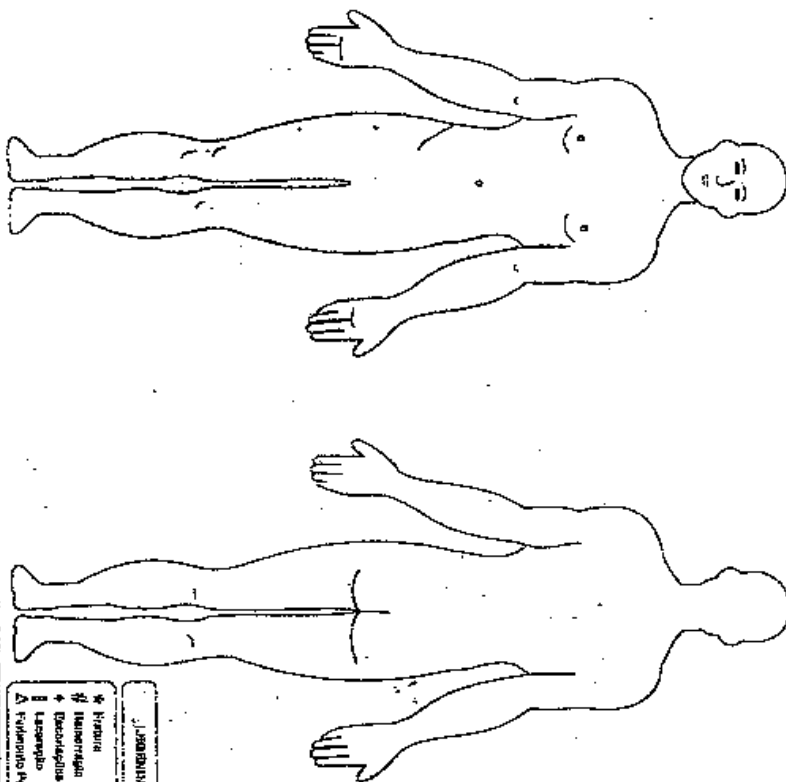
Data da internação: 03/06/2018 Hora: 16:39:22

 Sistema Único da 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	
10 - NOME DA MÃE (OU RESPONSÁVEL) 		9 - SEXO Masc ☒ F ☐	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) ANOTONIO VICENTE, 0, CATOLE DE ZE FERREIRA		11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 Nº DE TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande		14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 250400	
		15 - UF PB	
		16 - CEP 58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS VITIMA DE ACIDENTE DE AUTOMÓVEL, FLAMBEADO COM BOM TOMOUM INTENSA EM HEMATOMAS COLETOREDO. RADIOGRAFIA DE TÓRAX COM FRACTURA DE S. 1. 6. ARCOA COSTAL E HEMATOMAS LAMINAR			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO RISCO DE FIDEL CLÍNICA			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) RADIOGRAFIA DE TÓRAX			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRACTURA DE MULTIPLOS 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 02		27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO 	
28 - DOCUMENTO (X) CMS () CPF		29 - Nº DOCUMENTO (CMS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016285831578	
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) DR. Rodolfo Lucio Alves Tito CRM-PB 1101	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		35 - CNPJ DA SEGURADORA	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		37 - Nº DO BILHETE	
36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA	
		40 - CNIE DA EMPRESA	
		41 - CNOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - CID: ORGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO () CMS () CPF		46 - Nº DOCUMENTO (CMS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 11		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	





SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

[illegible]

CHAMADA (TELEFONISTA) Médico (a) Registrado (a) Dr. (a) <u>URBANO</u> MOTIVO: ☐ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ INFORMAÇÃO* ☐ OUTRO: ☐		SOLICITANTE: <u>DR. ESCO</u> Município de origem: <u>C. GRANDE</u> Telefone: _____	
SOCORRO (Tive Em Registração) ☒ Traumatismo ☐ Caso Clínico ☐ Outros		TIPO: <u>CLÍNICA DE ADULTO</u> Qualia do Solicitante: _____	
Nome Completo: <u>VALENTIM GENTIL MARTINS ATANASIO</u> Endereço: <u>PLAÇA DE JACQUES SAKRES 76 ANDAR</u> <u>FLA. ANTONIO VICENTIN</u> Nº do Documento: _____		PACIENTE (Tive Em Registração) Nº do Documento: _____	
SERVIÇO DE ESPECIALIDADE ☒ Normal ☐ Contusão ☐ Incapacidade ☐ Convulsão ☐ Redução fraturas ☐ Não Sabes		RESPIRAÇÃO ☒ Respiração Normalizada ☐ Respiração Abnormal ☐ Respiração Russosa ☐ Não Respira ☐ Não Sabes	
ATIVIDADE DE VIDA ☐ 101 Caminhar 10 min. ☐ 103 Caminhar 40 min. ☐ 105 Caminhar 10 min. ☐ Não Sabes ☐ Outras Atividades ☐ Suspendido		PULSO ☒ SIM ☐ Normal ☐ Rápido ☐ Lento ☐ Irregular ☐ Sem pulso ☐ Não Sabes	
TRANSMISSÃO ☐ 101 Contusão 10 min. ☐ 103 Contusão 40 min. ☐ 105 Contusão 10 min. ☐ Não Sabes ☐ Outras Atividades ☐ Suspendido		BATERIA ☐ Correla ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Anormal ☐ Anormal ☐ Anormal ☐ Anormal	
ATIVIDADE DE VIDA ☐ 101 Caminhar 10 min. ☐ 103 Caminhar 40 min. ☐ 105 Caminhar 10 min. ☐ Não Sabes ☐ Outras Atividades ☐ Suspendido		BATERIA ☐ Correla ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Anormal ☐ Anormal ☐ Anormal	
TRANSMISSÃO ☐ 101 Contusão 10 min. ☐ 103 Contusão 40 min. ☐ 105 Contusão 10 min. ☐ Não Sabes ☐ Outras Atividades ☐ Suspendido		BATERIA ☐ Correla ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Anormal ☐ Anormal ☐ Anormal	

GOVERNO DA PARAIBA 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 Morais
PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____
SÉRIE SOMTAD 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
Ass. de Registro Nº. do CRM 11111111111111111111

AUTORIZAÇÃO

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

MOD. 060





ATESTADO MÉDICO

ATESTO que claudio Muniz Santos

foi atendido (às) hoje, às _____ (_____) horas, necessitando de 70 (noventa) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S52.1

Campina Grande, 03/06/18

Dr. Bruno C. V.
Otorrinolaringologista
CRM 143.851
FECP 1384

Assinatura do Médico - CRM N° 723213

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

MOD. 004





ATESTADO MÉDICO

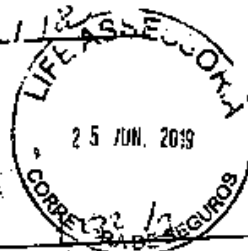
ATESTO que claudio Muniz Santos

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, 03/06/18

Dr. Claudio Muniz Santos
CRM 1554



Assinatura do Médico - CRM N°

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

MOD. 004



EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

05/05/20
3.6.13

15:04

P.º exame da no punho
- com o B, a os
que. 7.77
analisando / Clavícula

De punho 5: si fa si la (di) /
no com o. fa abas no si di

edi: TAU 11/11/13

nome

nome

nome

na o. 11/11/13

na o. 11/11/13



DESTINO DO PACIENTE / / às / hs.

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

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

#CIRURGIA GERAL

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

Re de Torácica apresentando fratura de
Costela En USG FAST evidenciando um
derrame pleural à esquerda.

Dr. Pauer da Cir. Torácica.

Alta da cir. geral

Dr. André Vinícius P. de Souza
RESIDENTE CIRURGIA GERAL
CRM-PB 1711

+ Dr. Raúdo

#Cirurgia Torácica

Paciente vítima de acidente automobilístico com radiografia
de tórax evidenciando fratura em 5ª e 6ª costelas com
de hemotórax direito, com provável hêmico de
hemotórax, sem indicação de abordagem invasiva.
REFERE POR LOCAL IMOBILIZADO

CO: interconsulta para avaliação de lesões.

Dr. Raulo Lucio Alves Tito
Cirurgião Geral - Radiologia
CRM-PB 7131

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE



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

SUS Sistema Único da Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
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 - N° DO PRONTUÁRIO 1666403	
7 - CARTÃO DO SUS 02/03/1972		8 - DATA DE NASCIMENTO 02/03/1972	
9 - SEXO Masculino ☒ Feminino ☐		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL ANATONIO VICENTE, O, CATOLE DE ZE FERREIRA	
11 - TELEFONE DE CONTATO 83		12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO) Campina Grande	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande		14 - CÓDIGO MUNICÍPIO - UF 250400 PB	
15 - CEP 58400002		16 - CPF 58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSPORTE, COLUNAS COM DOR TORÇÃO INTENSA EM HEMITÓRAX ESQUERDO. PARADOXIA DE TORÇÃO COM FRACTURA DE S1 e 6: ANCA CONTATOS E HEMORRAGIA LAMINAR			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Tumor de pulmão linfático Tumor de pulmão linfático			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Tumor de pulmão linfático			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Tumor de pulmão linfático			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tumor de pulmão linfático			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO Tumor de pulmão linfático			
26 - CLÍNICA Tumor de pulmão linfático			
27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO Tumor de pulmão linfático			
28 - DOCUMENTO Tumor de pulmão linfático			
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Tumor de pulmão linfático			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Tumor de pulmão linfático			
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO Tumor de pulmão linfático			
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) Tumor de pulmão linfático			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRANSPORTE 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO			
36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - N° DO BILHETE 38 - SÉRIE			
39 - CNPJ EMPRESA 40 - CNAE DA EMPRESA 41 - CBOA			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADOR () EMPREGADO () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 44 - COD. ORGÃO EMISSOR 45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			



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

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:	CLAUDIA MORAES										PRONTUÁRIO:	214
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:				
	M ☐ F ☐	B ☐ P ☐ A ☐										

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

1x coagulante @ BSK 1
1x punção @ AP 18 / 18

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

DATA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo e Assinatura do Médico

RAIO X
REALIZADO
03/11/2019

SECRETARIA DE SAÚDE
25 JUL 2019
CORRETO



GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES										REQUISIÇÃO DE EXAMES									
NOME:		Elleudiana SANTOS										PRONTUÁRIO:		217					
IDADE:	46a	SEXO:	M ☒ F ☐	COR:	B ☐ P ☐ A ☐	PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF.:		LEITO:					
DADOS CLÍNICOS: Polipneumonia																			
MATERIAL A EXAMINAR: DSCC Rx punho (E) APID																			
EXAMES SOLICITADOS: Rx de tórax AP Rx de abdome e ombros à (E)																			
URGENCIA:		☒		ROTINA:		☐		HORA DA SOLICITAÇÃO:											
DATA:		03/10/2019								Carimbo e Assinatura do Médico Dr. Sebastião Viana Filho CRM-PB 8502/20596									



RAIO X
FEITO EM
03/10/2019



GOVERNO
DA PARAIBA

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

REQUISICÃO DE EXAMES



NOME:	Eladio Santos										PRONTUÁRIO:
IDADE:	46a		SEXO:	☒ M ☐ F	COR:	☐ B ☐ P ☐ A	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:
DADOS CLÍNICOS: Polipneumonia											
MATERIAL A EXAMINAR: Abdome											
EXAMES SOLICITADOS: FAST											
URGÊNCIA:	☒			ROTINA:			☐			HORA DA SOLICITAÇÃO:	
DATA:	03/06/18			Carimbo e Assinatura do Médico							

ULTRASSONOGRAFIA
Realizada em
03/06/18

Dr. Sebastião Vitorino S. Filho
CRM-PB 68901/2003596



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

*Ausência 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

MOD 022



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

8

Paciente	CLAUDIO MADON'S SAMOA	Alojamento	Leito	Convênio	
----------	-----------------------	------------	-------	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
03/06/18	① dieta oral leve ② Alergia leve perfumado ③ Tramação - clare + base 50% EV 6/6h ④ Tiliat 4mg - clare EV 12/12h ⑤ Rinitis 15mg - clare EV 12/12h ⑥ Amoxicilina 25mg - clare EV 12/12h ⑦ Oximetazolina 0,1% SIN ⑧ Narcoanal 8mg - clare EV 8/8h SIN ⑨ Mefenamic 10mg - clare + 9cc AD (Aplicar 3cc de solução de 6/6h SIN)	2/2 2/2 18 24 06 18 06 18 06 18 06 2/2	Paciente vítima de acidente automobilístico com lesão em membros inferiores Radiografia de tórax com fratura de 6^a costela lateral esquerda cp: internamento Dr. Rodolfo Lima Alves Filho Cirurgião Geral CRM-PB 7191

MOD. 035





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 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. Ramonê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101



GOVERNO DA PARAIBA 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 Araújo
SÉRIE 504124 PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____
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 QUANTIDADE LÍQUIDA DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 05/06/18

Dr. Rivaldo Fernandes
ORÇARIA 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 _____

1200.050





FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Paciente Eladio Moran Santos

Fratura de tíbia e fíbula
04/11/2020
CORREIA DE SAUDE

Data 04/11/20 Prescrição Médica 1) Dito line Alojamento X Leito 8 Confênio 5 Evolução Médica

2) Placa estabilizada
3) Fratura estabilizada
4) Sutura

Eladio Fernandes
CRM-PB 5126

05/10/2020 Ata Hospitalar

após cirurgia ortopédica

Eladio Fernandes
CRM-PB 5126

Boa evolução. Eupático.
IMV e me me no HTE.
em 19. de junho

Sinta melhorando ortopédico.
Tenho alta planejada.

Eladio Fernandes
CRM-PB 5126



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



C. Tokarska

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:
SETOR:	<u>Amaravela</u>		LEITO:	<u>04</u>	às : h
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:	DUSÚRIA ☐	CISTOSTOMIA ☐	ANÚRIA ☐		
	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/p patologia</u>
☒ RISCO DE ASPIRAÇÃO				CD/FR:	
☒ RISCO DE INFECÇÃO				CD/FR:	<u>procedimento invasivo</u>
☒ RISCO DE DESEQUILIBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL				CD/FR:	
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL				CD/FR:	
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	☐ RETENÇÃO URINÁRIA			CD/FR:	
☐ RISCO DE SANGRAMENTO				CD/FR:	
☐ NAUSEA				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/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:	CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
				FR:	FATOR RELACIONADO
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM					
☐ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.				APRAZAMENTO	ASSINATURA
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.					
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.					
☐ INSTALAR CATETER DE O ₂ A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.					
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUÍDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).					
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.					
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO 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 ÀS REPOSTAS DO PACIENTE.					

MOQ 129



 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 ± 14
meses. CID10: T92

19/10/18


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







ATESTADO MÉDICO

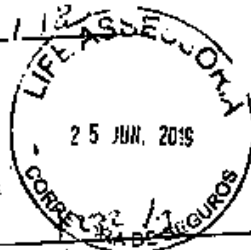
ATESTO que claudio Muniz Santos

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

DIAGNÓSTICO CID S52.1

Campina Grande, 03/06/18

Dr. Claudio Muniz Santos
CRM 15.432-1
R. 15.432-1



Assinatura do Médico - CRM N°

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-609 - Mefinas - Campina Grande - PB

MOD. 004



EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

05/05/20
3.6.13

15:04

P. t. n. r. t. a. d. a. n. o. p. u. n. t. o.
- c. o. m. u. n. i. c. a. d. o. B. a. n. o. u. n. t. o.
p. u. n. t. o. d. e. c. i. d. e. n. t. e. d. e. c. i. d. e. n. t. e. d. e. c. i. d. e. n. t. e.

De p. u. n. t. o. s. i. s. i. f. a. s. i. l. a. (p. i. n. t. e)
n. o. c. o. m. u. n. i. c. a. d. o. f. a. u. l. t. a. n. d. o. s. i. d. i. m. i. n. u. i.

c. o. d. i. t. a. l. a. s. i. m. p. l. e. s.
n. o. m. e.

n. o. m. e.

n. o. m. e.

n. o. m. e.

n. o. m. e.



DESTINO DO PACIENTE / / às : hs.

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

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

#CIRURGIA GERAL

Paciente continua com queda de membro
esquerdo. Se de natureza da torácica a
esquerda.

Re de torax apresentando fratura de
Costela E- USG FAST evidenciando líquido
durante pleural à esquerda.

Cr. Pânico da Cr. Torácica.

Alta da cir. geral

Dr. André Vinícius P. de Souza
RESIDENTE CIRURGIA GERAL
CRM-PB 7191

+ Dr. Rafael

#Cirurgia Torácica

Paciente vítima de acidente automobilístico com radiografia
de torax evidenciando fratura em 5^a e 6^a costelas com
de hemotórax direito, com provável hêmico de
hemotórax, sem indicação de abordagem invasiva.
REFERE POR LOCAL IMOBILIZADO

CO. INTERVENIÊNCIA PARA AVALIAÇÃO VEROSA.

Dr. Roberto Lúcio Alves Tito
CRM-PB 7191

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IOADE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Sistema Ministorio Único de 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 - N.º DO PRONTUÁRIO: **1666403**

7 - CARTÃO DO SUS: **02/03/1972**

8 - DATA DE NASCIMENTO: **02/03/1972**

9 - SEXO: **MASC**

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: **ANTONIO VICENTE, O, CATOLE DE ZE FERREIRA**

11 - TELEFONE DE CONTATO: **83**

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO): **Campina Grande**

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Campina Grande**

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO - UF: **250400 PB**

15 - UF: **PB**

16 - CEP: **58400002**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: *Vitima de acidente de trânsito, fratura de fêmur, trauma de tórax com fratura de 5. e 6. arco costal, e hemiparesia lateralizada.*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: *Tratamento clínico e cirúrgico.*

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS: *Fratura de fêmur com fragmentos deslocados.*

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: *Fratura de fêmur com fragmentos deslocados.*

PROCEDIMENTO SOLICITADO

21 - CID 10 PRINCIPAL: **M80.0**

22 - CID 10 SECUNDÁRIO: **S20.0**

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: **S20.0**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **02**

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **980016285831578**

26 - CLÍNICA: **02**

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO: **02**

28 - DOCUMENTO: **980016285831578**

29 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: **980016285831578**

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: **RODOLFO LUCIO ALVES TITO**

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: **03/06/2018**

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM-PB 7191**

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRANSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO

36 - CNPJ DA SEGURADORA: **36**

37 - N.º DO BILHETE: **37**

38 - SÉRIE: **38**

39 - CNPJ EMPRESA: **39**

40 - CNAS DA EMPRESA: **40**

41 - CBOR: **41**

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: **42**

43 - EMPREGADOR: **43**

44 - COD. ORGÃO EMISSOR: **44**

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **45**

46 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **46**

47 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO): **47**

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **48**

49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: **49**

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



GOVERNO
DA PARÁ

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

Ficha de Acolhimento



Nome:	Cláudio Venâncio Santos	Bairro:	Barão de Fátima
End:	Antônio 20 cento	Documento de Identificação:	
Data de Nascimento:	46 anos	Hora:	12:05
Queixa:	Ac. mto	Data do Atend.:	03-06-18
Acidente de trabalho?	() Sim () Não	Documento:	

Classificação de Risco

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

MOD. 110

Estratificação

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

Assinatura e carimbo do profissional

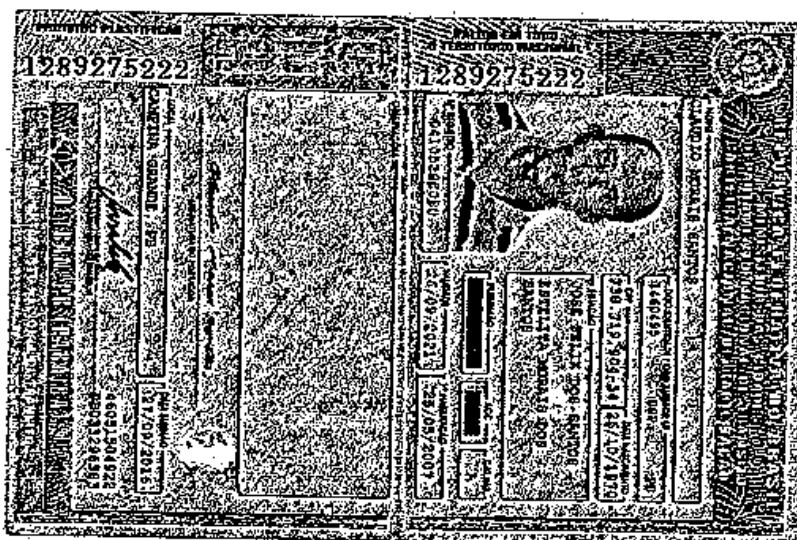
Suelio Moreira Torres
() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

Assinatura e carimbo do profissional

CÓPIA DIGITALIZADA DO CAA
CONFERE COM O ORIGINAL
23/07/18
ASS. *Suelio*



Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 15 de Novembro de 1988
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: **CLAUDIO MORAIS SANTOS**
 RG: **1460495**
 UF: **PR**
 Data de Nascimento: **26/10/1970**
 CPF: **738.719.904-34**
 Sexo: **M**
 Estado Civil: **A**
 Profissão: **---**
 Data de Emissão: **26/09/2021**
 Data de Validade: **25/05/2027**

FOTO

ASSINATURA

LOCAL
CAPIATA GRANDE, PR
27/09/2016

IDENTIFICADOR
46051504922
46051504922

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1289275222



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013930741953

1. CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1.1. 011.566431.1. 00/00000000 2018

1.2. CLAUDIO MORAIS SANTOS

1.3. 011.566431.1. 00/00000000 2018

1.4. 011.566431.1. 00/00000000 2018

1.5. 011.566431.1. 00/00000000 2018

1.6. 011.566431.1. 00/00000000 2018

1.7. 011.566431.1. 00/00000000 2018

1.8. 011.566431.1. 00/00000000 2018

1.9. 011.566431.1. 00/00000000 2018

1.10. 011.566431.1. 00/00000000 2018

1.11. 011.566431.1. 00/00000000 2018

1.12. 011.566431.1. 00/00000000 2018

1.13. 011.566431.1. 00/00000000 2018

1.14. 011.566431.1. 00/00000000 2018

1.15. 011.566431.1. 00/00000000 2018

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

2018 16/05/2018

011.566431.1. 00/00000000 2018

011.566431.1. 00/00000000 2018

011.566431.1. 00/00000000 2018

011.566431.1. 00/00000000 2018

011.566431.1. 00/00000000 2018

011.566431.1. 00/00000000 2018

011.566431.1. 00/00000000 2018

011.566431.1. 00/00000000 2018

011.566431.1. 00/00000000 2018

011.566431.1. 00/00000000 2018

011.566431.1. 00/00000000 2018

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURO P A G O 09/05/2018

SEGURO P A G O 09/05/2018

SEGURO P A G O 09/05/2018

SEGURO P A G O 09/05/2018

SEGURO P A G O 09/05/2018

SEGURO P A G O 09/05/2018

SEGURO P A G O 09/05/2018

SEGURO P A G O 09/05/2018

SEGURO P A G O 09/05/2018

SEGURO P A G O 09/05/2018

SEGURO P A G O 09/05/2018

SEGURO P A G O 09/05/2018

SEGURO P A G O 09/05/2018

SEGURO P A G O 09/05/2018

SEGURO P A G O 09/05/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

GRUPO EMPRESARIAL LIDER 0001-04

53362-0245

OUT







LAUDO DO IML - Lesões corporais

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 DA DEFESA SOCIAL
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



Polícia Militar do Estado da Paraíba



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 DA DEFESA SOCIAL
Instituto de Polícia Científica
Unidade de Medicina Legal

CONFERE COM ORIGINAL

Campina Grande-PB, 22/11/2018.

C: Laudo: 03.03.06.112018.24370

LAUDO TRAUMATOLÓGICO
Ferimento ou Ofensa Física

00313418

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

Franzete Maria 138455-4

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

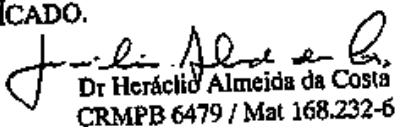
HISTÓRICO – O periciando refere ter sofrido acidente de moto em 03/06/2018, sendo socorrido para o Hospital de Trauma de Campina Grande, onde se submeteu a tratamento conservador para fratura de cotovelo.

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 23.08.2019 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 Vicente, 30, Velant

Nº 30 COMPLEMENTO BAIRRO Velant

CIDADE Campina Grande UF PB CEP 58.420.270

E-MAIL TELEFONE ()

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 CONFIRME 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 CONFIENEM

OS DADOS BANCÁRIOS, TALS 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 SORRIDAS 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 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, TALS 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 SEGUNDO PRESENTA 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

GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 23/08/2019

IDENTIDADE Cláudio Moraes Santos

ASSINATURA Cláudio Moraes Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 23/08/2019 MATR. CORREIOS 123456789

NOME Cláudio Moraes Santos

ASSINATURA Cláudio Moraes Santos

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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 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: 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

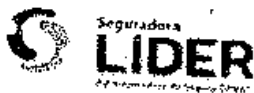
Vinicius

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 Frões

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 Frões

Superintendente de Sinistros

arthur.frões@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 Cláudio Marcos Sato
DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VITIMA 338.719.904-34
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIO 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

- ☒ 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)
- ☐ 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
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (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 CONFIENEM 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 SÓRIBAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAS (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 CONFIENEM 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

- 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 Cláudio Marcos Sato

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA _____ MATR. CORREIOS _____

NOME _____

ASSINATURA _____



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

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

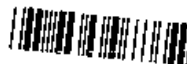
DOCUMENTOS ENTREGUES

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

CLAUDIO MORAIS SANTOS

DAIANE SANTOS BARBOZA



Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2018

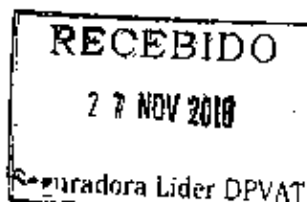
Aos Cuidados de: **CLAUDIO MORAIS SANTOS**
Nº Sinistro: **3180379644**
Vitima: **CLAUDIO MORAIS SANTOS**
Data do Acidente: **03/06/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

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.

Carta nº 13278521

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.



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 58420-300 - 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

Carta nº 13276142



Saiba +
www.soguerdider.com.br

• *eminentemente social.*

Como se vê, trata-se de um seguro

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.

Seguro DPVAT – Proteção para todos



Seguradora

LIDER

Administradora do Seguro DPVAT

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

[illegible]

CAIXA POSTAL 40.970
CEP: 20.270-971

Seguradora Líder, DPVAT

DEVELOPED

 Hill's Publishing[illegible]☐ **optimality**

11/11/2018

68-0079

Para

1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 26

☐ **مستند**

DATE _____

ಅಭಿವೃದ್ಧಿಗಾಗಿ ಈ ಕ್ರಮವು

O dos correios


Purdue University Springer

Responsável pela informação:

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 PARN CEP 58.420-270
 E-MAIL PROCESSOCMNA@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)

TANTE 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 RECEITÁRIO 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTVAT.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 13-06-2019
 IDENTIDADE 1.460.495-858193
 ASSINATURA Claudio Morais 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 PARN CEP 58.420-270
 E-MAIL PROCESSOCMNA@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)
 () TANTE 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 RECEITÁRIO 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTANITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 13-06-2019
 IDENTIDADE 1.460.495-85/PP3
 ASSINATURA Claudio M. Morais 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





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo: 08169457120198150001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **CLAUDIO MORAIS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 30 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/11/2020 15:51:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110415510096300000034608478>
Número do documento: 20110415510096300000034608478