

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 Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190439078

Vítima: JOSEMAR VITORIO DA SILVA

Data do Acidente: 19/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSEMAR VITORIO DA SILVA

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



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 Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190439078

Vítima: JOSEMAR VITORIO DA SILVA

Data do Acidente: 19/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOSEMAR VITORIO DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



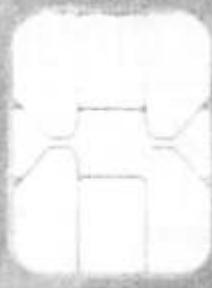
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE										
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: Gerson Vitorino da Silva												
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012														
5 - Nome completo:		6 - CPF:												
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:		10 - Complemento:										
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:		14 - CEP:										
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 83 9186434993													
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR														
17 - Nome completo do Representante Legal:														
18 - CPF do Representante Legal:		19 - Profissão do Representante Legal:												
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).														
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:														
<table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00</td> <td><input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SEM RENDA</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00</td> <td><input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00</td> </tr> </table>					<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00				
<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00												
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00												
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)														
<table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):</td> <td><input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)</td> <td>Nome do BANCO: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>					<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):	<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)					
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):													
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____													
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)														
<table border="0"> <tr> <td>AGÊNCIA: 033</td> <td>CONTA: 00081901</td> <td>(Informar o dígito se existir)</td> <td>AGÊNCIA: _____</td> <td>CONTA: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(Informar o dígito se existir)</td> <td colspan="3">(Informar o dígito se existir)</td> </tr> </table>					AGÊNCIA: 033	CONTA: 00081901	(Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)		
AGÊNCIA: 033	CONTA: 00081901	(Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____										
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)												
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.														
22 - 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):														
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.														
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.														
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE														
23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:								
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:									
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (viver): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avôs vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não									
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.														
34	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido													
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido					38 - 1º Nome: _____ CPF: _____									
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido					Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: 19 - Abri, 2019 CPF: _____									
40 - Local e Data: <i>Companhia Sion - PB</i>					Assinatura da testemunha CORREIA ASSOCIADOS CORREIA ASSOCIADOS CORREIA ASSOCIADOS CORREIA ASSOCIADOS									

20. 1. 2017

43 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50

CARTA

POUPANÇA



6277 8016 1746 4676
6277

VALIDO ATÉ

10/21

JOSEMAR VITORIO DA SILVA

0737 013 0008 1901-7

é
l
c



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:
0246549139

3 - CPF da vítima:
08951205928

4 - Nome completo da vítima:

Josman Vitoris do Silva

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

5 - Nome completo: Josman Vitoris do Silva	6 - CPF: 08951205428		
7 - Profissão: entregador	8 - Endereço: Rua Maria Gonçalves Melo	9 - Número: 08	10 - Complemento:
11 - Bairro: Baldwarez	12 - Cidade: Compina Grande	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58430 790
15 - E-mail: Gerson-Nerio@hotmail.com	16 - Tel.(DDD): 83986434993		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: **0493** CONTA: **9057579**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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.

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

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

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? Sim Não 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar teve irmãos? Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

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.

34
Impressão
digital na
vítima ou
beneficiário
devidamente
assinado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha 27 JUL. 2019

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Compina Grande - PB 22/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2^a DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES E
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410-601 (83) 3310-9319



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de N° 000129/19 registrada em 12/06/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos doze dias do mês de junho do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES E VEICULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 15:31 horas, compareceu o Sr. JOSEMAR VITORINO DA SILVA, com 36 anos de idade, filho de JOSÉ VITORINO DA SILVA e JOSEFA MARIA DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão ENTREGADOR, portador da Cédula de Identidade N° 3.434.518, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 08951205428, residindo à rua AV. JUVÉNCIO ARRUDA, 29, bairro BODOCONGÓ, na cidade de Campina Grande - PB, celular 9-8889.9396.

Declarou que:

Afirma o comunicante que no início da tarde do dia 19.03.2019, estava trafegando pela Avenida Juvêncio Arruda, Bairro de Bodocongó, nesta cidade de Campina Grande/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/NXR 150 BROS MIX ESD, ano/modelo 2009/2010, cor laranja, chassi n° 9C2KD0510AR005347, de placa NQH-8250/PB, licenciada em nome de Iran de Lima Beserra, quando se chocou com outra motocicleta de características e condutor não identificado, sendo que em decorrência do impacto o comunicante foi jogado ao solo, sofrendo lesões graves, sendo socorrido por populares e encaminhado para o hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamento cirúrgico, conforme documentos apresentados nesta Delegacia, enquanto que o condutor da outra moto sofreu lesões aparentes leves e conseguiu se ausentar do local sem ser identificado; Que, não foi realizada nenhuma perícia técnica no local por parte dos Policiais Militares da CPTran; Que, no momento do acidente não havia neblina e a visibilidade do local era boa; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o motociclista envolvido no acidente, caso o mesmo seja identificado. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Quarta-feira, 12 de Junho de 2019

Josemar Vitorino da Silva
JOSEMAR VITORINO DA SILVA

Declarante

José Alberto da Nascimento
Escrivão de Polícia
JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: **0246549139** 3 - CPF da vítima: **08951205928** 4 - Nome completo da vítima: **Josman Vitoris do Silva**

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

5 - Nome completo:	Josman Vitoris do Silva		6 - CPF:	08951205428	
7 - Profissão:	entregador		8 - Endereço:	Rua Maria Gonçalves Melo	
11 - Bairro:	Baldwarez	12 - Cidade:	Compina Grande	9 - Número:	08
13 - Estado:	PB		14 - CEP:	58430 790	
15 - E-mail:	Gerson-Nerio@hotmail.com		16 - Tel.(DDD):	83986434993	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0493** CONTA: **905757** 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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.

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

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

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não nascituro (vezinhos)?	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos?	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não pais/avós vivos?
--	---	--	--	---	---

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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário (de preferência)

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha 27 JUL. 2019

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha



40 - Local e Data,

Compina Grande - PB 22/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 22/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEMAR VITORIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00737

CONTA: 00000081901-7

Nr. da Autenticação 98F217F91AEAD47A

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ivan de Lima Bezerra,
RG nº 2369531, data de expedição 25/104/2014
Órgão SSP/PD, portador do CPF nº 02768311448, com
domicílio na cidade de Panambi Grande, no Estado de
paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R- ALMANY JOSE TAVARES DE MELLO, nº 301,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Sámon Vitorino do Silveira, cujo o condutor era
Sámon Vitorino do Silveira.

Veículo: MOTOCICLETA -
Modelo: NXR 150 Bros Mix ESD.
Ano: 2009-2010.
Placa: NQH 8250
Chassi: 9C2KD0510AR005347
Data do Acidente: 19/03/2019
Local e Data: Campina Grande - PB 13/05/2019



Ivan de Lima Bezerra
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima ou clamante do sinistro)

6º OFÍCIO DE NOTAS

Rua Marquês do Herval, 16 - Loja 8 - Galeria
Ed. Lucas - Campina Grande - PB
CEP: 58100-000 - Fone: (83) 3341-2408

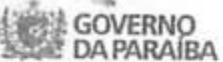
Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
IRAN DE LIMA BEZERRA

Dou-fé, Campina Grande/PB - 13/05/2019
Substituta: **NELIA MELLO LUCAS**
Selo Digital: AIN655501-0595
Consulte a autenticidade em <http://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$9,91 Farpen R\$0,29 MDR\$0,16 Repj R\$0,00

Nelia Mello Lucas
Tabelião Substituta
Cartório do 6º Ofício
Campina Grande-PB

SERVIÇO NOTARIAL
6º OFÍCIO
Rua Marquês do Herval, 16
Galera Ed. Lucas
Campina Grande-PB

Cirurgião



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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1856426

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 19/03/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Daniela Dos Santos Limeira

PACIENTE: JOSEMAR VITORINO DA SILVA CEP: 58400002 Nascimento: 22/03/1983

SILVA
Endereço: MARIA GONCALVES DE MELO

Cidade: Campina Grande Idade: 035 Bairro: BODOCONGO

Nome da Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA RG: N°: 8

Responsável: CPF: Profissão: ENTREGADOR

Estado Civil: Solteiro(a) Data de Atend: 19/03/2019 CNS: 203371672940006

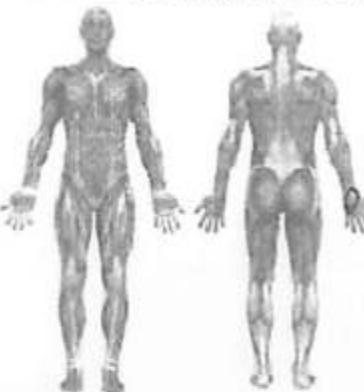
Motivo: ACIDENTE DE MOTO Hora: 13:18:53 CONVÉNIO: SUS

Médico: CRM: Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



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

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

TRAUMA contuso DE FA CE
E PUNHO direito -

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Vítima de queda de moto na Zona.
Aportionando dor em IBD. Mergulho etiloso. USava cachaça.
P. rias gocas porosas; Sint. convulsiva.
S: Repouso em PAI e sono.
C: Fila el traumismo.
D: ERG 15. pupilas isocôricas e contractas.
E: feira fechada em punho ().

ALERGIA:

NAO

MEDICAMENTOS:

NAO

PATOLOGIAS:

NAO

EXAME FÍSICO

PUPILAS Fotorreagentes Isocôricas () Anisocôricas ()

Glasgow 15. PA HGT: Sat02

AV. extens: Convul. induzir à palpação
Torco induzir à palpação
Movimen. induzir à palpação
NUT SO - perturbado.

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: DR. TONELAS ., às 13:40

22 JUL. 2019

Dia 17/03/19

Especialista: DR. BMF. , às 13:40

Dia 10, 03, 19.

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

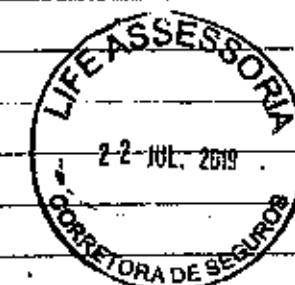
Nº	PREScrições e CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SL 500 ~ EV	
2	Dipirona 5g + ad EV	
3	Tilitayl 20mg + ad EV	
4		
5		
6		

RAIO X
REALIZADO EM:
18/03/18

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Flávio Daniel
MÉDICO
CIRURGIA GERAL
CRMPE 613

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO



DESTINO DO PACIENTE _____ às _____ hs.

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

J. Andrade *Dra. X. Senna*
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMAGEM	LEITO	Nº PRONTUÁRIO																					
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <i>Josémar Viterbo de Silveira</i>			IDADE: <i>35a</i>	SEXO: <i>M</i>	COR: <i>P.</i>																					
DATA: <i>24/03/19</i>	PRESSÃO ARTERIAL: <i>120x80</i>	PULSO: <i>50</i>	RESPIRAÇÃO: <i>12pm</i>	TEMPERATURA: <i>36,5</i>	PESO:	ALTURA:																						
TIPO SANGUÍNEO:	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA: <i>12.</i>	HEMATÓCRITO:	GLICEMIA:	UREIA:	OUTROS:																						
	URINA																											
AP. RESPIRATÓRIO: <i>regular</i>					ASMA:	BRONQUITE:																						
AP. CIRCULATORIO: <i>estável</i>					ELETROCARDIOGRAMA																							
AP. DIGESTIVO: <i>regular</i>		DENTES:	PESCOÇO:	AP. URINÁRIO:																								
ESTADO MENTAL: <i>20/20</i>		ATARAXICOS:	CORTICOIDES:	ALERGIA:	HIPOTENSORES:																							
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>Fratura de Rádio Distal D.</i>					ESTADO FÍSICO:	RISCO:																						
ANESTÉSICOS ANTERIORES: <i>—</i>																												
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: <i>—</i>					APLICADA: <i>AS</i>	EFEITO:																						
<i>8h 8:30</i> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td rowspan="2">AGENTES ANESTÉSICOS</td><td rowspan="2">Dose</td><td colspan="4"></td></tr> <tr><td colspan="4"></td></tr> <tr><td rowspan="2">LÍQUIDOS</td><td>FL</td><td colspan="4"></td></tr> <tr><td>500</td><td colspan="4"></td></tr> </table>								AGENTES ANESTÉSICOS	Dose									LÍQUIDOS	FL					500				
AGENTES ANESTÉSICOS	Dose																											
LÍQUIDOS	FL																											
	500																											
CÓDIGOS VP. ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTÉSIA: O - OPERAÇÃO	260																											
	240																											
	220																											
	200																											
	180																											
	160																											
	140																											
	120																											
	100																											
	80																											
	60																											
	40																											
	20																											
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	XO																											
POSIÇÃO	DDH																											
AGENTES																												
TÉCNICA	Sudocé DV 1 1+2+3.																											
OPERAÇÃO	Trot Curvino de Fratura de Rádio D																											
CIRURGIÕES	José Pauls																											
ANESTESISTAS	Dr. Diego Henrique																											
OBSERVAÇÕES																												
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.																												
					CÂNULAS																							
					<i>Diego Henrique</i> CRM: 9614/PR																							
					PERDA SANGUÍNEA																							

HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

Nome do Paciente: JOSEMAR VITÓRINO			Data da Cirurgia 24/03/2019
CNS	Enfermaria 1	Leito 4	Prontuário
Cirurgião: Dr. JOAO PAULO		1º Auxiliar : DR OTAVIO	
2º Auxiliar		Instrumentador ANDRE	
Anestesista: DR DIEGO		Anestesia :	
Diagnóstico Pré-operatório : FX RADÍO DISTAL			
Tipo de Cirurgia : REDUÇÃO + FIXAÇÃO			
Diagnóstico Pós-operatório : O MESMO			
Relatório imediato do Patologista NÃO HOUVE			
Exame Radiológico no Ato: NAO			
Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE			

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- 01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
- 02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE
- 03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS
- 04- REDUÇÃO INCRUENTA
- 05- FIXAÇÃO PERCUTÂNEA COM 2 FIOS K CRUZADOS
- 06- TALA LUVA;
- CURATIVOS



Dr. João Paulo
MEDICINA DO TRABALHO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 9551



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1856465 Paciente: JOSEMAR VITORINO DA SILVA Idade: 035 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA Data de Nascimento: 22/03/1983 Admissão: 19/03/2019

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 10 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO

DIA 25/03/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA ZERO	
2	JELCO SALINIZADO	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8/8 H SE NAUSEAS OU VOMITOS	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
8	ADMINISTRAR 3 F/A DE GLICOSE EV SE GLICEMIA < 70	
9	ADMINISTRAR IR CONFORME PROTOCOLO	

EVOLUÇÃO

DATA:25/03/2019 HORA:08:26:29

BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL.,

CD VPM, PACIENTE ALTA HOSPITALAR, PRESCRITO CIPROFLOXACINO 500MG
 12/12H POR 07 DIAS, SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO PARA AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA, ATESTADO
 MEDICO

ASSINATURA + CARIMBO
 Wagner Luiz Egito De Araujo





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

N° do prontuário: 1856465 Paciente: JOSEMAR VITORINO DA SILVA Idade: 035 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA Data de Nascimento: 22/03/1983 Admissão: 19/03/2019

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 10 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO

DIA 24/03/2019
MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA ZERO	
2	JELCO SALINIZADO	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12/26, 26/26
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 26
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	16 26
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8/8 H SE NAUSEAS OU VOMITOS	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
8	ADMINISTRAR 3 F/A DE GLICOSE EV SE GLICEMIA < 70	
9	ADMINISTRAR IR CONFORME PROTOCOLO	

EVOLUÇÃO

DATA: 24/03/2019 HORA: 01:31:53

 PACIENTE EM BEG, SEM INTERCORRÊNCIAS.
 DIURESE:+ EVACUAÇÕES:+ *BW*

CD:VPM, PACIENTE AGUARDANDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

 ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo
*Wagner Luiz Egito de Araujo
 CRM - PB 8926*


24/03/19

08:00H

PA - 120x80

Recebido com consentimento livre e esclarecido
e segue item que está à disposição
momentos.

Anderson L. de M. Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 892.210

24/03/19

20:00H

PA - 120x80

Presente voluntário e orientado livre e esclarecido
depois da procedente orientação clínica é feita
uma operação de olho, e segue os
instruções do Dr. Fábio de Enfermagem.

Anderson L. de M. Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 892.210





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1856465 Paciente: JOSEMAR VITORINO DA SILVA Idade: 035 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA Data de Nascimento: 22/03/1983 Admissão: 19/03/2019

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO

DIA 23/03/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE / Dieta zero a partir das 00:00	
2	JELCO SALINIZADO	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	
	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 8/8 H SE NAUSEAS OU VOMITOS	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
8	ADMINISTRAR 3 F/A DE GLICOSE EV SE GLICEMIA < 70	
9	ADMINISTRAR IR CONFORME PROTOCOLO	

EVOLUÇÃO

DATA: 23/03/2019 HORA: 09:48:58

BEG, ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS,
DIURESE:+ EVACOAÇÕES:-

CD: VPM
PROGAMAÇÃO DE CIRURGIA PARA AMANHA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
CRM - PB 51030
CRN - PB 51030





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1856465 Paciente: JOSEMAR VITORINO DA SILVA Idade: 035 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA Data de Nascimento: 22/03/1983 Admissão: 19/03/2019

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO

DIA 22/03/2019**MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /**

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	✓
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 12h/12h	35 24
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	18 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 24
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 06
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 8/8 H SE NAUSEAS OU VOMITOS	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	✓
8	ADMINISTRAR 3 F/A DE GLICOSE EV SE GLICEMIA < 70	
9	ADMINISTRAR IR CONFORME PROTOCOLO	✓

EVOLUÇÃO

DATA: 22/03/2019 HORA: 11:00:20

BEG, ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS

DIURESE:+ EVAC:+

CD:VPM
AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1856465 Paciente: JOSEMAR VITORINO DA SILVA Idade: 035 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA Data de Nascimento: 22/03/1983 Admissão: 19/03/2019

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO

DIA 21/03/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 12h/12h	32 24
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	32 08 24 09
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	32 24
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	38 09
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 8/8 H SE NAUSEAS OU VOMITOS	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
8	ADMINISTRAR 3 F/A DE GLICOSE EV SE GLICEMIA < 70	
9	ADMINISTRAR IR CONFORME PROTOCOLO	33 (12) 57 (120) 23 (144) 05 (13)

EVOLUÇÃO

DATA: 21/03/2019 HORA: 11:18:07

PACIENTE SEGUE EM BEG, SEM INTERCORRENCIAS.

CD: VPM.

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MÉDICO
 ASSINATURA E CARIMBO
 Ana Maria Da Silva Anselmo



21
03
19

10hs RA: 100x60
Pocimts estonil, com desintensão todo
em amarelo, figura de um gato
Tio: ~~Maria da Fontoura Soares~~
COREN-PB 843.811-TE

21
03
19

20hs RA: 120x80 Tio: ~~mormota~~





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

gr. vi

Diagnóstico

~~PEAN SISAK~~

2 The air

		FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO		
Paciente	Josémar Jafet Alves	Nascime nto	Vadino	<input checked="" type="checkbox"/> Alojamento
				10
				<input type="checkbox"/> Leito
				2
				<input type="checkbox"/> Convênio

20/03/19-13:00h

14:12:00h

Pet. 5000\$ / gregos
Avenida Lirurgica.

20/03/19-13:00h
B. 136460

Pet. 5000\$ / gregos
Avenida Lirurgica.



ESTADO DE SÃO PAULO
CORREATORA DE SEGUROS
LIFE ASSESSORIA

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

NECA THE N. FATIMA NAD.

Paciente Josémar Vitorino

Alojamiento

Leito

Convênio

23/03/19 09:40

PA = 130x80

P = 60

Sat = 98%

T = 36.2

Paciente consciente

e orientado na

vezidas até o momento
não sente dor no peito.
Pertence ao LGB. Sinal de
criadade da enfermagem.

23/03/19 21:00

PA = 120x70 P = 55

Paciente sem sinal de
embaraço ou infec-
ção.



23/03/19 21:00
PA = 120x70 P = 55
Paciente sem sinal de
embaraço ou infec-
ção.



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

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SR. (A): Josémar Alitônio da Silva
PORTADOR (A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO (A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 9525 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 19 / 03 / 19 A 25 / 03 / 19 NECESSITANDO DE
60 (sessenta) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.
Campina Grande 25 / 03 / 19

Ora Ana Maria da S. José
Ass. do médico - CRM/PB 7825

Ass. do médico - Nº. da CRM

AUTORIZAÇÃO

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

Ass. do paciente ou responsável

MOD. 060



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E
TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM JUIZ GONZAGA FERNANDES

NOME: Josémar Alfonso da Silva

SOLICITAÇÃO DE FISIOTERAPIA

Solicitado fisioterapia motora -x- para
paciente com diagnóstico de Fratura de rádio
digital (D).
submetido à Treatmento cirúrgico

Médico solicitante: Dra. Ana Maria da S. Anselmo

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MÉDICA
CRM PB 7825

Data: 25 / 03 / 19





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES



SUS

Jo-21

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Josémar Ritterino da Silva

DATA DO ATENDIMENTO: 29 / 03 / 19

Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA: _____

DIAGNÓSTICO: Fratura de rádio distal (D)

PROCEDIMENTO: Tratamento cirúrgico

MÉDICO (CARIMBO): Dr Otávio

MOD. 120





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

CNPJ: 06.778.268/0001-60 | AV. Floriano Peixoto, 4700 - Matvinas - CEP 58432-800 / Centro Grande - PB

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

Nome Completo: Ars. Maria da
S. Amélia

CRM: 7825 UF: PS

Endereço: Av. Floriano Peixoto,
4700 - Juazeiro

Cidade: C. Grande UF: PR

Telefone: 3330-5850

1^a VIA - Retenção da Farmácia ou Drogaria

2º VIA - Orientação ao Paciente

Paciente: Josémar Altorino da Silva
Endereço: R. 119 Gonzaguinha de Mato, 8 / Bairro: Bodocongó
Prescrição: Rx Rito Sintético

Liprofaz 500 mg — 03 cxs
Tomar 01 cp. de 12/12 horas por retroalimentación.

Date: 25 / 03 / 20 19

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Name : _____

Ident: _____ Órg. Emissor:

End.

Cidade: _____ I.E.: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assistência de Exportação

DATA: _____



Ficha de Acolhimento

Nome:	Josenmar Vitorio da Silva		
End:	Maria Gonçalves de Melo, 08		Bairro: Bodocongo
Data de Nascimento:	22.03.1983	Documento de Identificação:	
Queixa:	AC - moto	Data do Atend.:	19-03-19 Hora: 13:13 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom	() Regular	() Baixo	Aspecto:	() Calmo	() Fáceis de dor	() 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

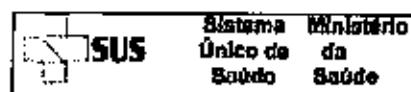
Lingão



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

Anane Evelyn Manoel
Assinatura e carimbo do profissional
CORRETO DE SAÚDE - LIFE ASSESSORI

Data da Internação: 19/03/2019 Hora: 13:56:43



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 - CNEE

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOSEMAR VITORINO DA SILVA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1856465

7 - CADASTRO DO SUS

203371672940006

8 - DATA DE NASCIMENTO

22/03/1983

9 - SEXO

Masc Fem

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

JOSEFA MARIA DA SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO

83 988899396

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, Bairro)

MARIA GONCALVES DE MELO , 8 , BODOCONGO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO

45 - UF

250400

PB

16 - CEP

58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Atropelo a ciclista c/ colisão no fci. defaz X
moto ciclista c/ dor e hematoma
do pulso

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Aj aux

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

Fonte do atropelo Rx pulo

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

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 (CMS / CPF)

29 - N° DOCUMENTO (CMS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ERICSSON ALBUQUERQUE MARQUES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

19/03/2019

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

37 - CNPJ EMPRESA

39 - CNPJ DA EMPRESA

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PRÉVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESempregado

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO (CMS / CPF)

47 - N° DOCUMENTO (CMS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

/ /





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: primar vitorino da silva Idade: 35
Convênio: SUS Data: 24/03/15
Procedimento: Reducao encaixe em tratamento cirurgico de fratura
do radio.

Cirurgião: Dr. joão paulo Auxiliar: Anestesista: Dr. bilgo
Inicio: 08:40 Término: DB: 45 Anestesia Sedacora

Observações:



Assinatura Anestesista

Circulante



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
<i>Nenhum Movimento = 0</i> <i>Movimento 2 membros = 1</i> <i>Movimento 4 membros = 2</i>		
<i>Apnéia = 0</i> <i>Respiração Limitada, Dispnéia = 1</i> <i>Respiração profunda e tosse = 2</i>		
<i>PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0</i> <i>PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1</i> <i>PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2</i>		
<i>Sat 02 < 90 com oxigênio = 0</i> <i>Sat 02 > 90 com oxigênio = 1</i> <i>Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2</i>		
<i>Não responde ao chamado = 0</i> <i>Despertado ao chamado = 1</i> <i>Completamente acordado = 2</i>		
TOTAL DE PONTOS:		

(B) 11465

Assinatura do anestesista



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: **Josémar Vitorino da Silva**. DN: 22/03/183
LEITE CONVENÍO IDADE REGISTRO
Sala 03 SUS 35 A 1856496

CIRURGIA Redutora parcialmente - CIRURGIA
CHIÁTICO de Fratura de - São Paulo.

ANESTESIA

INSTRUMENTADORA DATA 10319 INICIO 8:30

— 1 —

INSTRUMENTADORA DATA 24/03/19 INICIO 08:00 FIM 08:45

GOVERNO
DA PARAÍBA

GARANTIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernando

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
01	Adrenalina amp.	01	Catei. p/ Óxg.		Catgut cromado Serix	
01	Aropina amp.		Catei. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Serix	
05	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Serix	
01	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Colonolde		Catgul Simples Serix	
	Efrane ml		Dreno		Catgul Simples Serix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgul Simples Serix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Mercina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubatin amp		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Serix	
	Protigmine amp.	05	Espadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	05	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O, ml		Mononylon	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi nº 24		Prolene Serix	
03	Aqua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serix	
02	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Serix	
	Flexidol amp.	01	Luvas 7.5		Vicryl Serix	
	Flutocortid amp.	01	Luvas 8.0		Vicryl Serix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.	3 l/m	Oxigênio l/m			
	Glucos de Cálcio amp.		Polifix			
	Hasmacel ml.		PVPI Degemante ml			
	Heparina ml.		PVPI Tópico ml.			
	Kanakinon amp.	05	Sabão Antiséptico		SOROS	
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Medrotinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Gelado fr 500 ml	
	Plasid amp.	01	Seringa desc. 20 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Prolamina	02	Seringa desc. 05 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda		SG fr 500 ml	
	Stuplanon amp.		Sonda folley			
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica			
			Sonda Uretral nº			
			Slendrem ml			
			Tomeirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Aguilha desc. 25 x 7		Galcon 18			
	Aguilha desc. 28 x 28		Latese			
	Aguilha desc. 3 x 4,5					
	Aguilha p/ raque nº					
05	Alcool de Enfumagagem	a. 40%	05 Cetimodo 5			
	Alcool Iodado ml					
03	Aladuras de Crepon	100cm				
01	Aladuras de Gessada	150cm				
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

Qd. ORTESE E PRÓTESE
09. Fios de Kirschner

19-114-2019

EQU

- Oxímetro de Pulso Foco Auxiliar
 ~~ESTRA~~ FORA DE SERVIÇO Eletrocaulério
 Desfibrilador Oxicapnôgrafo
 Foco Frontal - Fixo Cardiomonitor
 Fonte de Luz Pedurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Juanilda Pereira Araújo
Téc. de Enfermagem
COREN - 227724





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTERIO DAS EMBAIXADAS

DENATRAN

IRAN DE LIMA BESERANO

卷之三

0121833317900
PRO
000000
2015

**SEGURÓ OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS QUINAO - SEGURÓ DPVAT**

CONTRAN		DENATRAN	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MÍNISTERO DAS CIDADES			
DETAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E PLACAS DE VEÍCULO V. 0019156495-8		Nº 012183331790 PERÍODO 2015	
IRAN DE LIMA BESERRA NOME _____		PLACA NOH8250/PB	
02768311448 NOVA ANTUFE PB		02768311448 NOH8250/PB	
PÁS/MOTOCICLETA/ÔNÔ APLIC HONDA / NXR150BRROS MIX ESD		PLACA / MODELO 2 P/149 / CI	
IPVA PAGO EM FAZER IPVA		CATEGORIA PARTIC	
02/10/2015 0		AÑO/FIM. 2009	
PRÉMIO TARIÁRIO (R\$) 500000000		PRÉMIO TOTAL (R\$) 500000000	
SEGUR OBSEVACOES		PAG 0 DATA DE PAGAMENTO 02/10/2015	
A.E BANCO ITAUCARD S/A NO PAÍS TRANSFERÊNCIA 0		02/10/2015 4507	
CAMPINA GRANDE - PR 12424			

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.dpvatsegurodotransito.com.br																																		
SAC DPVAT 0800 022 1204																																		
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">EXERCÍCIO</td> <td>DATA EMISSÃO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2015</td> <td>02/10/2015</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <small>MARCA / MODELO</small> HONDA / NXR150BROS </td> <td>MTX SSD</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <small>PLACA</small> 9C2KD0510AR065347 </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"> PRÉMIO TARIFÁRIO </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> COTA MÚLTIPLO </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <input checked="" type="checkbox"/> PAGAMENTO - <input type="checkbox"/> PARCELADO </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> COTA ÚNICA </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> SEGURADORA LÍDER - DPVAT </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> CHPJ 09.244.665/0001-94 www.seguradoralider.com.br </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> PB Nº 012183331790 BILHETE DE SEGURO DPVAT </td> </tr> </table>		EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	2015		02/10/2015	<small>MARCA / MODELO</small> HONDA / NXR150BROS		MTX SSD	<small>PLACA</small> 9C2KD0510AR065347			PRÉMIO TARIFÁRIO			<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> COTA MÚLTIPLO			<input checked="" type="checkbox"/> PAGAMENTO - <input type="checkbox"/> PARCELADO			<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA			SEGURADORA LÍDER - DPVAT			CHPJ 09.244.665/0001-94 www.seguradoralider.com.br			PB Nº 012183331790 BILHETE DE SEGURO DPVAT		
EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO																																
2015		02/10/2015																																
<small>MARCA / MODELO</small> HONDA / NXR150BROS		MTX SSD																																
<small>PLACA</small> 9C2KD0510AR065347																																		
PRÉMIO TARIFÁRIO																																		
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> COTA MÚLTIPLO																																		
<input checked="" type="checkbox"/> PAGAMENTO - <input type="checkbox"/> PARCELADO																																		
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA																																		
SEGURADORA LÍDER - DPVAT																																		
CHPJ 09.244.665/0001-94 www.seguradoralider.com.br																																		
PB Nº 012183331790 BILHETE DE SEGURO DPVAT																																		

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190439078 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEMAR VITORIO DA SILVA **Data do acidente:** 19/03/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE FACE.
FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (P.4)
TRATAMENTO CONSERVADOR PARA A FACE.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA José Luiz de OliveiraDATA DO ACIDENTE 19/03/2019 CPF DA VITIMA 089.512.054-26

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (A) VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COMA VITIMA É Silvana Vitória de SouzaENDERECO DO PORTADOR Rua Maria Genciana VilelaNº 03 COMPLEMENTO C. grande UF PR CEP 58430-790 BAIRRO BrasíliaCIDADE C. grande E-MAIL silviasilva@bol.com.brTELEFONE (83) 9 8643 4997

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) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) 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 CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- * NORTE = 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 5.194/74.
- * DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 22/10/2019IDENTIDADE 3434518NOME 22 JUL. 2019ASSINATURA Silvana VitóriaASSINATURA Companhia de Seguros

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190439078 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEMAR VITORIO DA SILVA **Data do acidente:** 19/03/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE FACE.
FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (P.4)
TRATAMENTO CONSERVADOR PARA A FACE.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	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-0246548/19

Vítima: JOSEMAR VITORIO DA SILVA

CPF: 089.512.054-28

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/03/2019

Titular do CPF: JOSEMAR VITORIO DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSEMAR VITORIO DA SILVA : 089.512.054-28

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: 22/07/2019
Nome: JOSEMAR VITORIO DA SILVA
CPF: 089.512.054-28

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/07/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

JOSEMAR VITORIO DA SILVA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA