

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Kenata Douglas Pereira dos Santos  
DATA DO ACIDENTE 11/12/2016 CPF DA VITIMA 101.997.264-50

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VITIMA E

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Alice Cavalcante Souza  
Nº 25 COMPLEMENTO Comercial Norte Mario Andreazza  
CIDADE Bayeux UF CE CEP 58309-824  
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 CARTÃO DE TRABALHO OU CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☒ LAUDO MÉDICO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
☒ ATUAL IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IMC - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMC (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA  
☒ BOLETEIM 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, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

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 CARTÃO DE TRABALHO OU CARTÃO 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 E 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 CARTÃO DE TRABALHO OU CARTÃO 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 ORIGINÁIS E LEGÍVEIS DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES OUTRINAS  
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINÁIS 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 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 CARTÃO DE TRABALHO OU CARTÃO 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 E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

\* MORTE - R\$ 11.500,00  
\* INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 11.500,00. 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, ACESSAR: WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGAR GRÁTIS SAC DPVAT 0800 072 1104

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 01/06/2017  
IDENTIDADE 3413490  
ASSINATURA \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA  
DATA \_\_\_\_\_  
NOME \_\_\_\_\_  
ASSINATURA \_\_\_\_\_



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



**DADOS DO ACIDENTE**

|   |   |                                  |
|---|---|----------------------------------|
| Nº BOAT<br><b>0906 - 2016</b>   | Responsável pelo Levantamento do Acidente:<br><b>Jose Eduardo Moreira Filho</b> | Posto/Graduação:<br><b>CB/PM</b> |
| Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia:<br><b>R. Francisco Pedro de Andrade</b> | Hora<br><b>22:30</b>  | Bairro<br><b>Mario Andreaza</b>  |
| Município:<br><b>Bayeux</b>   | UF<br><b>PB</b>   |                                  |
| Data/Ocorrência<br><b>11/12/2016</b>  | Dia da Semana<br><b>Domingo</b>   | C/S Vitima (QT)<br><b>Com</b>    |
| Natureza do Acidente<br><b>Abalroamento</b>   | Tipo de pavimento<br><b>Asfalto</b>   | Condições/Via<br><b>Seca</b>     |
| Tempo<br><b>Bom</b>   |   |                                  |
| Envolvidos no acidente (Quantidade)<br><b>02 veículos</b>   | Controle do tráfego no local<br><b>Via de Sentido Único</b>                     |                                  |

**CONDUTOR 01**

|   |   |  |                            |
|---|---|--|----------------------------|
| Nome<br><b>Andre de Negreiros Fernandes</b>   | Sexo<br><b>Masculino</b>                          | Nascimento<br><b>21/05/1978</b>        | RG<br><b>1805202</b>       |
| Endereço<br><b>R. Francisco Pedro de Andrade, 856, Mario Andreaza, Bayeux PB – Tel.(083)98879-1210/99640-8046</b> |   |  |                            |
| 1ª Habilitação<br><b>28/11/2001</b>   | Categoria<br><b>B</b>                             | Registro CNH N.º<br><b>02019391670</b> | U.F.<br><b>PB</b>          |
| Ex.méd./Dia<br><b>Sim</b>   | Data Vencimento<br><b>12/09/2016</b>              | Usava cinto<br><b>-</b>                | Usava Capacete<br><b>-</b> |
| Exame de Embriaguez Alcoólica<br><b>Não</b>   | Destino do Condutor<br><b>Permaneceu no Local</b> |  |                            |

**VEÍCULO 01**

|  |                                    |                                  |                                      |                                 |                   |
|--|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|-------------------|
| Marca<br><b>GM Montana</b>                             | Espécie<br><b>Cominhonete</b>      | Placa<br><b>MNR-3202</b>         | Categoria<br><b>Particular</b>       | Município<br><b>João Pessoa</b> | U.F.<br><b>PB</b> |
| Nome do Proprietário<br><b>BB Leasing SA ARR Merc.</b> |                                    |                                  |                                      |                                 |                   |
| Seguradora<br><b>DPVAT</b>                             | Bilhete N.º<br><b>011863785269</b> | Renavan N.º<br><b>95458574-7</b> | Data da Emissão<br><b>07/04/2015</b> |                                 |                   |
| Defeitos<br><b>Nada constatado</b>                     |                                    |                                  |                                      |                                 |                   |

**VERSÃO DO CONDUTOR 01**

Condutor declarou que: Trafegava na Via A do lado esquerdo no sentido Conjunto Jose Mariz BR 101, quando ao fazer a conversão para adentrar em sua residência, escutou vários tiros, ao parar o carro no portão da garagem logo após os tiros, o V2 em seguida colidiu na lateral do V1.

**CONDUTOR 02**

|   |   |                                 |                      |
|---|---|---------------------------------|----------------------|
| Nome<br><b>Renata Douglas Pereira dos Santos</b>  | Sexo<br><b>Feminino</b>                             | Nascimento<br><b>30/01/1988</b> | RG<br><b>3413490</b> |
| Endereço<br><b>R. Alice Cavalcante de Souza, 25, Mario Andreaza, Bayeux PB – Tel.(083)98740-0136/98741-5792</b> |   |                                 |                      |
| 1ª Habilitação  | Categoria   | Registro CNH N.º                | U.F.                 |
|   |   |                                 | <b>Sim</b>           |
| Exame de Embriaguez Alcoólica<br><b>Não</b>   | Destino do Condutor<br><b>Socorrido ao Hospital</b> |                                 |                      |

**VEÍCULO 02**

|   |                                    |                                  |                                      |                            |                   |
|---|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|-------------------|
| Marca<br><b>Honda Fan</b>                                   | Espécie<br><b>Motocicleta</b>      | Placa<br><b>NPT-2457</b>         | Categoria<br><b>Particular</b>       | Município<br><b>Bayeux</b> | U.F.<br><b>PB</b> |
| Nome do Proprietário<br><b>Paulo Junior Pereira Santana</b> |                                    |                                  |                                      |                            |                   |
| Seguradora<br><b>DPVAT</b>                                  | Bilhete N.º<br><b>012710384320</b> | Renavan N.º<br><b>15462144-7</b> | Data da Emissão<br><b>07/07/2016</b> |                            |                   |
| Defeitos<br><b>Nada constatado</b>                          |                                    |                                  |                                      |                            |                   |

**VERSÃO DO CONDUTOR 02**

Condutor foi ouvida no Hospital Ortopedia no dia 19/12/2016 as 11:20 e declarou que: Ficou assustada com uns tiros que havia acontecido dia do sinistro, e que trafegava na Via A no sentido Conjunto Jose Mariz BR 101, quando o V1 fez a conversão para adentrar em sua garagem, e a mesma não teve tempo de para, e acabou colidindo na lateral do V1.

20 03 77

SIGNATURA





**CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE Ocorrência DE ACIDENTE DE TRâNSITO - BOAT N° 0906 - 2016**

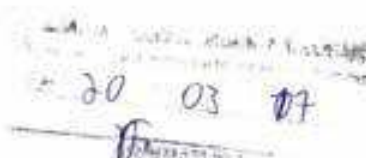
**VÍTIMA 01**

|                    |  |      |                |            |   |
|--------------------|--|------|----------------|------------|---|
| Nome               | Renata Douglas Pereira dos Santos  | Sexo | Masculino      | Nascimento | - |
| Endereço           | R. Alice Cavalcante de Souza, 25, Mario Andreaza, Bayeux PB – Tel.(083)98740-0136/98741-5792 |      |                |            |   |
| Condição da Vítima | Viajava no Veículo N°  |      | Usava Cinto    |            |   |
| Condutores         | V2   |      | Conduzida Para |            |   |
|                    |  |      | Hospital       |            |   |

**CONSTATADO**

Constatado quando do levantamento que: O sinistro se deu logo após troca de tiros nas proximidades e o C2 assustada com os tiros colidiu no V1; V1 teve avarias na parte lateral esquerda; V2 teve avarias na parte frontal; quem fez o socorro da vítima foi a VTR dos Bombeiros AR 27 comandada pelo CB Carvalho; V1 foi liberado no local; V2 foi conduzido ao patio do BPTRAN; fato informado na 6ª DD em Santa Rita.

João Pessoa – PB, 07 de Janeiro de 2016.

20 03 07  


  
 Jose Eduardo Moreira Filho CB PM  
 Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0906/ 2016

AMARRAÇÕES

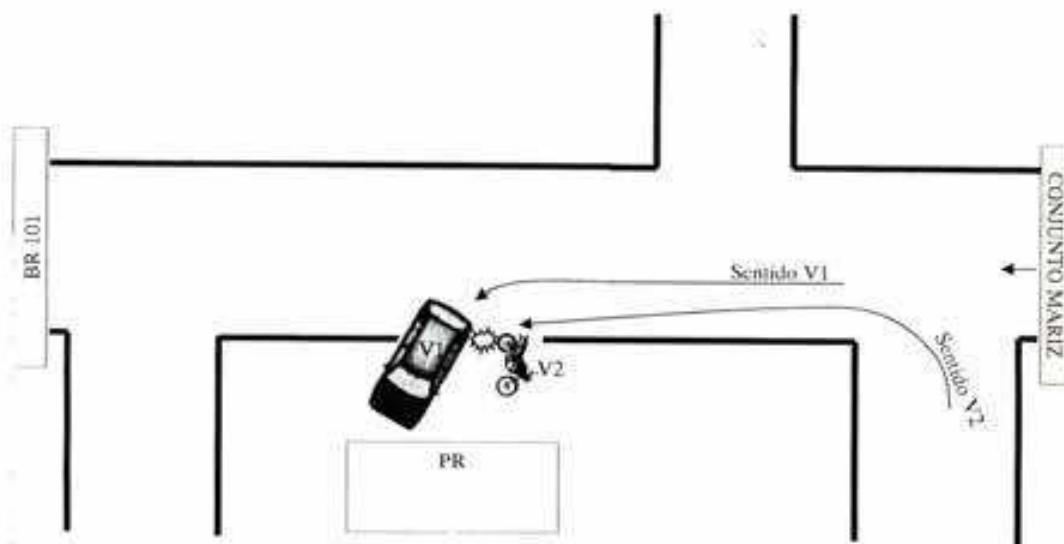
VIA "A" - Rua Francisco Pedro de Andrade 07,20metros

PR (Ponto de Referência) Casa 656

PA (Ponto de Amarração) Guia do meio fio

V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Direito 00,50 e Traseiro Direito 03,00 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Eixos Dianteiro Direito 01,50 e Traseiro Direito 00,00 metros para (PA)



USO: BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

AVARIAS



V1



V2

12/01/2018 18:04:06  
18011218032971200000011815322

*José Alexandre M. Silva*  
PM  
Responsável pelo Levantamento





VISTO EM: 30/03/17

Comandante do BAPH  
Katty Sabrina do Nascimento Silva  
TEN CEL 521.280-4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

**(ATO DECLARATORIO)**

João Pessoa-PB, 24 de Março de 2017.

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 102/2017**

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 11/12/2016, conforme requerimento nº 102/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 23h22min o/a Sr.(a) **RENATA DOUGLAS PEREIRA DOS SANTOS** CPF 101.997.264-50, vítima de acidente de trânsito (colisão carro x moto), ocorrido na Rua Francisco Pedro de Andrade, Mutirão, Bayeux/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-27, tendo como chefe o **SOLDADO BM Márcio Costa Souza Lima**, Matrícula 527.325-1, constatou no local da ocorrência que a vítima encontrava-se consciente e orientada, apresentando edema na região temporal e queimadura e fratura fechada no membro inferior direito. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **Elizabete Gurjão Leônico Pinheiro** SD BM, Mat. 523.935-4, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

Elinda Brunhilde dos Santos  
Ten. COBM  
Mat. 523.685-4

**Chefe da 3ª Seção**



**GOVERNO  
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar  
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB  
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3216-7979 (FAX) - E-mail: crahbbs@bombeiros.pb.gov.br



### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, RENATA DOUGLAS PEREIRA DOS SANTOS, portador da carteira de identidade nº 3413490 e inscrito no CPF/MF sob o nº 101.997.264-50, residente e domiciliado na RUA ALCE CARVALHO SILVA, N.º 25, MARCO ANTONIO, Cidade BAJOUX, Estado PARAIBA, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (x) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Renata Douglas Pereira dos Santos

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Joazeiro, 09 de maio de 2017

Local e data







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



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

|                    |                                   |
|--------------------|-----------------------------------|
| NOME DO PACIENTE   | RENATA DOUGLAS PEREIRA DOS SANTOS |
| DATA DE NASCIMENTO | 30/01/88                          |
| NOME DA MÃE        | EDNEIDE RAMOS DOS SANTOS          |

### DADOS EXTRAÍDOS

|                        |  |
|------------------------|--|
| BOLETIM DE ENTRADA N.º | 966.922  |
| DATA DO ATENDIMENTO    | 12/12/16   |
| HORA DO ATENDIMENTO    | 00:01  |
| MOTIVO DO ATENDIMENTO  | ACIDENTE DE MOTOCICLETA                                |
| DIAGNÓSTICO (S)        | FRATURA DE TÍBIA DIREITA + QUEIMADURA DE PERNA DIREITA |
| CID 10                 | S82.2 + T24.0  |

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, refere perda de consciência, nega vômito e cervicalgia. Abdomen sem queixas. Pupilas fotorreagentes. Consciente e orientada. Glasgow 15. Apresenta fratura de tibia direita. Apresenta queimadura por contato no escapamento da moto em perna direita. Paciente recusou imobilização com tala bota. Foi encaminhada para o Ortotrauma de Mangabeira.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Tomografia computadorizada de face  
Tomografia computadorizada de crânio

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Aspectos normais.

### TRATAMENTO:

Realizado curativo de queimadura com sulfadiazina de prata.

|                  |          |
|------------------|----------|
| ALTA HOSPITALAR: | 12/12/16 |
| DATA DA EMISSÃO: | 14/03/17 |

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

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





Av. Vinte e Nove de Abril



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

ACOLHIMENTO, an - - CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 966922



GOVERNO  
DA PARAÍBA



## Identificação do paciente

|   |  |                             |
|---|--|-----------------------------|
| ID<br>1115581                           | Nome<br>RENATA DOUGLAS PEREIRA DOS SANTOS                        | Sexo<br>Feminino            |
| Data de nascimento<br>30/               | Idade<br>28 anos 10 meses 11 dias                                | Estado civil<br>SOLTEIRO(A) |
| Religião<br>NÃO INFORMADA               | Prontuário   |                             |
| Pai<br>RICARDO DOUGLAS PEREIRA DA SILVA | Responsável (Parentesco)<br>ELINEIDE RAMOS DOS SANTOS - IRMÃO(A) |                             |
| DDD Móvel<br>83                         | Fone Móvel<br>987400135  | DDD Fixo<br>Fone Fixo       |
| Tipo documento<br>RG (IDENTIDADE)       | Número documento<br>3412990                                      | Nº Cns<br>898004221169544   |
| Local de procedência<br>BAYEUX          | Tipo<br>MUNICÍPIO  | UF<br>PB                    |
| Email<br>JOÃO PESSOA                    | Naturalidade<br>JOÃO PESSOA                                      | CBOR                        |

## Endereço

|                 |   |                   |  |
|-----------------|---|-------------------|--|
| CEP<br>58309623 | Município de residência<br>BAYEUX                           | UF<br>PB          | Logradouro<br>JOÃO LINDOLFO DA SILVA (ÁREA IV) |
| Número<br>SN    | Complemento<br>R ALCCE CAVALCANTE SOUZA N 26 MARIO ANDREAZA | Bairro<br>MUTIRÃO |  |

## Admissão

|  |                                       |                           |
|--|---------------------------------------|---------------------------|
| Data e Hora<br>12/12/2016 00:01:50               | Número da pulseira<br>100004202035    | Convênio<br>SUS           |
| Especialidade<br>TRAUMATOLOGISTA                 | Clinica<br>CLINICA TRAUMA E GERAL     | Origem do paciente<br>RUA |
| Motivo de atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Detalhe do acidente<br>VEICULO X MOTO |                           |

## Adutores e Transporte

|   |                       |                           |               |
|---|-----------------------|---------------------------|---------------|
| Caso policial<br>Não                      | Plano de saúde<br>Não | Veio de ambulância<br>Sim | Trauma<br>Não |
| Meio de transporte<br>RESGATE - BOMBEIROS | Quem transportou      |                           |               |

## Sinais Vitais

|              |       |             |
|--------------|-------|-------------|
| PA<br>X mmHg | Pulso | Temperatura |
|--------------|-------|-------------|

## Exames complementares

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

Dados clínicos

Assinado eletronicamente por:

DIAGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA

Imprimir

16/02

|                        |
|------------------------|
| TOMOGRAFIA             |
| Tipo ... Crânio e Face |
| Data ... 12/12/16      |
| HORA ... 0:39          |
| ACQUETEC RAD ...       |

12/12/2016 00:03





12/12/16 # NCR

00:40

TCE leve por queda  
de moto há ± 3h, sem  
perda da consciência ou  
vômitos.

Glossop 15, sem déficit  
focais. Neg. cefaleia.

TSE de crânio: normal

Alta da NCR



Dr. Newton Magalhães  
Esp. em Dor e Parkinson  
Neurocirurgia Funcional  
CRM PB 5914 / CRM PE 15506  
CNS 28742908720097

Porto Alegre  
Família com futuro  
do filho  
André: 10h 30h

Paciente recusa  
a taxa. #

Goianinha  
ou o Brasil  
Amphur





## Primeiro Atendimento Médico



18000428033 BE: 985922  
HENRY DOUGLAS PEREIRA DOS SANTO  
DT. NASC.: 20/01/1988  
PAI: EDNEIDE BRANCO DOS SANTOS  
END.: JOAQUIM LINDOLFO DA SILVA (A RUA 1)  
N. 30 - PUTINZAO  
BRUNO  
PONE: ( )  
CELULAR: (63) 987400138  
IDADE: 29  
DT. ENTRADA: 12/01/2018 08:01:50

### PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

### DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de acidente de trânsito  
2 horas depois de ocorrência.  
Nego trauma de cabeça e pescoço.

### EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☒ Libres ( ) Obstruídas

AÉREAS ☒ Normais ( ) Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA: ☒ Sim ( ) Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim ( ) Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sim ( ) Não

( ) Ventilação mecânica

( ) Apnéia

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

☒ Presente e normal

HTD: ☒ Rude

☒ Diminuído

☒ Ausente

HTE: ☒ Presente e normal

☒ Diminuído

☒ Ausente

2- RUÍDOS

☒ Sim

☒ Não

HTD: ☒ Roncos

☒ Sibilos

☒ Estertores

HTE: ☒ Roncos

☒ Sibilos

☒ Estertores

FR: ☒ Imp

SaO<sub>2</sub>: ☒ %

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☒ Equivocamente

( ) Paralisadas

( ) Isocóricas

( ) Anisocóricas

(diferença = \_\_\_\_\_ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR

ESCALA VERBAL

MELHOR RESPOSTA VERBAL

ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA

(4 anos)

MELHOR RESPOSTA MOTORA

Esponda

A solicitação verbal

Ao continuo estímulo

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

### CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

☒ Normal

( ) Pálida

( ) Cianótica

( ) Pictórica

( ) Ictérica

TEMPERATURA DA PELE

☒ Normal

( ) Quente

( ) Fria

PULSO

☒ Normal

( ) Aumentado

( ) Fino

( ) Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTIMO

☒ Regular

( ) Irregular

( ) Ausente

BULHAS

☒ Normotônicas

( ) Hipotônicas

( ) Hipertônicas

( ) Ausente

SOPRO

☒ Presente

( ) Ausente

BE OU B4

☒ Sim

( ) Não

FC: \_\_\_\_\_ bpm

PA: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmHg

T: \_\_\_\_\_ °C

ECG:

ABDOMEN

☒ Abdomen

☒ Abdomen

☒ Abdomen

☒ Abdomen

☒ Abdomen

☒ Abdomen

☒ Abdomen

☒ Abdomen

☒ Abdomen

☒ Abdomen

☒ Abdomen

☒ Abdomen

☒ Abdomen

☒ Abdomen

☒ Abdomen

☒ Abdomen

☒ Abdomen

☒ Abdomen

☒ Abdomen

F(NG) CC-001-1



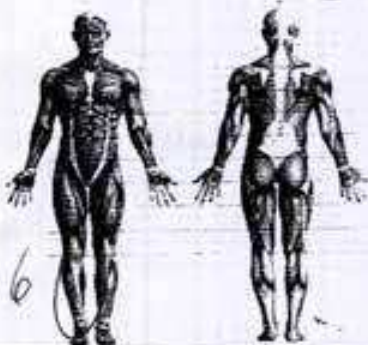


## EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 MEDICAMENTOS: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 IMUNIZAÇÃO: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 PATOLOGIA: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_

## LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- |                        |                                 |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão              | 19 Fratura Óssea Fechada        |
| 2 Amputação            | 20 Fratura Óssea Aberta         |
| 3 Avulsão              | 21 Hematoma                     |
| 4 Contusão             | 22 Ingurgitamento Nervoso       |
| 5 Crepitação           | 23 Laceração                    |
| 6 Dor                  | 24 Lesão Tendinea               |
| 7 Edema                | 25 Luxação                      |
| 8 Empalamento          | 26 Mordedura                    |
| 9 Efusão subcutânea    | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento         | 28 Objeto Encravado             |
| 11 Equimose            | 29 Otorragia                    |
| 12 F. Arma Branca      | 30 Paralisia                    |
| 13 F. Arma de Fogo     | 31 Paresia                      |
| 14 F. Contuso          | 32 Parestesia                   |
| 15 F. Cortante         | 33 Queimadura                   |
| 16 F. Corto-Contuso    | 34 Rinorragia                   |
| 17 F. Perfuro-Contuso  | 35 Sinais de Isquemia           |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36                              |

OBS.:

## QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma): \_\_\_\_\_ % Grau de queimadura: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau

## EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias ☐ Lavado peritoneal  
☐ Ultrassonografia (FAST) ☐ Gasometria arterial  
☒ Tomografia computadorizada ☐ Tipagem sanguínea

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

|    | CONDUTAS E PROCEDIMENTOS           | CÓDIGO | ASSINATURA E CARIMBO |
|----|------------------------------------|--------|----------------------|
| 1  | Ateralimento injetado              |        |                      |
| 2  | SRL 1000 ml EV                     |        |                      |
| 3  | Propranolol 1mg + 100ml SF EV      | 07:20  | 07/40                |
| 4  | Ripresão 2ml + 100ml EV            |        |                      |
| 5  | Atc de C. Quel                     |        |                      |
| 6  |                                    |        |                      |
| 7  |                                    |        |                      |
| 8  | Ampronal 10mg IV. Santos           | 07:40  |                      |
| 9  | Dr. João Vinícius Hipólito e Silva |        |                      |
| 10 | Resumo CROPE 0047                  |        |                      |

## SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da Dr. L. C. D. A. C. R. às \_\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_\_  
 Solicito parecer da Dr. O. R. O. B. M. E. às \_\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_\_

## DESTINO DO PACIENTE

☐ Centro cirúrgico ☐ Transferência (unidade de saúde)  
☐ Internado (setor)  
 DATA: \_\_\_\_\_  
 SAÍDA: ☐ Alta hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A reavalia ☐ Desistência  
 HORAS: \_\_\_\_\_ ☐ Óbito ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ JIML ☐ SVO

ASSIN  
 ATURA/CARIMBO  
 Dr. João Vinícius Hipólito e Silva

ASSIN  
 ATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

FINGJ.CC.D03-1





# EVOLUÇÃO DO PACIENTE



1808428238 BE: 966922  
HENRIS DOUGLAS PEREIRA DOS SANTOS  
DT. NASC.: 28/01/1989  
PSE: EDNEIDE MARCOS DOS SANTOS  
END.: JOAQUIM LINDOLFO DA SILVA (A RUA 2)  
N. 58 - PUTINHO  
BRTEUX  
FONE: (61) 367408136  
CELULAR: (62) 967408136  
IDRDE: 28  
DT. ENTRADA: 12/12/2016 08:01:58

BE/PRONTUÁRIO

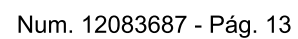
Nome do paciente

| DATA     | HORA  | DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO  |
|----------|-------|--|
| 12/12/16 | 01:33 | # BNFH<br>Paciente vítima de acidente motorístico, uso de capacete. Queimadura de primeiro e segundo graus no tórax, membros superiores, membros inferiores, verbalizando, em BCG. Ao exame clínico de face apresenta edema em região nasal, abertura oral e oclusão preservada, consciência normal.<br>Ao exame de imagem não há sinais de fratura nos ossos da face.<br>CD @ pu. BNF<br>② Orientações<br>③ Alto de BNF, acompanhadas das demais especialidades |
| 12/12/16 |       | # G. R. T. C.<br>Paciente apresentando queimadura por contato elétrico de 1º e 2º graus em membros superiores e inferiores.<br>Condição: 1º e 2º graus / 1º e 2º graus de 1º e 2º graus  |

FONG/ENF.018-1



(NG).ENF.018-1







**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000197347

Idade: 28 anos

Paciente: RENATA DOUGLAS PEREIRA DOS SANTOS

Data: 12/12/2016

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEIOS DA FACE**

### **Técnica**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise**

Hematoma subgaleal na região frontal direita.

Septo nasal desviado para a direita.

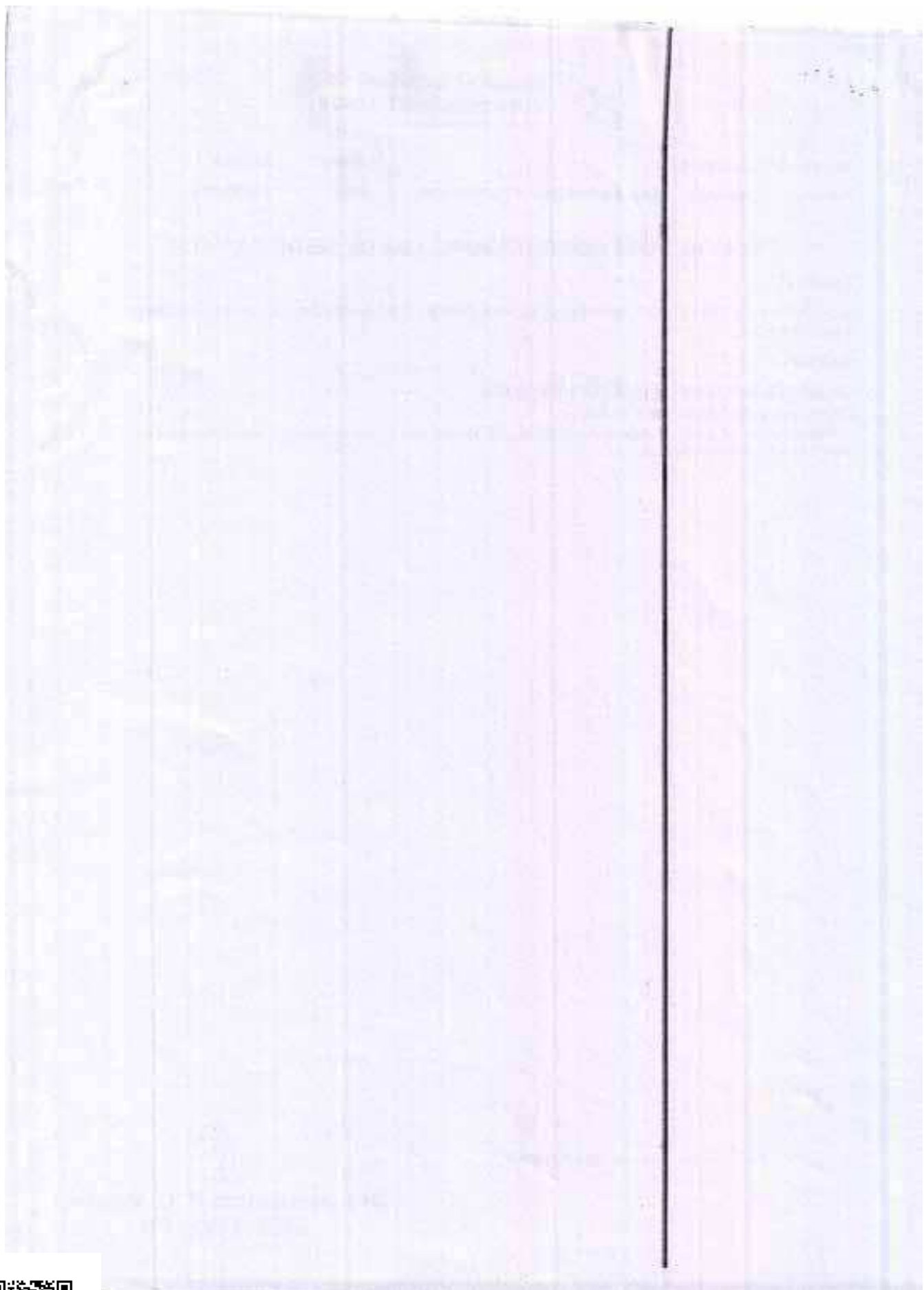
*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*

Este laudo foi liberado em 12/12/2016 16:17.

**Dra. Alessandra P. C. Mendes**  
**CRM: 6293 - PB**









**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000197347

Idade: 28 anos

Paciente: RENATA DOUGLAS PEREIRA DOS SANTOS

Data: 12/12/2016

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO**

### **Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise:**

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.  
Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.  
Não há calcificações patológicas.  
Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.  
Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.  
Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.  
Hematoma subgaleal na região frontal direita.  
Septo nasal desviado para a direita.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*

*Este laudo foi liberado em 12/12/2016 16:17.*

**Dra. Alessandra P. C. Mendes**  
**CRM: 6293 - PB**



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA

R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N

34056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

CEP: 58101-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 912686

Atd: Nao Regular

Data: 12/12/2016

Hora: 08:43:39

Recepcionista: EDILENE FREIRE DA SILVA

Clínica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: RENATA DOUGLAS PEREIRA DOS SANTOS

Num. Prontuario: 2016.12.001009

CNS: 898004221169844 Sexo: F IDENTIDADE: 3413490 Fone: 987400136

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 30/01/1986 Id: 28 ano(s)

End.: R-ALICE CAVALCANTE DE SOUSA, 25

Bairro: MARIO ANDREAZA Cidade: BAYEUX UF: PB

Pai: RICARDO DOUGLAS PEREIRA DA SILVA

Mae: EDNEIDE RAMOS DOS SANTOS

Ocupação: DONA-DE-CASA

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: O ESPOSO-PAULO JUNIOR

Tei/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

La: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Ultima de acidente por: COLISÃO CARRO+MOTO (CONDUTOR) ONTEM AS 23HS

Vitima de violência por: \*MARIO ANDREAZA-PROX.FUND.DOM HELDER

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vômito

Observacao

Principal

Tratamento de ferida e fratura.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

PRIMEIRO EXAMINHADO DO TRAUMATISMO COM  
FRATURA DOS OSSOS DA PUNHA  
E F: PRESENÇA DE FRACTURA em  
PUNHA (D)

Diagnóstico

Horario da medicacao

ATF

Dr. ALISON


CD. INTERAMATO R/  
TTO L. N. 16110







### RELATÓRIO DE CIRURGIA

|   |                             |                |                        |  |              |
|---|-----------------------------|----------------|------------------------|--|--------------|
| Nome: <u>Renato Delys Pereira</u>   |                             |                |                        | Registro:  |              |
| Idade:  | Sexo:                       | Cor:           | Clínica:               | EMP:   | LR:          |
| Data: <u>21/11/16</u>   | Cirurgião: <u>Vinício</u>   |                |                        | 1º Assistente:   |              |
| 2º Assistente:  |                             | 3º Assistente: |                        | Instrumentador:  |              |
| Anestesista: <u>Naia</u>  | Tipo Anestesia: <u>Rápi</u> |                | Horário: <u>9:00</u>   |  | <u>11:00</u> |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO  |                             |                |                        | CID  |              |
| <u>Tubo dos ossos de Rene</u>   |                             |                |                        |  |              |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO  |                             |                |                        | CID  |              |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)  |                             |                |                        | CÓDIGO   |              |
| <u>RAT I</u>  |                             |                |                        |  |              |
| Acidente durante Ato Cirúrgico  |                             |                | 1 ( ) Sim<br>2 ( ) Não | Descreva:<br><br> |              |
| Biópsia de Congelação:  |                             |                | 1 ( ) Sim<br>2 ( ) Não |  |              |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:<br>1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico |                             |                |                        |  |              |

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



| DESCRIÇÃO DA CIRURGIA |   |
|-----------------------|---|
| Posição e Preparo:    | Doente em DDH. Sob. trqm  |
| Incisão:              | Anterolateral   |
| Achados:              | Gl. de Cartilagem<br>Muito grande para (L)  |
| Conduta:              | Redução da grande gl.<br>fita de 8/84 de 10cm (L) em<br>plano de 4,5cm de altura.<br>Fechada (L) com fio 4/0<br>Fechada (L) com fio 4/0 |
| Fechamento:           | Anterolateral   |
| OBS:                  |   |

Data: 21/12/16

Dr. João Gomes Pereira  
Ortopedia - Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM - 13310

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: RENATA DOUGLAS PEREIRA DOS SANTOS Data da Admissão: 12/12/16  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 1/1  
QPD: Don + Edema em Pernas  
HDA: \_\_\_\_\_

PAUZE VITIMA DE ACIDENTE  
MOTOCICLISTA HÁ 9 HORAS  
COM SINTOMA DE DON EM  
PERNA (D)

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### Interrogatório Sintomatológico:

**Geral:** [ ] Febre [ ] Astenia [ ] Anorexia [ ] Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ [ ] Prurido [ ] Sudorese  
[ ] Calafrios [ ] Alopecia [ ] Adenomegalias [ ] Icterícia [ ] Tonturas [ ] Outros: \_\_\_\_\_

**Pele:** \_\_\_\_\_

**Cabeça e Pescoço:** [ ] Cefaléia [ ] Espirros [ ] Rinorréia [ ] Obstrução Nasal [ ] Epistaxe  
[ ] Dor de Garganta [ ] Bócio [ ] Rouquidão [ ] Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

**AR e ACV:** [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise  
[ ] Dispneia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

**ABD:** [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Pirose [ ] Solução [ ] Regurgitação [ ] Hematêmese [ ] Náuseas  
[ ] Vômitos [ ] Dispepsia [ ] Diarréia [ ] Melena [ ] Enterorragia [ ] Constipação [ ] Aumento de volume

**AGU:** [ ] Disúria [ ] Incontinência [ ] Retenção [ ] Poliúria [ ] Oligúria [ ] Noctúria [ ] Hematúria  
[ ] Mal Cheiro [ ] Corrimento [ ] Outras: \_\_\_\_\_

**SME:** [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Rigidez pós-repouso [ ] Deformidades  
[ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos

**e PSQ:** [ ] Insônia [ ] Sonolência [ ] Convulsões [ ] Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
[ ] Amnésia [ ] Libido [ ] Humor \_\_\_\_\_





**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ] HTF

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rios [ ] Casa de Taipa

[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo

[ ] Alcoolismo

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg

FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: 1) FRATURA DOS OSSOS DA

PERNA (D)

Conduta: 5) TRATAMENTO CLÍNICO

STAFF

Dr. ALISSON

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB







## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, RENATA DOUGLAS PEREIRA DOS SANTOS

PORTADOR(A) DO RG Nº 5413440 EXPEDIDO POR SSP - PB EM 07/02/05 E

CPF 10499326450 /CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO 000000000000000000

E RENDA MENSAL DE R\$ RENDIDA NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA RENATA DOUGLAS PEREIRA DOS SANTOS, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorida, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ N° da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1033 N° da CONTA (com dígito, se existir) 096605-8

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Pessoa 09 de Maio de 2017  
LOCAL E DATA

Renata Douglas Pereira dos Santos  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

### ⚠ ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao(s) legítimo(s) beneficiário(s), obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





AUTO-ATENDIMENTO - AG. CRUZ DAS ARMAS  
DATA: 27/04/2017 HORA: 11:18:30  
TERMINAL: 10331751 CONTROLE: 103317510188

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 1033.013.00096605-8  
NOME: RENATA DOUGLAS PEREIRA DOS SANTO

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 

NÚMERO DO ENVELOPE: 0569234689  
NÚMERO DE CONTROLE: 117084193

A confirmação do depósito se dará pelo  
lançamento do valor na conta do favorecido após  
a abertura do envelope e a verificação dos  
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios  
SAC CAIXA: 0800-726 0101  
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474  
[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

Scanned by CamScanner





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, RENATA DOUGLAS PEREIRA DOS SANTOS

RG nº 3413490, data de expedição 07/02/05, Órgão SSP-PB

CPF nº 101.997.264-50, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>RUA AILCE CAVALCANTE SOUZA</u>         |
| Número                            | <u>25</u>                                 |
| Apto / Complemento                |   |
| Bairro                            | <u>MARIO ANDREAZZA</u>                    |
| Cidade                            | <u>PARAÍBUX</u>                           |
| Estado                            | <u>PARAÍBÁ</u>                            |
| CEP                               | <u>58.369-829</u>                         |
| Telefone de Contato               | <u>83 98630-1130</u> <u>83 99639.8400</u> |
| E-mail                            |   |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 09 de Maio de 2017

Assinatura do Declarante: Renata Douglas Pereira dos Santos

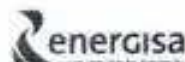


## DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documente-se com o valor fiscal

Documento não é responsável pelo cliente

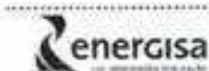
Documento para depósito pagamento de nota fiscal/conta de energia elétrica - SP 201.146.141



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
R. 210, Rua 21 - Centro Industrial - Jd. Piquito - Foz - CEP 88811-000  
CNPJ 06.448.191 / 0001400 - Ins. Est. 16.676.623-8

| DADOS DO CLIENTE  |              | CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR |            |               |
|---|--------------|----------------------------|------------|---------------|
| ELENRA NOEMIA PEREIRA<br>RUA ALICE CAVALCANTE SOUZA 25<br>BAYELUX |              | 5/1031877-2                |            |               |
| REFERÊNCIA  | APRESENTAÇÃO | CONSUMO                    | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
| ABR/2017  | 25/04/2017   | 172                        | 03/05/2017 | R\$ 121,35    |

Acesse: www.energisa.com.br



TERMINO AQUI

ELENRA NOEMIA PEREIRA  
Ruibara: 15-008-475-0000  
CONTA PAGAR - Data de Pagamento: 04/05/2017

| VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR | DATA DE VENCIMENTO |
|------------|---------------|--------------------|
| ABR/2017   | R\$ 121,35    | 03/05/2017-04-08   |

**ENERGISA**

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
R. 210, Rua 21 - Centro Industrial - Jd. Piquito - Foz - CEP 88811-000  
CNPJ 06.448.191 / 0001400 - Ins. Est. 16.676.623-8

Classificação: RESIDENCIAL - RESIDENCIAL MONOFASED  
Ruibara: 15-008-475-0000  
Ruibara: 15-008-475-0000

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

CONSUMO DO MÊS

Conta referente a: **CDC (Código do Consumidor): 5/1031877-2**  
Canal de contato

Abx / 2015

Apresentação

27/04/2015

Data prevista de próxima leitura

25/05/2015

CPI / CNPJ / RAR

Anterior

Cálculo de consumo

Atual

Consumo

Dias

2017-05-09 15:28

1





Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2017

Carta nº: 11408805

A/C: RENATA DOUGLAS PEREIRA DOS SANTOS

Sinistro: 3170322491 ASL-0221930/17  
Vitima: RENATA DOUGLAS PEREIRA DOS SANTOS  
Data Acidente: 11/12/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - IRREGULARIDADE

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que face a irregularidade constatada em auditoria realizada, o sinistro acima não será indenizado.

A documentação original permanece em nosso poder para as providências cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do nosso SAC 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01089/01090 - carta\_13





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**11ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0802054-93.2018.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Não há nos autos procuração outorgada pela autora ao patrono, nem cópia dos documentos de identificação da promovente.

Sendo assim, intime-se a suplicante para que, no prazo de quinze dias, proceda a emenda à exordial, sob pena de extinção.

JOÃO PESSOA, 22 de março de 2018.

Juiz(a) de Direito





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**11ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0802054-93.2018.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Não há nos autos procuração outorgada pela autora ao patrono, nem cópia dos documentos de identificação da promovente.

Sendo assim, intime-se a suplicante para que, no prazo de quinze dias, proceda a emenda à exordial, sob pena de extinção.

JOÃO PESSOA, 22 de março de 2018.

Juiz(a) de Direito





**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 11ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA- PB.**

**Processo nº. 0802054-93.2018.815.2001**

**RENATA DOUGLAS PEREIRA DOS SANTOS**, já devidamente qualificados nos autos da ação em epígrafe, em que contende com **BRADESCO SEGUROS S.A**, vem à presença de V. Exa., por meio de seu advogado requerer a juntada de instrumento procuratório, conforme despacho anterior.

Nestes termos,

Pede deferimento.

João Pessoa, 30 de Outubro de 2018.

DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA

OAB/PB 17.065



## PROCURAÇÃO AD JUDICIA

**OUTORGANTE:** : RENATA DOUGLAS PEREIRA DOS SANTOS,  
brasileiro(a), estado civil SOLTEIRA profissão DESEMPREGADA,  
RG 3413490, CPF 101.997.264-50, residente e domiciliado na  
R. ALICE CAVALCANTE SOUZA, 25, MARIO MOREIRA, BAYeux.

**OUTORGADOS:** Dr. DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA, brasileiro, solteiro, devidamente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção da Paraíba, sob o nº 17.065, com escritório profissional nesta Capital, à Rua Dom Pedro II, nº 972, sala. 108, Telefone: 83 - 3576-8980 / 83 98630-1130 / 83 98618-5869, Edifício Eunice Pereira, Centro.

Poderes: gerais e de cláusula "Ad Judicia", a fim de que possa defender os interesses e direitos do outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, Repartição Pública, Empresa Privada, Autarquia ou Entidade Paraestatal, propondo a ação competente em que figure como o autor o outorgante e defendendo-o quando for o réu, ofendido, reclamado ou interessado, podendo conciliar, decidir, transigir, reclamar, fazer acordo, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromisso, prestar compromisso, prestar declarações, receber citação, receber alvarás, impetrar, mandados de segurança e habeas corpus, agravar regimentalmente, receber alvará, bem como substabelecer a presente, com ou sem reserva de iguais poderes, se assim lhe convier, INCLUSIVE PARA PROPOR AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT enfim, praticar, todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando por bom, firme e valioso.

João Pessoa / PB, 18 / 12 / 16

Renata Douglas Pereira dos Santos

**OUTORGANTE**





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**11ª Vara Cível da Capital**

*Vistos, etc.*

1. Defiro a justiça gratuita;
2. Recebo a inicial vez que presente os requisitos previstos no art. 319 e seguintes do CPC;
3. Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, vez que se trata de ação de cobrança de DPVAT, onde a Seguradora somente concilia após realização de perícia, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação, nos termos do art. 139, IV do CPC/2015, Enunciado 35 da ENFAM e calcado direito fundamental constitucional à duração razoável do processo e dos meios que garantam sua celeridade de tramitação (art.5º, LXXVIII da CF);
4. Cite-se e intime-se (do item supra) a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis, advertindo-se que a ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC, fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC;
5. Decorrido o prazo para contestação, intime-se a parte autora para que no prazo de quinze dias úteis apresente manifestação (oportunidade em que: I – havendo revelia, deverá informar se quer produzir outras provas ou se deseja o julgamento antecipado; II – havendo contestação, deverá se manifestar em réplica, inclusive com contrariedade e apresentação de provas relacionadas a eventuais questões incidentais; III – em sendo formulada reconvenção com a contestação ou no seu prazo, deverá a parte autora apresentar resposta à reconvenção);
6. Via digitalmente assinada deste *decisum* poderá servir como mandado.

Citações e intimações necessárias. Cumpra-se.

