

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, 10 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190267890

Vítima: MERCIA PACIFICO DA SILVA

Data do Acidente: 04/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MERCIA PACIFICO 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, 10 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190267890

Vítima: MERCIA PACIFICO DA SILVA

Data do Acidente: 04/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MERCIA PACIFICO DA SILVA

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 15 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190267890

Vítima: MERCIA PACIFICO DA SILVA

Data do Acidente: 04/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MERCIA PACIFICO DA SILVA

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

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 14 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190267890

Vítima: MERCIA PACIFICO DA SILVA

Data do Acidente: 04/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MERCIA PACIFICO DA SILVA

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

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 25 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190267890 **Vítima: MERCIA PACIFICO DA SILVA**

Data do Acidente: 04/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MERCIA PACIFICO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: MERCIA PACIFICO DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000004020-7

Conta: 000010115961-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

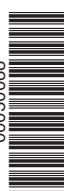
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

065.013.024-39

Nome completo da vítima:

Merces Pacifico da Silva

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

Nome completo:

Merces Pacifico da Silva

CPF:

065.013.024-39

Profissão:

Endereço:

Rua Manoel Arruda Cavalcante

Número:

805

Bairro:

Manaira

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

E-mail:

CEP:

58.038.680

Tel. (DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4020 CONTA: 115 961 Dígito: 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ Dígito: _____

(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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 31, §1º, declarando que essa autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Juridicamente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos Falecidos Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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 174 do Código Penal.

Local e Data,	João Pessoa - PB 09/04/19	
Nome:		
CPF:		

(* Assinatura de quem assina o RÔGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior de idade, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe a leitura do ínterio teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

COMPREV
SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura:

09/ABR/2019

2º | Nome:

CPF:

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA
Assinatura:

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

065.013.024-39 **Mercia Pacifico da Silva**

Nome completo da vítima:

Nome completo:

Mercia Pacifico da Silva

Profissão:

Endereço:

Rua Francisco de Souza Rangel 08

UF:

Cidade:

Estado:

CEP:

Jaguaribe

João Pessoa

58015-730

E-mail:

Tel. (DDO):

Complemento:

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **4020** CONTA: **115 961** Dígito: **5**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- Não há IML que 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 as custas da Seguradora Líder para verificar a existência de qualquer lesão permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.310/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de permanência com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data da morte da vítima:

Grado de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Sim Não Vítima deixou nascituro (var nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente indemnizada, o Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

Local e Data:

João Pessoa - PB 09/04/19

Nome:

CPF:

Assinatura:

(*) Assinatura de quem assina o RG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe a leitura do ínterio teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 03786.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03786.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 09:58 horas do dia 05 de abril de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Mercia Pacifico da Silva**, CPF nº 065.013.024-39, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Desempregada, filho(a) de Marlene Pacifico, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 28/04/1984 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Professor Francisco de Sousa Rangel, Nº 08, bairro Jaguaripe, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98793-2988.

Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida Tabajaras, Centro, João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/11/18 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 04/11/2018, POR VOLTA DAS 17:00, ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA YAMAHA CROSSER DE COR BRANCA, ANO 2018, PLACA QFT-9883/PB, CHASSI 9C6DG2550J0000959, REGISTRADA EM NOME DE CRISTIANO SALUSTINO, NA OPORTUNIDADE GUIADA PELO SENHOR DAVID NASCIMENTO GOMES DA NOBREGA, PORTADOR DO CPF 051494684-95, O QUAL ENCONTRA-SE PRESENTE NESTA SALA DE REGISTRO DE OCORRÊNCIAS E INFORMA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA ACIMA DESCrita NA AVENIDA TABAJARAS, CENTRO, NESTA CAPITAL, QUANDO UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO COLIDIU NA MOTOCICLETA GUIADA PELO MESMO E EVADIU-SE DO LOCAL; QUE ESTA NOTIFICANTE FOI SOCORRIDA POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU ATÉ O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDA E DIAGNOSTICADA COM CID S42.2, CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE.

ADENDO(S):

Que na data 05/04/2019, à(s) 10:09 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: QUE NÃO CONHECE O PROPRIETÁRIO DA MOTOCICLETA ACIMA DESCrita.. Adendo registrado por: José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula: 1550888.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e ~~entendida~~ **COMPREV**, ~~entendida~~ **apreço** a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

09 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



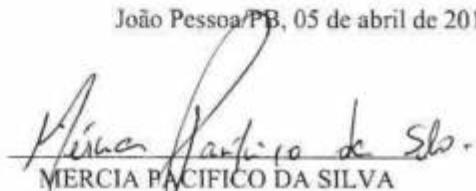
**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



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


JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

João Pessoa/PB, 05 de abril de 2019.


MÉRCIA PACÍFICO DA SILVA

Noticiante



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 03786.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03786.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:58 horas do dia 05 de abril de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Mercia Pacifico da Silva**, CPF nº 065.013.024-39, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Desempregada, filho(a) de Marlene Pacifico, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 28/04/1984 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Professor Francisco de Sousa Rangel, Nº 08, bairro Jaguaripe, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98793-2988.

Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida Tabajaras, Centro, João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/11/18 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 04/11/2018, POR VOLTA DAS 17:00, ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA YAMAHA CROSSER DE COR BRANCA, ANO 2018, PLACA QFT-9883/PB, CHASSI 9C6DG2550J0000959, REGISTRADA EM NOME DE CRISTIANO SALUSTINO, NA OPORTUNIDADE GUIADA PELO SENHOR DAVID NASCIMENTO GOMES DA NOBREGA, PORTADOR DO CPF 051494684-95, O QUAL ENCONTRA-SE PRESENTE NESTA SALA DE REGISTRO DE OCORRÊNCIAS E INFORMA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA ACIMA DESCrita NA AVENIDA TABAJARAS, CENTRO, NESTA CAPITAL, QUANDO UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO COLIDIU NA MOTOCICLETA GUIADA PELO MESMO E EVADIU-SE DO LOCAL; QUE ESTA NOTIFICANTE FOI SOCORRIDA POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU ATÉ O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDA E DIAGNOSTICADA COM CID S42.2, CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE.

ADENDO(S):

Que na data 05/04/2019, à(s) 10:09 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: QUE NÃO CONHECE O PROPRIETÁRIO DA MOTOCICLETA ACIMA DESCrita. Adendo registrado por: José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula: 1550888.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e **COMPREV** ~~COMPREV~~ ateste a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

09 ABR. 2019

**PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA**

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



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

[Signature]
JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

João Pessoa/PB, 05 de abril de 2019.

[Signature]
MERCIA PACIFICO DA SILVA
Noticiante



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 03786.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03786.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 09:58 horas do dia 05 de abril de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Mercia Pacifico da Silva**, CPF nº 065.013.024-39, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Desempregada, filho(a) de Marlene Pacifico, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 28/04/1984 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Professor Francisco de Sousa Rangel, Nº 08, bairro Jaguaripe, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98793-2988.

Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida Tabajaras, Centro, João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/11/18 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 04/11/2018, POR VOLTA DAS 17:00, ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA YAMAHA CROSSER DE COR BRANCA, ANO 2018, PLACA QFT-9883/PB, CHASSI 9C6DG2550J0000959, REGISTRADA EM NOME DE CRISTIANO SALUSTINO, NA OPORTUNIDADE GUIADA PELO SENHOR DAVID NASCIMENTO GOMES DA NOBREGA, PORTADOR DO CPF 051494684-95, O QUAL ENCONTRA-SE PRESENTE NESTA SALA DE REGISTRO DE OCORRÊNCIAS E INFORMA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA ACIMA DESCrita NA AVENIDA TABAJARAS, CENTRO, NESTA CAPITAL, QUANDO UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO COLIDIU NA MOTOCICLETA GUIADA PELO MESMO E EVADIU-SE DO LOCAL; QUE ESTA NOTIFICANTE FOI SOCORRIDA POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU ATÉ O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDA E DIAGNOSTICADA COM CID S42.2, CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE.

ADENDO(S):

Que na data 05/04/2019, à(s) 10:09 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: QUE NÃO CONHECE O PROPRIETÁRIO DA MOTOCICLETA ACIMA DESCrita.. Adendo registrado por: José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula: 1550888.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e **COMPREV** a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

14 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 03786.01.2019.1.00.401

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



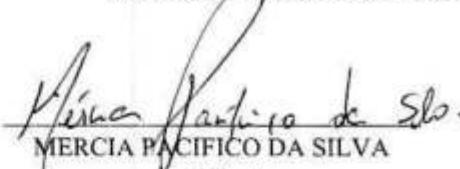
**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



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


JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

João Pessoa/PB, 05 de abril de 2019.


MERCIA PACIFICO DA SILVA
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

065.013.024-39

Nome completo da vítima:

Merces Pacifico da Silva

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

Nome completo:

Merces Pacifico da Silva

CPF:

065.013.024-39

Profissão:

Endereço:

Rua Manoel Arruda Cavalcante

Número:

805

Bairro:

Manaira

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

E-mail:

CEP:

58.038.680

Tel. (DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4020 CONTA: 115 961 Dígito: 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ Dígito: _____

(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.

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 as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 31, §1º, declarando que essa autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Juridicamente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos Falecidos Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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 174 do Código Penal.

Local e Data,	João Pessoa - PB 09/04/19	
Nome:		
CPF:		

(* Assinatura de quem assina o RÔGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior de idade, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe a leitura do ínterio teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

COMPREV
SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura

09/ABR/2019

2º | Nome:

CPF:

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA
Assinatura

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

065.013.024-39

Nome completo da vítima:

Mercia Pacifico da Silva

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

Nome completo:

Mercia Pacifico da Silva

Profissão:

Endereço:

Rua Francisco de Souza Rangel 08

UF:

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

Jaguaribe

E-mail:

CPF:

065.013.024-39

Número:

58015-730

Complemento:

CEP:

Tel. (DDO):

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4020 CONTA: 115 961 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- Não há IML que 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 as custas da Seguradora Líder para verificar a existência de quaisquer lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.310/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de indenização com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

COMPREV
PROTÓCOLO
12 ABR. 2019
COMPREV
SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do falecimento da vítima: _____

Grado de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (var nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente indemnizada pelo Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV

SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

2º | Nome: _____

CPF: _____

09 ABR. 2019

COMPREV

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

Local e Data: João Pessoa - PB 09/04/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do ínterio teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1119872



Identificação do paciente

ID 515895	Nome MERCIA PACIFICO DA SILVA			Sexo Feminino
Data de nascimento 28/04/1984	Idade 34 anos 6 meses 7 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário
Mãe MARLENE PACIFICO				Pai IGNORADO
Escolaridade MEDIO INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 88719950	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3121523 2 VIA SSPPB	Nº Cns		
Local de procedência JAGUARIBE	Type BAIRRO	UF PB		
Email	Naturalidade JOAO PESSOA			CBO/R

Endereço

CEP 58015730	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro FRANCISCO DE SOUZA RANGEL
Número 269	Complemento	Bairro JAGUARIBE	

Admissão

Data e Hora 04/11/2018 18:30:15	Número da pulseira 10006922299	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou	

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos:

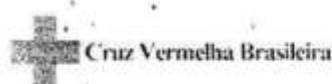
*pt traxico pelo
de vitima ccobleto
sentido*

*CORRNPB 12215-ENF
SOPRA 12215-ENF*

Diagnóstico	CID
-------------	-----

Atendido por FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL	Tempo 01min 14seg
--	----------------------

Imprimir



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente: MERCIA PACIFICO DA SILVA		BAE 1119872	Data/Hora Entrada 04/11/2018 18:30:15	Data Baixa
Data de nascimento 28/04/1984		Idade 34a 6m 7d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 88719950
Mãe MARLENE PACIFICO				Prontuário
Endereço FRANCISCO DE SOUZA RANGEL, 269		Bairro JAGUARIBE	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional BRUNO JOSE BARBOSA GONCALVES	Nº Cons. Regional 10510/PB
Data/Hora Classificação 04/11/2018 18:30:15			Data/Hora Prescrição 04/11/2018 18:38:56	

Anamnese

TRAZIDO PELO SAMU, RELATO DE QUEDA DE MOTO. NEGA SINCOPE, VOMITO OU OUTROS. ALEGA ALGIA EM OMBRO E E BRAÇO E.

GB, CONSCIENTE, ORIENTADA, GLASGOW 15, SEM SINAIS DE ALERTA OU ALARME. ABDOME INDOLOR A ALPAÇÃO PROFUNDA SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL OU OUTROS.

[

CD
RX DE OMBRO E E BRAÇO E
ORETOPEDIA
ALTA DA CIR GERAL
ANALGESIA

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., AGORA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

MERCIA PACIFICO DA SILVA

BRUNO JOSE BARBOSA GONCALVES
(CRM: 10510/PB)

Bruno J. B. Gonçalves
CRM-PB 10510
MEDICO

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MERCIA PACIFICO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04020-7

CONTA: 000010115961-7

Nr. da Autenticação 3B66A1DBE784574F

BANCO DO BRASIL
RUA MANOEL ARRUDA CAVALCANTI, 805
MANAIRA - JOAO PESSOA - PB
58038-680



Atençâ



000799

MERCIA PACIFICO DA SILVA
RUA FRANCISCO DE SOUZA RANGEL 08
JAGUARIBE - JOAO PESSOA - PB
58015-730

BE286513787BR



Se est
correspondênci
apresentar qualque
sinal de violação
ligue imediatamente
para a Central de
Atendimento BE



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Cristiano Salustino,

RG nº 26.982.51, data de expedição 29/09/2019
Órgão SSP, portador do CPF nº 011.464.524-9, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rita de Melo Ferreira, nº 246,
complemento B, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima MERCIA PACÍFICO DA SILVA, cujo o condutor era
DAVID NASCIMENTO GOMES NÓBREGA

Veículo: MOTOCROSSER 5

Modelo: CROSSER 5

Ano: 2018

Placa: BT 9883

Chassi: 9C6DG2550J0000959

Data do Acidente: 04/11/2018

Local e Data: AJ: TANQUANA - 04/11/2018

Decarlinto
10º Ofício

Cristiano Salustino
Assinatura do Declarante

DAVID NASCIMENTO GOMES NÓBREGA

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



Recenho, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) a seguir:
CRISTIANO SALUSTINO
Data: 29/09/2019
Endereço: João Pessoa-PB 29/09/2019 13:45:25
Josivando Carlos de Santana Soárez - Escrivão
(2019-041042)EMOL: 19.91 FARPEMIR 0,29 FEP: 0,00 ISS: 0,00
SELÓ DIGITAL: AF066732-W0KZ
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

COMPREV
COMITÊ DE PREVIDÊNCIA S/A

10 JUN. 2019

PROTOCOLO
Nº. JOÃO PESSOA



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 Mercia Pacifico da Silva

DATA DE NASCIMENTO 28/04/84

NOME DA MÃE Marlene Pacifico

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 112081

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1119872

DATA DO ATENDIMENTO 04/11/18

HORA DO ATENDIMENTO 18:30

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de úmero proximal esquerdo

CID 10 S42.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, trazido pelo SAMU, nega perda da consciência ou vômitos, apresenta dor em ombro e braço esquerdo, glasgow 15, sem sinais de alerta ou alarme. Avaliado pela Cirurgia Geral, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX ombro e braço E.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de úmero proximal esquerdo

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de úmero proximal esquerdo

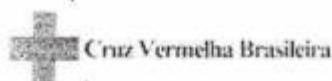
ALTA HOSPITALAR: 06/12/18

DATA DA EMISSÃO: 25/02/19



Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente MERCIA PACIFICO DA SILVA	BAE 1119872	Data/Hora Entrada 04/11/2018 18:30:15	Data Baixa
Data de nascimento 28/04/1984	Idade 34a 6m 7d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 88719950
Mãe MARLENE PACIFICO			
Endereço FRANCISCO DE SOUZA RANGEL, 269	Bairro JAGUARIBE	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional BRUNO JOSE BARBOSA GONCALVES	Nº Cons. Regional 10510/PB
Data/Hora Classificação 04/11/2018 18:30:15	Data/Hora Prescrição 04/11/2018 18:38:56		

Anamnese

TRAZIDO PELO SAMU, RELATO DE QUEDA DE MOTO. NEGA SINCOPE, VOMITO OU OUTROS. ALEGA ALGIA EM OMBRO E E BRAÇO E.

GB, CONSCIENTE, ORIENTADA, GLASGOW 15, SEM SINAIS DE ALERTA OU ALARME. ABDOME INDOLOR A ALPAÇÃO PROFUNDA SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL OU OUTROS.

[

CD

RX DE OMBRO E E BRAÇO E
ORETOPEDIA
ALTA DA CIR GERAL
ANALGESIA

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., AGORA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

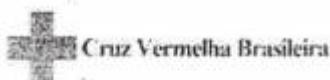
Conduta

Em observação

Bruno J. B. Gonçalves
CRM - PB 10510

MERCIA PACIFICO DA SILVA

BRUNO JOSÉ BARBOSA GONCALVES
(CRM: 10510/PB)



POSTO I B

Endereço: INTERNO, S/N., JOAO PESSO - PB, 11111111

Tel:

CNES: 454547

Paciente MERCIA PACIFICO DA SILVA		BAE 1119872	Data/Hora Entrada 04/11/2018 18:30:15	Data Baixa
Data de nascimento 28/04/1984		Idade 34a 6m 8d	Sexo Feminino	CNS
Mãe MARLENE PACIFICO				Telefone de Contato (83) 88719950
Endereço FRANCISCO DE SOUZA RANGEL, 269		Bairro JAGUARIBE	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional HEISENBERG BATISTA MEDEIROS DE ALMEIDA	Nº Cons. Regional 6229/PB
Data/Hora Classificação 04/11/2018 18:30:15			Data/Hora Prescrição 04/11/2018 22:15:13	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COM FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO COM DESVIO

TERNADA PARA TRATAMENTO CIRURGICO

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

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

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110 ; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V, 24H, 0,0 (MGTSM)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT <60)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

M. Heisenberg Alimentação Especializada
04 NOV. 2018

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA COMPLETO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PREOP)

COAGULOGRAMA COMPLETO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PREOP)

GLICOSE, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PREOP)

UREIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PREOP)

CREATININA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PREOP)

IONOGRAMA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PREOP)

PROCEDIMENTO

TIPOIA

Conduta

Internar Paciente

MERCIA PACIFICO DA SILVA

HEISENBERG BATISTA MEDEIROS DE ALMEIDA

(: 6229/PB)

Dr. Heisenberg Batista
Medeiros de Almeida

04 NOV 2018

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente MERCIA PACIFICO DA SILVA	BAE 1119872	Data/Hora Entrada 04/11/2018 18:30:15	Data Baixa
Data de nascimento 28/04/1984	Idade 34a 6m 7d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 88719950
Mãe MARLENE PACIFICO			
Endereço FRANCISCO DE SOUZA RANGEL, 269	Bairro JAGUARIBE	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA	Nº Cons. Regional 8252/PB
Data/Hora Classificação 04/11/2018 18:30:15		Data/Hora Prescrição 04/11/2018 20:10:41	

Anamnese

ORTOPEDIA

ESTADO DE ACIDENTE DE MOTO (GARUPA), COM TRAUMA NO MSE
AGA TCE OU PERDA DE CONSCIÊNCIA

REFERE DOR NA REG. DO BRAÇO E OMBRO ESQ.

EX. FIS.: BEG, CONSCIENTE E ORIENTADA

MSE: EDEMA 1+/4+ NA REG. DO OMBRO, DOR INTENSA A MANIPULAÇÃO. SEM ALTERAÇÕES NEUROVASCULARES NO MSE. ADM LIMITADA PELA DOR

RX: FRATURA COLO CIRURGIO UMERO ESQ.

HD: FRATURA FECHADA UMERO ESQ.

CD: IMOBILIZAÇÃO
TC OMBRO ESQ.

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: CURATIVO COTOVELO ESQ)

EXAME DE IMAGEM

MOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO ESQUERDO

PROCEDIMENTO

TIPOIA, (OBSERVAÇÕES: MJ MSE)

Conduta

Em observação

MERCIA PACIFICO DA SILVA

TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA
(CRM: 8252/PB)



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700

Impresso por: LUCIANO
JOSE LIRA MENDES
Em: 09/11/2018 08:39:03

Paciente MERCIA PACIFICO DA SILVA		Boletim de Atendimento: 1119872	Data/Hora Entrada 04/11/2018 18:30:15	Data/Hora Saída
Data de nascimento 28/04/1984	Idade 34	Sexo Feminino	CNS	Prontuário: 112081
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 04/11/2018 18:30:15	Data Internação 04/11/2018 23:20:57	Permanência na Unidade: 4d 14h 9min		Permanência no Leito: 3d 9min

EVOLUÇÃO MEDICA (LUCIANO JOSE LIRA MENDES - 09/11/2018 08:38:51)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

#FX UMEMO PROXIMAL ESQUERDO
PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, SEM QUEIXAS.
PRE OP OK
CD: SOLICITO PHILLUS VPM

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 20
Profissional responsável pela informação: LUCIANO JOSE LIRA MENDES

Dr. Luciano J Lira Mendes
Ortopedista - Traumatologista Conselho: 4290
CRM 4290



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaAV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700GOVERNO
DA PARAÍBAImpresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO RABELO
Em: 05/11/2018 07:08:34

Paciente MERCIA PACIFICO DA SILVA		Boletim de Atendimento 1119872	Data/Hora Entrada 04/11/2018 18:30:15	Data/Hora Saída
Data de nascimento 28/04/1984	Idade: 34	Sexo Feminino	CNS	Prontuário 112081
Tempo de Internação		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 04/11/2018 18:30:15	Data Internação 04/11/2018 23:20:57	Permanência na Unidade: 12h 38min		Permanência no Leito: 7h 48min

EVOLUÇÃO MEDICA (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 05/11/2018 07:08:21)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, SEM QUEIXAS, AGUARDANDO EXAMES PRÉ OP.

eção: AREA LARANJA - UDC A Leito: 0008
Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518

SUSSistema Único de Saúde
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)****Folha 1/2****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA

2 - CNES

2593262

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HEETSHL

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO FRONTOÁRIDO

4119272

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino

Feminino

3

10 - RACIAÇÃO

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

12 - FONE DE CONTATO

Nº DO FONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - FONE DE CONTATO

Nº DO FONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO,

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI TIPO I

DIÁRIA DE UTI TIPO II

DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE.

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - QTDE.

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Final de tratamento no hospital
 Entubado: ex. 3, 5 dias medido pulmão (1)
 Entubado: 26 dias pulmão 9x3 (1)
 Entubado: perfusão biológica N: 21(3) N: 40 (1)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

44 - DOCUMENTO

45 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

() CNS () CPF

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO

51 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

() CNS () CPF



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HE ETSHL

NOME:	MERCIA PACIFICO DA SILVA	BE/PRONTUÁRIO	1119872
IDADE:	SEXO: FEM	COR:	DATA: 4/12/2018
CLÍNICA /SETOR:	ORTOPEDIA	EMP:	LR:
CIRURGIA:	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO		
CIRURGIÃO:	DR JOAO HENRIQUE	1º ASS:	MR1 DANIEL
2º ASS:		3º ASS:	
INSTRUMENTADOR:		ANESTESISTA:	
TIPO DE ANESTESIA:	BLOQ + GERAL	HORÁRIO	INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE UMERO PROXIMAL	
COM PLACA PHILLUS	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

Descrição:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA
 RESIDÊNCIA

TERAPIA INTENSIVA
 ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

Daniel Conserva Annula
MEDICO
CRM 11134

MÉDICO/CRM:

DATA: 4/12/2018



RELATÓRIO DE CIRURGIA

MEETSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

Incisão:

VIA DE ACESSO DELTO-PEITORAL DIREITA

AVULSÃO, DIVULSÃO E DISSECÇÃO POR PLANOS

CUIDADOS DE HEMOSTASIA

Achados:

FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO

Conduta:

REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA

FIXAÇÃO E ESTABILIZAÇÃO COM PLACA PHILOS 9X3 FUROS + PARAFUSOS

BLOQUEADOS

LIMPEZA COM SF

Fechamento:

SUTURA POR PLANOS

CURATIVOS ESTEREIS

RX DE CONTROLE

Observação:

HEMI J ESQUERDA

Daniel Conserva Arruda
MÉDICO
CRM-11139

Nota de Sala Cirúrgica



HOCHETAL

DATA DO SCIENTE	DATA DE INICIO	TIPO DE CIRURGIA	ESPECIALISTAS	LITO
04/07/2011	11:00	FRONTEARIO	CIRURGIAS	LITO
ANESTESIA				
ANESTESEPTICA				
INSTRUMENTADOR				
DATA 12/12	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INICIO	FM:	CLÍNICA INICIO	13:30 13:30
NOTA DE RISCO DE CIRURGIA - ASA I AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS				
ASA I (SAFETY ASA II ASA III)				
NÍVEL DE CONTAMINAÇÃO: LIMPA / CONTAMINADA / INFECTADA / POTENCIALMENTE CONTAMINADA				
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS (QTD.)		MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS
ALFENTANILA		JELCO N°18	1	FIO CAT GUT CRONADON
EPIVACAINA ISOBARICA		JELCO N°21	1	FIO CAT GUT CRONADON
EPIVACAINA PESADA		JELCO N°22	1	FIO DE AGO N
ETANINA		JELCO N°24		FIO DE AGO N
DROPERIDOL		KIT SIST DREN TORÁXICO N		FIO DE NYLON 3-0
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURIANTE	FIO DE NYLON N
FEODOBARTAL	ALCOOL ETÍlico 70%	2	LÂMINA BISTURIANTE	FIO DE NYLON N
FENTANILA	PVP DEGERMANTE	2	LÂMINA BISTURIANTE	FIO POLIGLACTINA 10-0
FLUNAZENIL	PVP TINTURA	2	LÂMINA BISTURIANTE	FIO POLIGLACTINA N
ISOFLURANO	PVP TOPICO		LÂMINA DE DERMATOMO	FIO POLIGLACTINA N
LEVOBEPIVACAINA C/VASO	SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIPROPILENO N
LEVOBEPIVACAINA S/VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	11
LIDOCAINA C/VASO	AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL N°5	FIO POLIPROPILENO N
LIDOCAINA S/VASO	AGULHA 25X07		LUVA ESTÉRIL N°5	FIO POLYOLECAPRONE N
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	1	LUVA ESTÉRIL N°6	FIO SEDA N
MORFINA	AGULHA 40X12	1	LUVA ESTÉRIL N°6	FITA CARDIACA
NIMBILUM	AGULHA PERIDURAL N°16		MASCARA CIRÚRGICA	01
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS	CATETER DE PIC
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N°18		PERFLTRADOR DE SORO	CIMENTO CIRÚRGICO
PROPORFOL	AGULHA RAQUI N°20		SCALP N°19	CLIP TITÂNIO LIGADURA
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI N°26G		SCALP N°21	FIO DE KIRSCHNER N
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI N°27G		SERINGA 3ML	FIO DE KIRSCHNER N
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPEDICO		SERINGA 3ML	FIO STEINMAN N
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	1	SERINGA 10ML	FIO STEINMAN N
TROPENTAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	GRAMPEADOR CIRÚRGICO
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°8	HEMOST ABSORVÍVEL
ADRENALINA		CÂNLILA P. TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10	KIT DERIVA VENTRICULAR
AGULHA DESTILADA	1	CATETER DE OXIGENIO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12	PROTESE VASCULAR
ATROPINA	1	CATETER EMBOLEC ARTERIAL N	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	KIT PAM
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16	FIXADOR EXTERNO
CEFAZOLINA	1	CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2VIAS N°12	EMPRESA
DEXAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 2VIAS N°14	
FIRONA SÓDICA	1	CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA	PARAFSOS CORTICAIIS
FEDRINA		COLET URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA	PARAFSOS CORTICAIIS
FUROSEMIDA	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	2	SONDA URETAL N° 14	PARAFSOS ESPONJOSO
GLICOSE 50%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA	PARAFSOS ESPONJOSO
GLUCONATO DE CALCIO	DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL N° 7	PARAFSOS MALEOLAR
HIDROCORTISONA	DRENO DE SUCCÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFSOS MALEOLAR
LIDOCAINA GELEIA	ELETRODOS	1	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PLACA
ONDASENTRONA	EQUIPO MACROGOTAS	1	TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA
PLASTIL	EQUIPO TRANSF. SANGUE			
PROSTIGMINE	EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS
PROTAMINA	ESPOUJA DE PVP	1	FIOS	() ASPIRADOR
TENOXICAN	ESPARADRAPO	1		() BISTURI ELETTRICO
	GAZES	1	FIO ALGODÃO S/A N°	() CAPNÓGRAFO
	GAZES ALGODODADAS	1	FIO ALGODÃO S/A N°	() CARDIOMONITOR
	GEL ELETROLÓTICO	1	FIO ALGODÃO C/A N°	() DESFIBRILADOR
	JELCO N°14			() FOCO AUXILIAR
	JELCO N°16			() FOCO CENTRAL
				() MICROSCOPIO
				() OXIMETRO DE PULSO
				() P.A. INVASIVA/ NÃO INVASIVA
				() PERFORADOR ELETTRICO
				() SERRA
				() CIRCUULANT
				Vander Lucia Ferreira Gom
				REC. DE Enfermagem
				REC. DE Enfermagem
				CONEN-PB 057.27
				CONEN-PB 021-2

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 04/12/18

PRONTUÁRIO: 111-9872

PACIENTE:	Márcia Pacífico da Silva		SEXO: F COR: B IDADE: 34 anos		
PRESSÃO ARTERIAL PULSO	82	RESPIRAÇÃO	12		
ESTADO GERAL	() BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO	() BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES	Exa prontuário - visto - nega alergias				
AP. RESPIRATÓRIO	rr + em ambas hnt	AP. CIRCULATÓRIO	utmo regular		
AP. DIGESTIVO	em jejum	ESTADO MENTAL	surrada DROGAS EM USO		
PRE-ANESTÉSICO	dexamet + fentanyl ev				
DOSE HORA	II ESTADO FÍSICO (ASA)				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	fratura de úmero proximal e				
CIRURGIA REALIZADA	to cirúrgico de frat. de úmero proximal e				
CIRURGIÃO	Dr.				
AUXILIARES					
INÍCIO DA ANESTESIA	12:15hs	TÉRMINO DA ANESTESIA	14:15hs DURAÇÃO DA ANESTESIA 2hs		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH. VALORES RS				
ANESTESISTA	Dr. Gilvandro	CPF	CRM-PB		
13:42:15	13:15	Dr. Nathalia (ex)	14:15hs		
500 ml	500 ml	paciente encaminhado para UPA, estável hemodinamicamente, sem queixas, semi consciente e orientada.			
se	se				
O	122				
	226				
	180				
	160				
	140				
X	120	VVVVVVVVVVVVVVVVV			
	75				
	95				
	45				
	25				
S	4000 4000 4000 4000 4000				
	RS RS RS RS RS RS RS				
	12 12 12 12 12 12 12 12				
<input type="checkbox"/> ANESTESA GERAL	<input type="checkbox"/> RACUDIANA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input type="checkbox"/> BLOC PLEXO	<input type="checkbox"/> BLOC NERVOS	<input type="checkbox"/> OUTROS
NOTAS					
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO					
USO	volume em ml				
1	NOVA Bupi CI Vaso 10ml > Bloquio				
2	lidocaina CI Vaso 10ml > 12				
3	dexamet 3mg > Sedacor				
4	500 ml + 500ml fentanyl 100mcg > 14				
5	1000ml etofolna 2gr > 15				
6	ondansetron 8mg > 16				
7	dexametasona 50mg > Est > 17				
8	dipirona 2gr > 18				
9	cetamedeno 600mg > 19				
10		20			
COMENTÁRIOS IMPORTAIS:					
paciente monitorizada submetida à oxigênio com fluxo 20ml/min med. tto oximetria / círcula da região cervical ontusia + edema teto para bloquio do plexo braquial no tto intubação endotracheal com ag. 7,5 A/S + neuromonitor. fluxo p/ oxigenação com tto à 100% para lairagem capnografia para tto com tubo n° 7,5 confirmado com ausculta + capnografia conectada à bim do aparelho de anestesia e mantida com audífone. Equipo sofisticado.					

ASSINATURA DO ANESTESISTA

FINI ABCR 026-1

MERCIA PACIFICO DA SILVA
28/04/1984
ID: 00000079511
Sex: Female
34 years

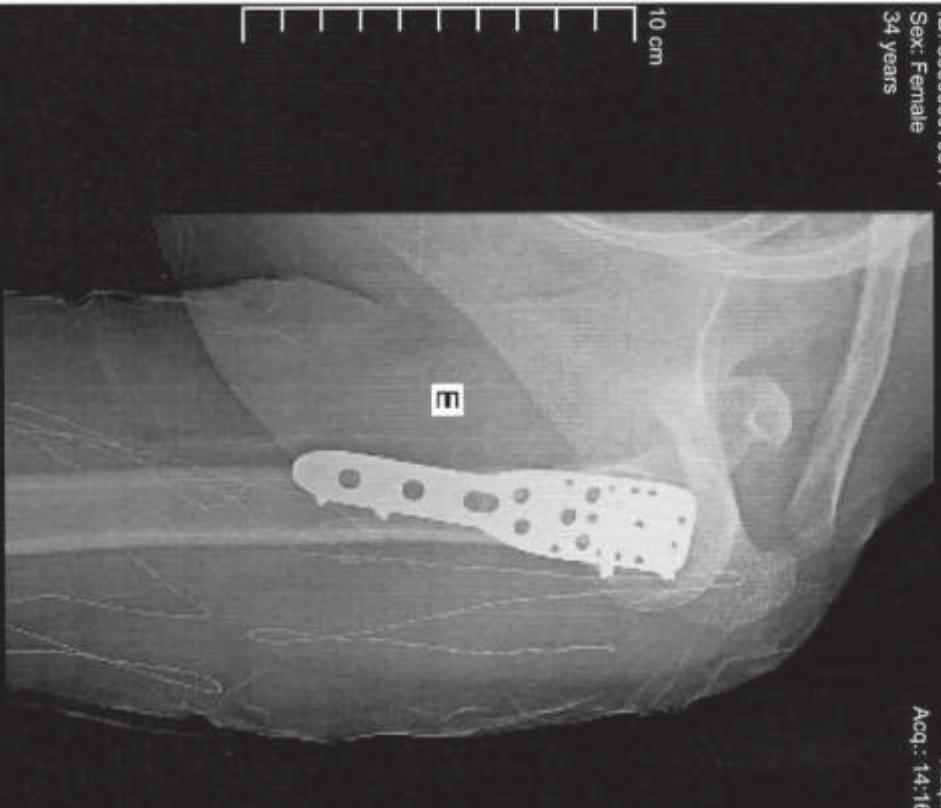
HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA

MERCIA PACIFICO DA SILVA
28/04/1984
Ac. Nb: 30000193774
Acq.: 04/12/2018

ID: 00000079511
Acq.: 14:16:52.00626
Sex: Female
34 years

10 cm

E

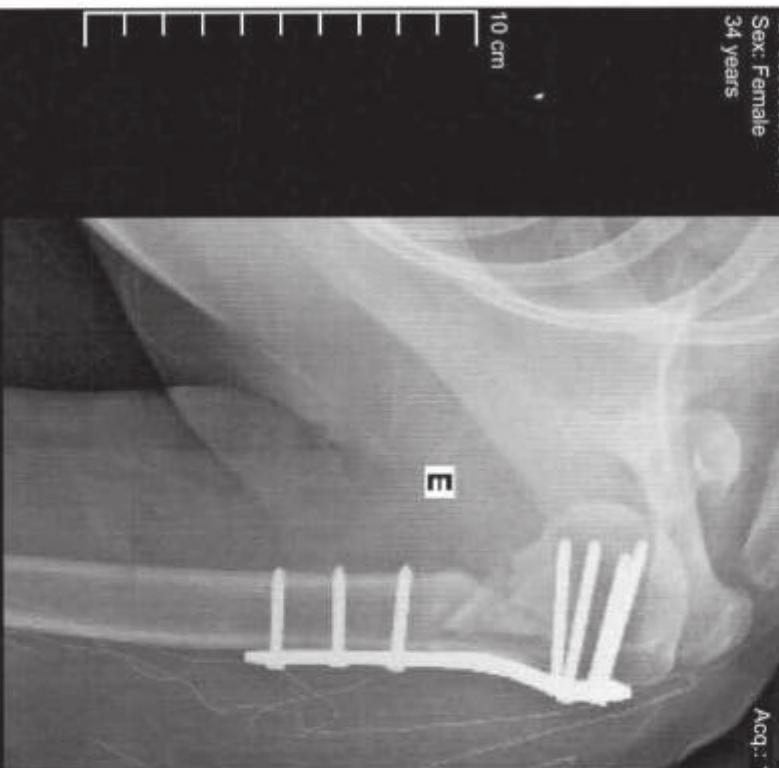


MERCIA PACIFICO DA SILVA
28/04/1984
Ac. Nb: 30000193774
Acq.: 04/12/2018

ID: 00000079511
Acq.: 14:16:53.006304
Sex: Female
34 years

10 cm

E



Frame: [1001] 1 / 2
Zoom: 21,98%
Window/Level: 1.023/511
CR (1576x1976)

Series Nb: 1001

Frame: [1002] 2 / 2
Zoom: 21,98%
Window/Level: 1.023/511
CR (1576x1976)

Series Nb: 1001

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

09 ABR. 2019

PROTÓCOLO
AG. SAÚDE PESSOAL





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

L DETRAN - PB N° 013814000390
A CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
C VIA COD. FIPNA/BRT 2018000087155-2
R E 1 0114567497-3 00/00000000 2018

0 NOME
4 CRISTIANO SALUSTINO
6
9

1 CPF/CNPJ
9 01146452489

PLACA
QFT9883/PB

PLACA ANT./UF

CHASSI

1 NOVO PB

9C6DG2550J0000959

ESPECIE TIPO

COMBUSTIVEL

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

ALCO/GASOL

MARCA/MODELO

ANO/FAB.

YAMAHA/XTZ150 CROSSER S

ANO/MOD.

2018

CAP/POT/CIL

CATEGORIA

2018

2018

2 P/149 /CI

PARTIC

COR PREDOMINANTE

BRANCA

COTA UNICA

VENDE COTA UNICA

VENDE COTAS

IPVA PAGO EM

00/00/0000

1^a

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO/COTAS

2^a

0

3^a

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÉMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 07/03/2018

OBSERVAÇÕES

A.F BANCO YAMAHA MOT DO BRASIL SA

0

JOAO PESSOA-PB

DATA

9999999

08/03/2018

7003781

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

09 ABR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190267890 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MERCIA PACIFICO DA SILVA **Data do acidente:** 04/11/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/06/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO. (P2)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA. (P8,9,13)

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

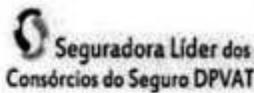
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121639/19

Número do Sinistro: 3190267890

Vítima: MERCIA PACIFICO DA SILVA

CPF: 065.013.024-39

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/11/2018

Titular do CPF: MERCIA PACIFICO DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Outros

MERCIA PACIFICO DA SILVA : 065.013.024-39

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/04/2019
Nome: MERCIA PACIFICO DA SILVA
CPF: 065.013.024-39

MERCIA PACIFICO DA SILVA

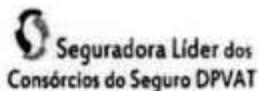
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/04/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

Natalia Soares
NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

Ds: Conforme Boletim de Ocorrência em anexo, a vítima não conhece a proprietária da motocicleta. Por isso não tem como apresentar a declaração do proprietário do veículo.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121639/19

Número do Sinistro: 3190267890

Vítima: MERCIA PACIFICO DA SILVA

CPF: 065.013.024-39

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/11/2018

Titular do CPF: MERCIA PACIFICO DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de Indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/05/2019
Nome: MERCIA PACIFICO DA SILVA
CPF: 065.013.024-39

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

MERCIA PACIFICO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

Obs: Conforme boletim de ocorrência em anexo, a vítima não conhece o proprietário da motocicleta.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190267890 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MERCIA PACIFICO DA SILVA **Data do acidente:** 04/11/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/06/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO. (P2)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA. (P8,9,13)

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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