

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA**

Nº Sinistro: **3180532240**

Vítima: **MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA**

Data do Acidente: **06/05/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180532240**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13659723



Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180532240

Vítima: MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA

Data do Acidente: 06/05/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA

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

Autorização de pagamento
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo

Sendo assim, favor entrar em contado com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

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

Carta nº 13662732



Rio de Janeiro, 03 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180532240

Vítima: MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA

Data do Acidente: 06/05/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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 que sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, maria do livramento b. barbosa

PORTADOR(A) DO RG Nº 1892689 EXPEDIDO POR SSPB EM 1 / 1 / 1

CPF 026643664-22 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SI

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 aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Função;
- 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), 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 ou escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informações de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº 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 0044 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 02027 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 023.809-0

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

maria do livramento b. barbosa de 10 de novembro de 2018 em maria do livramento b. barbosa
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Boletim de ocorrência

Livro nº 001/2017
Ocorrência nº. 019/2017



Aos VINTE E SETE dias de MARÇO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de MULUNGU/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **HUGO PEREIRA LUCENA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevê(o) do seu cargo, aí, por volta 09h:00min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA, conhecido(a) por LIVRINHA, Identidade nº 1892589-SSS/PB, CPF nº 025.843.554-26, nacionalidade brasileira, estado civil: casada, profissão: agricultora, filho(a) de Antonio Cipriano Dantas e Maria Do Cramo Dantas, natural de Joao Pessoa/PB, nascido(a) em 11/02/1969 (48 anos de idade), do sexo FEMININO, residente e domiciliado(a) no(a) Distrito De Gravata, Zona Rural, tendo como ponto de referência: CORREIO, na cidade de MULUNGU/PB, fone(s) para contato:

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) Natureza do fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) Data do Fato: 06 de maio de 2016;
- 3) Horário do fato: 10h:00min;
- 4) Local do fato: SÍTIO JARDIM, ZONA RURAL DE MULUNGU;
- 5) Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a): Hospital Regional de Guarabira e sem seguila para o Hospital de Traumas em Joao Pessoa;
- 6) O comunicante/vítima conduzia o veículo? NÃO;
- 7) Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado? NÃO;
- 8) O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com sua obrigações tributárias? SIM

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

MOTO HONDA POP, PLACA QFA 7762/PB

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

JOSE CARLOS NOBREGA DE LIMA

8) Breve resumo do fato:

Afirma a comunicante que vinha no carona da motocicleta; QUE era pilotada por seu esposo; QUE ele não possui CNH; QUE no percurso do sítio jardim para o distrito de gravata o seu esposo perdeu o controle da moto e caiu numa ribanceira; QUE comunicante sofreu fraturas e foi socorrida para o Hospital pela ambulância de Mulungu

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevê(o) que digitei.

Maria do Livramento Dantas Barbosa
MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA

Comunicante

[Assinatura]
Agente de Investigação
COMISSÁRIO DE POLÍCIA
Matrícula nº 181.953-4

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE MULUNGU



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Maria do Livramento Dantas Barbosa
DATA DE NASCIMENTO 11/02/69
NOME DA MÃE Maria do Carmo Dantas

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 95019
BOLETIM DE ENTRADA N.º 918378
DATA DO ATENDIMENTO 06/05/16
HORA DO ATENDIMENTO 14:55
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Ferimento de partes moles da perna esquerda com lesão de tendões extensores dos dedos do pé esquerdo.
CID 10 S81.8 S96.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, apresentando lesão extensa de partes moles em região anterior e lateral da perna esquerda, com lesão de tendões extensores do 1º pododáctilo e extensores dos dedos do pé esquerdo, glasgow 15, pupilas fotorreagentes. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX cervical, tórax, bacia, perna e pé esquerdos.
USG da perna e tornozelo E (avaliação pós cirurgia).

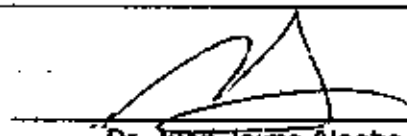
RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: sem anormalidades.
USG: dentro da normalidade.

TRATAMENTO:

Limpeza mecânico-cirúrgica + Sutura de partes moles da perna esquerda

ALTA HOSPITALAR: 26/05/16
DATA DA EMISSÃO: 13/10/16


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

Comprovação de ato declaratório



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, em -- CNES: 123312 - Tel: --

Boletim de Atendimento: 918378

Identificação do paciente				
ID 1033613	Nome MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA			Sexo Feminino
Data de nascimento 11/02/1988	Idade 47 anos 2 meses 25 dias	Estado civil UNIÃO ESTÁVEL	Religião	Proteção
Mãe MARIA DO CARMO DANTAS		Pai ANTÔNIO CIPRIANO DANTAS		
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO		Responsável (Parentesco) JOSE CARLOS NOBREGA DE LIMA - ESPOSO(A)		
DDD Móvel 63	Fone Móvel 993543967	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1892589	NP Cns 898004177640537		
Local de procedência MULUNGU		Tipo MUNICÍPIO	UF PB	
E-mail	Naturalidade JOÃO PESSOA		CBOR	
Endereço				
CEP 58364000	Município de residência MULUNGU	UF PB	Logradouro CRUZEIRO	
Número 8N	Complemento	Bairro ZONA RURAL		
Admissão				
Data e Hora Prevista 06/05/2016 14:56:11	Número de pulseira 1000004726356		Convênio SUS	
Especialidade CLÍNICA GERAL		Cérebro CLÍNICA TRAUMA E GERAL		
Classificação do risco		Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso polícia Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não	
Meio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou AMB DE MULUNGU		
Sinais Vitais				
PA 100 x 40 mmHg	Pulso 82	Temperatura 36.2 - 100%		
Exames complementares				
Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []
ECG []				
Ultrassonografia []				
Dados clínicos				
aut. pelo perim 06/05 de (S) ok				
Assinatura MARCELO JAHARIA DA COSTA GAMA				CD Tempo 03min 13seg

Imprimir



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Márcio do Livramento Santos B., portador da carteira de identidade nº 1.892.589 e inscrito no CPF/MF sob o nº 026.843.554-26 residente e domiciliado na Rua da Lagoa S/N Gracabita Cidade Medeiros Estado PE, 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

() 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.

Márcio do Livramento Santos B. 05-11-2018

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Márcio do Livramento Santos Barbosa

Local e data



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Primeiro Atendimento Médico

Documentação médica - hospitalar



UNIDADE DO LIVRAMENTO DENTAS BRAS
R. MOSE, 11/02/1988
RUA SANTA DO CARMO DENTAS

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

AC. 1 CRUZETRO
EN - ZONA RURAL
CELESC
RUE: 13
TELEFON: (02) 983443065
DIRE: 47
C. ENTOR: 28/05/2016 14:05:17

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de acidente automobilístico, carrox moto, impactado
debaixo para esquerda. Paciente apresenta ferimentos expostos de perna (E)
com fratura exposta e fraturas, com fraturas. Não foi batido a cabeça, não
há consciência de vômitos, tórax e abdome inchados e doloridos, com crepitação
aportante, porém em estado de choque. Abdome com sinais de peritonite, flacidez
deprimida e indolor a palpacao.

AVE PRIMÁRIO

VIAS
AÉREAS ☒ Pervas ☐ Obstruídas
CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☒ Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim ☐ Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade
☐ Com dificuldade

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD: ☒ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente
HTE: ☒ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente

2- RUÍDOS

☒ Sim
☒ Não
HTD: ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores
HTE: ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores

FR: _____ imp SaO₂ _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

☒ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica
☐ Pleórica ☐ Ictérica

TEMPERATURA DA PELE

☒ Normal ☐ Quente ☐ Fria

PULSO

☒ Normal ☐ Aumentado
☐ Fino ☐ Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTMO

☒ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente

BULHAS

☒ Normotónicas ☐ Hipofónicas
☐ Hipofónicas ☐ Ausente

SOPRO

☐ Presente ☒ Ausente

DE OUBA

☐ Sim ☒ Não

FE: _____ bpm PA: _____ mmHg T: _____ °C

ECG: Queda ST-seg em parede lateral Haver
anormalidade

ABDOMEN: Durado, deprimido, indolor a
palpacao superficial e profunda sem sinais
de peritonite

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas ☒ Fotorreagente ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow: **15**

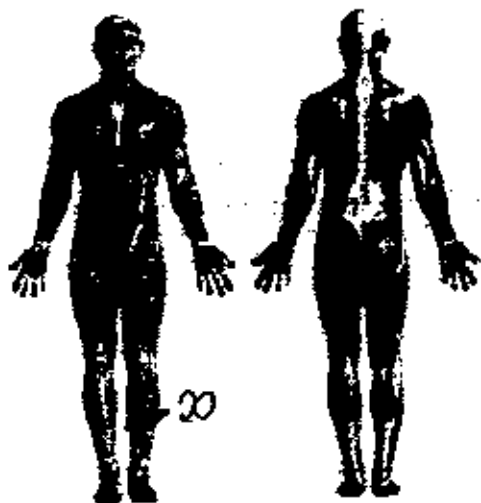
ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons Incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL: 15					

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☒ Não ☐ Sim: Não
 MEDICAMENTOS: ☐ Não ☐ Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: ☐ Não ☐ Sim: _____
 PATOLOGIA: ☐ Não ☐ Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☒ Sim: Saldos ao Gl. do menu

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 Injúria Nervosa |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Efusão subcutânea | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encaixado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Parêntese |
| 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): _____ % Graus de queimadura: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias
☐ Ultrassonografia (FAST)
☐ Tomografia computadorizada

☐ Lavado peritoneal☐ Gasometria arterial☒ Tipagem sanguínea + Hto + Hct

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	
1. Atendimento inicial		
2. SGL 1500 ml EV		
3. administração de S + AD EV		
4. administração de S + AD EV		
5. tomografia de cabeça IM		
6. Cefalotax 2g + AD EV, AGORA		
7.		
8.		
9.		
10.		

ASSINATURA DO CIRURGIÃO
 Polígrafo e Carimbo
 Cirurgia Geral
 CRM 10.251

Dr. Helio Sman B. Dias Jr.
 Médico
 CRM 10.251

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da ORTOPEDIA
 Solicito parecer da CIR. VASCULAR

às 15:30 do dia 06/05/2016
 às 15:20 do dia 06/05/2016

DESTINO DO PACIENTE

DATA: _____
 DA: _____
 SAÍDA: _____
 HORAS: _____

☐ Centro cirúrgico
☐ Transferência (unidade de saúde)
☐ Internado (setor)
☐ Alta hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A reavalia ☐ Desistência

☐ Óbito ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ JML ☐ SVD

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



HEFTSIL

cliente Maria do Sacramento Santos Barbosa

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		# 07/05/16
		paciente segue internado em UPA
		apresentando Vozes e anafrenia
		sem alterações no momento
		CD: Lúcia de Fátima
		CD: UPM



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

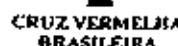
NO. DO LIVRANTE DO PACIENTE: 11/02/1988
ME. NOME DO PACIENTE: DANTAS

BE/PRONTUÁRIO

NO. - CRUZERIO
L. 54 - ZONA RURAL
ALUNO
CIVIL (1)
CELULAR: (83) 8334-7883
DATA: 47
11. ENTRADA: 06/05/2016 14:55:11

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
# 06/05/16	15:20h	# Anagêdia # Paciente vítima de acidente de moto (SSC) há 5 horas, em ambiente rural, apresentando lesão extensa da parte medial e proximal, fratura exposta em face esquerda. # Conduta: - Solicita Radiografias - Hemograma e Prothrombina - Antibiótico profilático - Realizar amputação Ass: Dr. Saulo Dr. Helton M. Dias Jr. Médico CRM/PA 10.251
6/5/16	15:30h	Vascular Paciente com fratura exposta do osso da perna e lesão de musculatura extensora. Do Cane: Boa perfusão distal com motricidade presente. Ass: Dr. Saulo Seu sangramento ativo e sem sinais de isquemia a nível apical. CD: - Lado a ortopedista. Lado Vascular Dr. Alberto Bandeira Segundo Cirurgião Vascular CRM-PA 10.251



HEETSIL

Nome do paciente

Marca de Livramento Santos Barboza

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
06/05/16	19:30h	# Osteopatia # Cirurgia # paciente evoluiu em 10% da lesão extensa, a lesão maior em perna esquerda, apresentando ainda lesão da tendão de músculo biceps do p^o membro da p^a esquerda + lesão da tendão de músculo extensor do braço da p^a esquerda. Foi realizada limpeza mecânica cirúrgica + lavagem extensiva com SF 0,9% + Sutura por planos + Curativos. Porém a lesão dos tendões não foi possível realizar peroneia por grande lesão de faturamento que alterou a anatomia da região impossibilitando o procedimento. A lesão apalpa o paciente intra. Operação não dissecando lesão residual. Staff: Dr. Fred Botelho. Dr. HENRIQUE A. LIMA MÉDICO CRM 10.123



RELATÓRIO DE CIRURGIA

REC-251

Nome: Maria da Livramento Santos Barros BE/Prontuário: 958378
Idade: 47 anos Sexo: () Masculino (X) Feminino Cor: _____ Data: 06/05/86
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Limpeza Mecânica - Cirurgia
Cirurgião: Dr. Fred Batista 1º Assistente: Dr. Helson Dias Jr.
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: Lequi Anestesia Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pré-Operatório	CID
- Lesões extensas de partes moles em região Anterior da perna esquerda	
- desejo de reduzir das extensões do 3º metacarpo + dor da tensão dos estenoses dos dedos de pé esquerdo	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
- Limpeza Mecânica - Cirurgia + Sutura	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Biópsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(X) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Dr. Helson B. Dias Jr.
Médico
CRM 10251

João Pessoa, 06/05/86

Médico/CRM: _____



HEFTSM

[illegible]

Form de Date Clinice

ANEXA 1
FOLIO 1

Datele Pacientului				Datele Medicului			
Nume	Prenume	Sex	Varsta	Nume	Prenume	Specialitate	Adresa
...	...	...	...	...	...	...	...
Anamneză				Examen fizic			
...	...	...	...	...	...	...	...
Investigații de laborator				Tratament			
...	...	...	...	...	...	...	...
Evoluție				Concluzii			
...	...	...	...	...	...	...	...



5555

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Maria do Carmo de Souza		SEXO: F	COR: PD	IDADE: 47
PRESSÃO ARTERIAL: 120/80	PULSO: 110	RESPIRAÇÃO: 18	TEMPERATURA: 36,5	PESO: 80
ESTADO GERAL: ☒ BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO: ☒ BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES				
AP. RESPIRATÓRIO: <i>Boa</i>		AP. CIRCULATÓRIO		
AP. DIGESTIVO: <i>Boa</i>	ESTADO MENTAL: <i>Boa</i>	DROGAS EM USO		
PRÉ-ANESTÉSICO				ESTADO FÍSICO (ASA)
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>Lesão cataral de partes moles com fovea profunda de parede</i>				
CIRURGIA REALIZADA: <i>Ho, cureta de lesão cataral de partes moles de parede</i>				
CIRURGIÃO: <i>Dr. Francisco</i>	AUXILIARES			
INÍCIO DA ANESTESIA: 17:30	TÉRMINO DA ANESTESIA		DURAÇÃO DA ANESTESIA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES R\$		
ANESTESISTA: <i>Dr. Paulo</i>	CPF	CRM-PB		

ADENITIS 12-20-18

Líquidos Venosos

Arterial-Sistólica Diastólica

TEMPERATURA

HORA

OK

X

☐ ANESTESIA GERAL ☒ RACIQUINANA ☐ ESPINAL ☐ BLOCO PLEXO ☐ BLOCO NERVOS ☐ OUTROS

Paciente com a canalização para o plexo subaracnóideo - o paciente com a canalização de subaracnóideo - a punção

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

ALCOBE	1	Neomax 15u	11
ÁGUA	2	Molaxolan 20g + 1g	12
SEROSU	3	Neomax 15u	13
AMER	4	Neomax 2g	14
TOTAL	5		15
DESTINO DO PACIENTE	6		16
☐ APT* ☐ ENFERMARIA	7		17
☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA	8		18
☐ OUTROS	9		19
	10		20

herbicide mixture 1/2-1/4 4066 (Punjab) 5-10 parts mixture 13oz + 1oz 10mg
at 1000 ppm - 1000 mg per acre

ASSINATURA DO ANALISTA: *Dr. Pedro Tio P. Roca*
ANALISTA: *Anestesiologista*
CRM: *10.175*

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	paciente em DDH Sob anestesia geral Preparação da pele Aplicação de Campos Cirúrgicos
Incisão:	11
Achados:	Lesão Extensa de partes moles Lesão das tendões dos extensores dos 1º e 2º dedos do pé esquerdo Lesão das tendões dos extensores dos dedos do pé esquerdo
Conduta:	Limpeza Mecânica Cirúrgica Limpeza Extensiva com Soro Fisiológico 0,9%
Fechamento:	Sutura por plano Curativo Gáster
Observação:	Não foi possível a tenotomia dos tendões lesados, devido a grande lesão de partes moles e alteração da anatomia. Consequentemente, deverá ficar internado para posterior abordagem com os tenotomias.
Médico/CRM:	Dr. Helton B. Dias Jr. Medico CRM 12810251
	João Pessoa, 06/05/16.



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

NOME : MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA

DATA : 18/5/2016

**LAUDO DE ULTRASSONOGRAFIA DA PERNA/TORNOZELO
ESQUERDO (FACE ANTERIOR)**

Exame realizado sob a indicação clínica de avaliação pós-cirúrgica em trauma.

Exame realizado em modo bidimensional, com equipamento dinâmico, de varredura linear, na frequência de 7,5 Mhz.

Tendão tibial anterior com padrão fibrilar íntegro em sua porção distal no tornozelo. Espessamento cicatricial em sua porção proximal, subjacente a cicatriz cirúrgica com área de retração fibrilar.

Tendão extensor do halux com padrão fibrilar íntegro em sua porção distal no tornozelo. Afilamento cicatricial em sua porção proximal, subjacente a cicatriz cirúrgica com área de retração fibrilar.

Tendão extensor dos dedos com padrão fibrilar íntegro em sua porção distal no tornozelo. Espessamento cicatricial em sua porção proximal, subjacente a cicatriz cirúrgica com área de retração fibrilar.

DR. LAUTONIO JUNIOR LOUREIRO
MÉDICO RADIOLOGISTA E NEURORADIOLOGISTA
CRM-PB:5053

Nota: As informações contidas neste laudo representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista das imagens obtidas. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a interpretação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda. Deve ser ainda considerado o fato do exame ter sido realizado em condições de urgência/emergência, muitas vezes prejudicando o adequado posicionamento e preparo do paciente, diante de suas limitações clínicas.



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

NOME : MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA

DATA : 18/5/2016

**LAUDO DE ULTRASSONOGRAFIA DA PERNA/TORNOZELO
ESQUERDO (FACE ANTERIOR)**

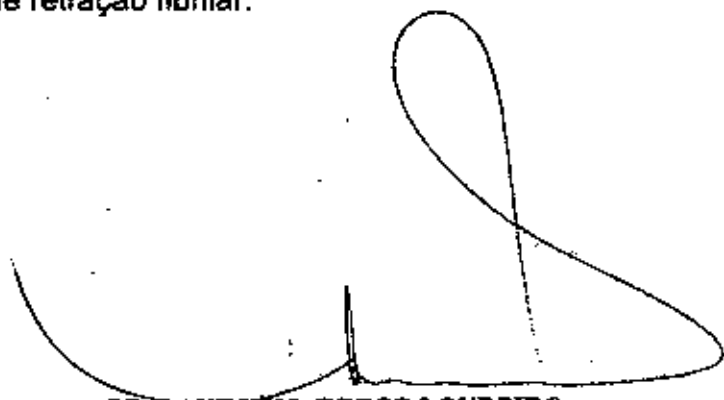
Exame realizado sob a indicação clínica de avaliação pós-cirúrgica em trauma.

Exame realizado em modo bidimensional, com equipamento dinâmico, de varredura linear, na frequência de 7,5 Mhz.

Tendão tibial anterior com padrão fibrilar íntegro em sua porção distal no tornozelo. Espessamento cicatricial em sua porção proximal, subjacente a cicatriz cirúrgica com área de retração fibrilar.

Tendão extensor do hálux com padrão fibrilar íntegro em sua porção distal no tornozelo. Afilamento cicatricial em sua porção proximal, subjacente a cicatriz cirúrgica com área de retração fibrilar.

Tendão extensor dos dedos com padrão fibrilar íntegro em sua porção distal no tornozelo. Espessamento cicatricial em sua porção proximal, subjacente a cicatriz cirúrgica com área de retração fibrilar.


DR. LAURÔNIO JUNIOR LOUREIRO
MÉDICO RADIOLOGISTA E NEURORADIOLOGISTA
CRM-PB:5053

Nota: As informações contidas neste laudo representam a impressão diagnóstica baseada na interpretação realizada pelo médico radiologista das imagens obtidas. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda. Deve ser ainda considerado o fato de o exame ter sido realizado em condições de urgência / emergência, muitas vezes prejudicando o adequado posicionamento e preparo do paciente, diante de suas limitações físicas.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.62

Maria do Livramento Dantas Barbosa

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

Barbosa

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.892.589 - 2 VIA DATA DE EMISSÃO 07/02/2011

NOME MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA

RELACÃO ANTONIO CIPRIANO DANTAS

MARIA DO CARMO DANTAS

NATURALIDADE

JOAO PESSOA-PB

DOC ORDEM CASAM N.2099 FLS.48 LIV.09

CARTÓRIO DE ALAGOINHA PB

DATA DE NASCIMENTO 11/02/1969

JOAO PESSOA - PB

Chacal

ASSINATURA DO TITULAR

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 025-843.554-26

Nome MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA

Nascimento 11/02/1969

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE E437.591C.B2DA.3DFB

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada no Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil

AS 12:41:51 DE CTA 17/01/2013 (hora e data de Brasília)

0 010 401033X 00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0410864/18

Vítima: MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBO

CPF: 025.843.554-26

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 06/05/2016

Titular do CPF: MARIA DO LIVRAMENTO
DANTAS BARBOSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros



MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA : 025.843.554-26

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/11/2018

Nome: MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA

CPF: 025.843.554-26

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2018

Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA

CPF: 158.640.827-59

MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA

ANDREZA ALVES DA CUNHA

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Maria do Socorro Santos CHÓBITAS 11/11/1959DATA DO ACIDENTE 06/07/2018 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 025843554-26

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatseguroodotransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☒ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidiz do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheira, e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHOS) OU NETO(A)**
- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) Maria do Socorro Santos 01/11/1959 11/11/2018Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador 025843554-26E-mail maria.santos@chobitas.com.br 3241-1843

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) de Chuva JNA

Atendente Quinao da Chuva 01/11/2018 Matrícula 09381073

Data 01/11/18 Assinatura: Quinao C.C. 3

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0410864/18

Vítima: MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBO

CPF: 025.843.554-26

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 06/05/2016

Titular do CPF: MARIA DO LIVRAMENTO
DANTAS BARBOSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA : 025.843.554-26

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/11/2018
Nome: MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA
CPF: 025.843.554-26

MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2018
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

ANDREZA ALVES DA CUNHA