

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, 20 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190639771

Vítima: MACIEL SILVA DOS SANTOS

Data do Acidente: 12/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MACIEL SILVA DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 12785.01.2019.1.00.401



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 12785.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 10:11 horas do dia 05 de novembro 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 Maciel Silva dos Santos, CPF nº 079.260.864-01, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Técnico Em Refrigeração, filho(a) de Maria Jose Silva dos Santos e Luiz Geraldo dos Santos, natural de Esperança/PB, nascido(a) em 30/11/1989 (29 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Santa Luzia, Nº 110, bairro Renascer, tendo como ponto de referência Iii, na cidade de Cabedelo/PB, telefone(s) para contato (83) 98700-5521.

Dados do(s) Fato(s):

Local: Proximidades da Praça do Caju, Praça do Caju, João Pessoa/PB, bairro Bessa; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 12/06/19 20:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRANSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 12/06/2019, POR VOLTA DAS 20:30, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA XRE DE COR PRETA, ANO 2017, PLACA QFY-1424/PB, CHASSI 9C2ND01110HR007871, REGISTRADA EM NOME DE ROBERTO JOSE DOS SANTOS, NAS PROXIMIDADES DA PRAÇA DO CAJU, BESSA, NESTA CAPITAL, QUANDO UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO DEU RÉ NO VEICULO E COLIDIU NA MOTOCICLETA DESTE NOTIFICANTE, ALEGANDO QUE PENSOU QUE SERIA UM ASSALTO; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA Perna ESQUERDA, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS EM 13/06/2019, 28/06/2019 E 13/07/2019. CONFORME CERTIDÃO 1682/2019 ASSINADA PELA MEDICA ROSSANA DE FATIMA ARAUJO BARBOSA.

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 achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

João Pessoa/PB, 05 de novembro de 2019.

MACIEL SILVA DOS SANTOS
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASI:		3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
		079.260.864-05	Maciel Silva dos Santos	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
5 - Nome completo:		6 - CPF:		
7 - Profissão:		8 - Endereço:		9 - Número: 10 - Complemento:
Ricardo Informar Rue Santa Luzia		12 - Cidade: Cabedelo		110 rosa
11 - Bairro: Renascer		13 - Estado: PB		14 - CEP: 58300-003
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD):		

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:		18 - CPF do Representante Legal:			19 - Profissão do Representante Legal:	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).						
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00				
21 - DADOS BANCÁRIOS:		<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)				
AGÊNCIA: 0729		CONTA: 28394	6	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA: _____		
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)		

Autorizo a Seguradora 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, suitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

- Não há IML que 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 de 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. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

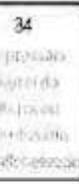
MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nasceu? Sim	31 - Vítima teve irmãos? Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim	Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO AFETABILIZADO



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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Cabedelo - PB, 19/11/2019

x maciel silva dos santos.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA Gov. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 237335 Atd: Nao Regula
Data: 12/06/2019
Hora: 21:23:15
Repcionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE
Nome: MACIEL SILVA DOS SANTOS Num. de vezes atendido: 1
CNS: 898003229574992 Sexo: M IDENTIDADE: 3539317 Fone: 87728653
Natural: ESPERANCA/PB Data Nasc.: 30/11/1989 Id: 29 ano(s)
End.: RUA SAO SEBASTIAO, 350
Bairro: RENASCR Cidade: CABEDELO UF :PB
Mae: MARIA JOSE SILVA DOS SANTOS Pai: LUIZ GERALDO DOS SANTOS
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: TECNICO DE REFRIGERACAO Estado Civil: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: MACIEL SILVA DOS SANTOS
Tel/Doc. Responsavel: 87728653 / IDENTIDADE: 3539317
P: edencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU
Vitima de acidente por: COLISAO CARRO X MOTO
Vitima de violência por: NO BESSA/COND.
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO
PA: FR: [] Aparentemente Bem [] Grave
FC: TP: [] Politraumatizado [] Convulsao
Peso: Altura: [] Hemorragia [] Dispneia
Glicemias: IMC: [] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd: O2%: [] Regular [] Chocado
[] Vomito
Quinta Principal 21:37 # ein lebrett Observacao
COLISAO MOTO X CARRO. TRAUMA EM MIE NEGA PANCADA EM CABECA, DESMAIO E VOMITO.
Paciente com dor toracica de colisao retro estab. Fazia uso de aspirin
nao desmaiou, nenhuma queixa de dor cervical. Rpm da un pene(E)

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)
A - VS Pnm Corr caligia B - Mu VV(E) em ambas HT na Ps e - Handin
muco em tanta d - gaspar 15 PIFN E - Freq em pnm (E) + lento em
mucosa ABD: nulos

Diagnostico | Conduta 1. Rx pnm (E) + tosse(E)
2. Analizar esto pnm
3. ACTS - trc - tpn

Prescricao | Horario da medicacao
1. SAT 01 susp 1m - Onzeiros por dt
2. Cetoprofeno 100mg + SF99; 100mg
3. Digoxina 0,1g + ADDU, Agoto
Raquel Bezerra Estrela
Medica CRM PB 7373

Raquel Bezerra Estrela
Medica
CRM PB 7373

OUTOPENS

Hn: Fx exposto Onco de Reus

CD:

A O Bloco cirúrgico: 11
110

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Dr Yury Ferreira
Onco Mts
CRM-RJ: 11507

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtda	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residencia Transferido Desistencia UT
 Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SV

1
Raquel Bezerra dos Santos

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MACIEL SILVA DOS SANTOS

BANCO: 104

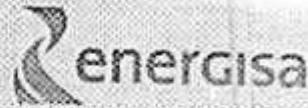
AGÊNCIA: 00729

CONTA: 00000028394-6

Nr. da Autenticação 21C6930C3D21419E

MARIA DA GLÓRIA BEZERRA DA SILVA
RUA SANTA LÚCIA 210 - REINASCER
CAE/CODEL/FE/CSP: 39100001 (AG. 1)

Ligação MONOFÁSICO
Círculo: FES MTC 611 RESIDENCIAL - BAIXA SENDA
Residencial: 77 - 13 - 2974-0800 Referência: Ago / 2019
Medidor: 03001437267 Emissão: 27/08/2019



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B129, KM 25 - Chico Reis - João Pessoa / PB - CEP 50171-140
CNPJ 06.036.193/0001-42 - INSC EST: 16015320-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica: V100140109
Cód. para Déb. Automático: 00002306287

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196**

Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a:

Ago / 2019

Apresentação

27/08/2019

Data prevista da
proxima leitura

26/09/2019

CPF/CNPJ/RANI

753.381.304-91

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

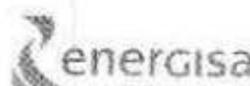
5/230528-2

Canal de contato:

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE fixada pela Lei
nº 10.476 do 26 de abril de 2002
Junta-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em
vacina-brasil.org.br

BOLETO PARA PAGAMENTO

Conheça mais sobre o seu Fisco!
Fazemos com que a sua vida seja mais tranquila.
Só ligue para o número do seu Fisco ou entre no site www.fisco.com.br ou www.fisco.com.br



ENERGESA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Br-230, Km 38 - Centro Pedra Branca - João Pinheiro / PR - CEP 53671-000
CNPJ 05.005.183/0001-36 - CNPJ 15.005.183/0001-36

卷之三

CELEN DOMINGOS DA SILVA
RUA AGENTE F. JOSÉ COSTA DIAS, 157 SALA 02
JOÃO PESSOA

CDF - CONICEN DO SISTEMA FAIRPORT

5/1371069-4

• 100 •

APPENDIX C

卷之三

卷之三

卷之三

OUT/2019

21/10/2019

214

28/10/2019

R\$ 183,53

© 2010 Microsoft Corporation. All rights reserved.

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190 00009 03150 344006 07097 707173 6 80560000018362

Pagador CE | ENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04

HU AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE, 157 SALA 02 - MANGABEIRA - 10160 PESSOA / PB - CEP 58020-000

31502-400007097707 001371069201910 28/07/2019 R\$ 183,53

BR230 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - J



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação da sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP³ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

² SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ³ CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754-74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Maciel Silveira dos Santos inscrito (a) no CPF sob o N° 079.260.864-01,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalido na Vítima Maciel Silveira dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o N° 079.260.864-01, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número:	<u>157</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Chamigabeira</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:	<u>58056-384</u>	
E-mail:							Tel. (DDP):	<u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB, 13/11/2013

Alexandria Cesar Duarte
Assinatura do Declarante



CERTIDÃO

Nº. 1682/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº237335 e Prontuário N° 2019.06.1438 pertencentes ao paciente **MACIEL SILVA DOS SANTOS** foi atendido dia 12/06/2019 às 21h23min, vítima de colisão de moto x carro, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta dos ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 13/06/2019, 28/06/2019 e 13/07/2019. Com alta médica dia 13/07/2019.

E para constar eu Rossana de Fátima Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 04 Outubro de 2019


Rossana de Fátima de A. Barbosa
Médica de Vigilância à Saúde
CRM-PB - 3533

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 12/06/19

Nome: MACIEL SILVA DOS SANTOS
Frontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Data de Nascimento: 11/11/11
Escolaridade: _____

QPD: Vítima de acidente de moto, com ferimento em perno

HDA: Vítima de acidente de moto, com ferimento em perno

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: Febre Astenia Anorexia Perda de Peso _____ Kg em _____ Prurido Sudoresc Calafrios Alopecia Adenomegalias Ictericia Tonturas Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoco: Cefaléia Espirros Rinorréia Obstrução Nasal Epistaxe Dor de Garganta Bócio Rouquidão Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: Dor _____ Tosse Expectoração Hemoptise Dispnéia Palpitações Desmaio Cianose Edema Outros: _____

ABD: Dor _____ Pirose Soluço Regurgitação Hematêmese Náuseas Vômitos Dispepsia Diarréia Melena Enterorragia Constipação Aumento de volume

AGU: Disúria Incontinência Retenção Poliúria Oligúria Noctúria Hematuria Mal Cheiro Corrimento Outras: _____

SME: Dor _____ Rigidex pós-reposo Deformidades Artralgia Calor Rubor Edema Crepitação Fraqueza Atrofia Espasmos

SN e PSQ: Insônia Sonolência Convulsões Motricidade e Sensibilidade Amnésia Libido Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[]HAS []JDM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipas
[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: ____ Kg Altura: ____ m IMC = ____ PA = ____
FC = ____ FR = ____ TEMP(°C) = ____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *FX exposto ossos da perna* ()

Conduta: *MO cirúrgico*

Dr. Yury Costa Leite
Dr. Fábio Góes



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Mauro Silveira dos Santos</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>13/07/13</i>	Cirurgião: <i>Dr. Tenuto de Azevedo Filho</i>	1º Assistente:			
2º Assistente:		3º Assistente:	Instrumentador:		
Anestesista:		Tipo Anestesia:	Horário:	I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Ex. esquerda de tibia (E) + Planta de

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

Ex. esquerda de tibia (E) + Planta de

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

*Tre. cirúrgico de fáscia
(pt. descolamento gráu restringido
de fixação extrema)*

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim
 2 (✓) Não

Biópsia de Congelação: 1 () Sim
 2 (✓) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:
1 (✓) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico

*Temistócles de A. R. Filho
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PB 2616 / TEOF 16247 / FODE 5245*

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Pct. em DDM nos manteiros

Anestesia + anti-espasmo em M/E
Spancetil de campo interno

Incisão:

longitudinal em região anterior da perna

Achados:

Fr. de tibia diafisária

Conduta:

Imporar dor frágil inter óssea

Ressecção da fibra

Aproxim. do parâfuso intraprementer

Fixação com placa 4,5 mm bissurcada
parafusos

Fechamento: Suturar por planos
cortado

OBS: Rx controle

Data: 13/07/38

Temistocles de
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGO
CRM-PB 1614 TR071

MÉDICO



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>MACIEL SILVA DOS SANTOS</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>13/06/19</i>	Cirurgião: <i>Dr LACÍCIO</i>			1º Assistente: <i>Dr YUKI</i>	
2º Assistente:	3º Assistente:		Instrumentador:		
Anestesista:	Tipo Anestesia:		Horário:	I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
<i>FX EXPOSTA OSSOS DO PÉS</i>	

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
<i>O MESMO.</i>	

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO
<i>LNC + FIXADORES EXTERNO.</i>	

Acidente durante Ato Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Descreva:
Biópsia de Congelação:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: <input checked="" type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Terapia Intensiva <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Óbito durante o Ato Cirúrgico		

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM ODH SOB ANESTESIA

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

A POSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

Incisão:

Achados:

FX EXPOSTA OSSOS DO RIMA @

Conduta:

LIMPEZA EXAUSTRIVA COM SFQ 9%

DESEBRIMENTO DE TECIDOS DESVITELIZADO

A POSIÇÃO DE FIXOPOR EXTERNO Y PINOS S/

OZ BANHOS COM 3 CORREÇÕES SOB ESCOR

LIMPEZA COM SFQ 9%

SUTURA AC PELE

CORTIVO

PT CONTROLE

Fechamento:

OBS: INTENÇÃO PI 2º TEMPO CIRÚRGICO

Data: 13/06/19

Dr. Yury Cardoso
Ortopedista Traumatologista
CRM PB 1167

MÉDICO/C

Nome: MACIEL SILVA DOS SANTOS				Registro:	
Idade: 29	Sexo: M	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP: _____	LR: _____
Data: 28/06/2019			Cirurgião: <i>ODILON</i>		
1º Assistente:			2º Assistente:		
Anestesista: <i>Dr EVELYN</i>			Instrumentador: MARIA		

DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO		CID
<i>FRATURA 1/3 DISTAL de perna ESQ</i>		S82

DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO		CID
<i>O mesmo</i>		

PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)		CÓDIGO
<i>Retirada de material de síntese</i>		

Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não

Descreva:

Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não

Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:

1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Retirada de FIXADOR EXTERNO

Achados:

HIPEREMIA NA Perna E QUADRO INFECCIOSO NO TRAJETO DOS PINOS

Limpeza cirúrgica exastiva com sf 0,9%

Conduta:

CURATIVO

TAPA BOTA

Fechamento:

OBS:

Data: 28 / 06 / 2019

Dr. Odilon R. Filho
Ortopedista / Cr. Joelho
CRM 6685 TEOF 2957

MÉDICO/CRM



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Dados do Paciente:

Prontuário: 2019.06.001438

Data de Cadastro: 12/06/2019 Nome: MACIEL SILVA DOS SANTOS

Data de Nascimento: 30/11/1989 Sexo: Masculino

Naturalidade: ESPERANCA-PB

Mãe: MARIA JOSE SILVA DOS SANTOS

IDENTIDADE: 3639317

UF: PB Cidade: CABEDELO

PAI: LUIZ GERALDO DOS SANTOS

Bairro: RENASCEIR

Rua: RUA SAO SEBASTIAO,350 CEP: 58108212

Atendimentos:

Ficha: 237336

Data/Hora Cadastro: 12/06/2019 21:23:15

Unidade: ORTOTRAUMA

Clinica: CIRURGICA

Regulado: NÃO Número do Boleto: NÃO CONSTA

Ocupação: TECNICO DE REFRIGERACAO

Transporte: SAMU

Acidente: COLISAO CARRO X MOTO

Comunicado à Policia: NÃO Local Procedência: RUA

Complemento:

Recepção/Onofrista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA FARIA



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

Nome: <i>Manoel Silveira dos Santos</i>		PROFISSIONAL DE SAÚDE:			
TIPO DE USUÁRIO:	SP	CÓDIGO:	CLÍNICA		
DATA DE ADMISSÃO:	12/06/19	DATA DE SAÍDA:	13/07/19		
DATA DE DIAGNÓSTICO:	<i>VX. DE TIBIA C/ FRACTURA</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA:		
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:	<i>VX. DE TIBIA C/ FRACTURA</i>		CÓDIGO:		
TRATAMENTO CONDUZIDO:	<i>RX</i>				
EXAMINADO ATIVAMENTE:					
<i>Fr. em gipsos de fx da tíbia (C) + Plata (C)</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA:					
USO DE SISTEMA PAROLÓGICO:					
RECERAÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL		
RESULTADO BACTERIOLÓGICO:					
CONDICIONAMENTO:	<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRICO, FISIOPATOLÓGICO, TERAPEUTICO E COMPARTIMENTO)

Pct. submetido a fr. em gipsos da tíbia (C) sem necessidade cirúrgica com evolução clínica

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DATA: *Cins*

REPOUSO: Relativo em casa por 30 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA:

RETORNO Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do Dr. Temistocles em 30 dias para revisão.

13/07/19
DATA

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

Temistocles de A. K. Júnio
ASS. MEDICO ESPECIALIZADO EM TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 7618 / TEC 1574 / RQE 524



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	3.539.317 -2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO
NOVO	MACIEL SILVA DOS SANTOS	21/12/2012
FILIAÇÃO	LUIZ GERALDO DOS SANTOS MARIA JOSÉ SILVA DOS SANTOS	
NATURALIDADE	ESPERANÇA-PB	DATA DE NASCIMENTO
DOC. ORIGEM		30/11/1989
NASC. N. 017382 FLS. 148 LIV.A/15A		
CARTÓRIO ESPERANÇA-PB		
079-260-864-06		
Israel Azevedo da Silva Neto		
LEI N° 7.116 DE 29/06/83		





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190639771 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MACIEL SILVA DOS SANTOS **Data do acidente:** 12/06/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG.4/5/6/7_CIRURGIA

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190639771 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MACIEL SILVA DOS SANTOS **Data do acidente:** 12/06/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG.4/5/6/7_CIRURGIA

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: Maciel Silveira dos Santos, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Jec. Refrigeracão, residente e domiciliado à Rua Santa Luzia, nº 110, bairro Renaúcer, Município de Coqueiral, Estado de(o) PB, Cep. 58300-000, portador(a) do Rg nº 3.539.317, SSP/PB e CPF nº 079.260.863-05

Outorgado: Alexandria Cesar Marte, brasileiro(a),
estado civil Casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à
Rua Além do Fidalgo, Centro, n.º 157, bairro Mamanguape,
Município de Joaú, Estado de (o) PB, Cep.: 58056-384,
portador (a) do RG nº 262.771.8, SSP/ PB, e CPF nº 046.502.754-74.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Márcia Silveira dos Santos, ocorrido em 12/06/19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.
Processo de natureza invalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

J.P. 02..... de oktober..... de 2019.

Scuto
Serviço
Notarial

Mein Bilder des Karten

Outorgante

CPF N° 079.260.864-05

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

SOU70 - SISTEMA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO IF OFÍCIO DE NOTAS - 2º TABOÃO DA SERRA DE PROTESTOS
Belo Horizonte-MG-Goiânia-Brasília-Toronto
RECONHECIMENTO DE FIRMA N° 2019-019829

Reconheço por autenticidade a firma de:

MACIEL SILVA DOS SANTOS ****

Deu Fá, em testemunha da verdade, Júlio Paesos - PB, 02/09/2019 às 03:23
ENOL 009.01.ESAJI - R\$1,00 FRAPPEN: R\$0,25 ISS: R\$0,50

SELO DIGITAL: AIZ38914-S535

Confirme a autenticidade na internet: www.sou70.com.br

José Francisco da Silva

SOU70
SISTEMA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0401223/19

Vítima: MACIEL SILVA DOS SANTOS

CPF: 079.260.864-01

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/06/2019

Titular do CPF: MACIEL SILVA DOS SANTOS

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MACIEL SILVA DOS SANTOS : 079.260.864-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/11/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO