
Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190408289

Vítima: JANDIRA MACENA DA SILVA

Data do Acidente: 09/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JANDIRA MACENA 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

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190408289

Vítima: JANDIRA MACENA DA SILVA

Data do Acidente: 09/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JANDIRA MACENA 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JANDIRA MACENA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000733

Conta: 000001568-4

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, retorne 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





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07177.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07177.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:09 horas do dia 01 de julho 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 Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Jandira Macena da Silva**, CPF nº 057.044.524-85, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Doméstica, filho(a) de Josefa Macena da Silva e Pedro Macena da Silva, natural de Juripiranga/PB, nascido(a) em 15/05/1983 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Antenor Navarro, Nº 164, bairro Centro, tendo como ponto de referência Em Frente a Casa de Farinha., na cidade de Juripiranga/PB, telefone(s) para contato (83) 98789-5261.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Furtuoso Batista Chaves, Próximo Ao Posto de Combustível Serra Negra., Ibiranga/PE, bairro CENTRO; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 09/06/18 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo a declarante no dia 09/06/2018 por volta das 18:00 horas quando transitava, pelo Centro da cidade de Ibiranga-PE; nas imediações do posto de combustível Serra Negra, com o veículo tipo HONDA/POP 100 ano e modelo: 2014/2015, de cor vermelha de placa: PCG/3141PB CHASSI: 9C2BB0210FR424952 pertencente ao Sr. Antonio Severino Monteiro; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando um veículo não identificado/evadiu-se do local trancou a declarante fazendo com que a mesma perdesse o controle da moto e derrapasse na pista; Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido por terceiros ao HOSPITAL DE ITABALANA onde foi transferida, posteriormente, pelo SAMU ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA onde foi diagnosticada, de acordo com o prontuário de nº 1.087.352, FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES + FRATURA EXPOSTA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DA ULNA DIREITA CID S 02.4 + S 52.4 conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo médico EWERTON NORONHA TEIXEIRA CRM 2516/PB.

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.

João Pessoa/PB, 01 de julho de 2019.



CRISTIANO CRUZ CORDULA

Agente de Investigação



JANDIRA MACENA DA SILVA

Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 1222667/19 3 - CPF da vítima: 057.044.524-85 4 - Nome completo da vítima: Jandira Macena da Silva

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

5 - Nome completo: Jandira Macena da Silva 6 - CPF: 057.044.524-85 7 - Profissão: doméstica 8 - Endereço: Antenor Navarro 9 - Número: 189 10 - Complemento: 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Juruatins 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58330000 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 181991928028

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 0733 CONTA: 1568 4 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

☐ Não há IML que 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 às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 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 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa PB 03-07-2019 Jandira Macena da Silva 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANDIRA MACENA DA SILVA

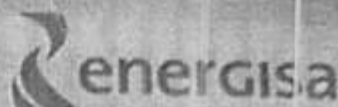
BANCO: 104

AGÊNCIA: 00733

CONTA: 000000001568-4

Nr. da Autenticação DB9DBD12B3DC190C

JANDIRA MACENA DA SILVA
RUA ANTONIO NAVARRO, 104 - CENTRO
JURUPIRANGA / PB CEP: 58330000 (AG: 113)



Ligação MONOFÁSICO
Cis/Sbc RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BARRA RENDA
Roteiro 13 - 117 - 785 - 3780 Referência Jun / 2019
Medidor 00008177079 Emissão: 19/06/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 209, Km 25 - Lote 1 Redenção - João Pessoa / PB - CEP: 54011-100
CNPJ: 09.095.110/0001-40 - Ins. Est. 15.514.120-7

Nota Fiscal / Conto de Energia Elétrica Nº 061025001
Cód. para Débito Automático: 0000114622

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 9196 www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPE / CNPJ / F. ANI
Jun / 2019	19/06/2019	22/07/2019	067.044.524-86

UC (Unidade Consumidora): 5/361492-2

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE fornecida pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em saude.gov.br/vacinabrasil.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
17/05/19	8152	19/06/19	8212	1	54	30

Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa (R\$)	Valor Base (R\$)	Alq. (R\$)	ICMS (R\$)	Base Calc. (R\$)	Parcela (R\$)	Parcelas (R\$)
0601	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,205120	6,15	0,00	0	6,15	0,00	0,31
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	24,000	0,351850	8,43	0,00	0	8,43	0,00	0,40
0601	Adic. B. Amarela		0,12	0,00	0	0,00	0,12	0,00	0,00
0610	Subsídio			17,23	0,00	0	0,00	17,23	0,19
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0607	CONTRIB. LIMPEZA			4,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0604	JUROS DE MORA 04/2019			0,10	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0605	MULTA 04/2019			0,10	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0608	Devolução Subsídio			-18,18	0,00	0	0,00	0,00	-0,00



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTONIO SEVERINO MONTEIRO
RG nº 2.169.820, data de expedição 21/12/1994
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 032.702.924-22, com
domicílio na cidade de ITAMBÉ, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA PROJETADA Q, VILA IBITINGA - ITAMBÉ, nº 552,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima ANDREA MACENA DA SILVA, cujo o condutor era
ANDREA MACENA DA SILVA.
Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA POP100
Ano: 2014/2015
Placa: PCG 3141
Chassi: 9C2 B8 0 210 FK 424952
Data do Acidente: 09/06/2018
Local e Data: IBITINGA - ITAMBÉ - PE 09/06/2018



 Antonio Severino Monteiro
Assinatura do Declarante

Andréia Macena da Silva

Assinatura do Condutor [caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro]





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JANDIRA MACENA DA SILVA

DADOS DE NASCIMENTO 15/05/83

NOME DA MÃE JOSEFA MACENA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.087.352

Nº PRONTUARIO 109.228

DATA DO ATENDIMENTO 09/06/18

HORA DO ATENDIMENTO 20:00

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES + FRATURA EXPOSTA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DA ULNA D

CID 10 S 02.4 + S 52.4

AValiação Inicial:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, trazida pelo SAMU, apresentando queixa de perda do nível de consciência + dor e escoriações em região da face, dor intensa em antebraço E com limitação dos movimentos. Relato de hálito etílico. Glasgow 15. Avaliada pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio

TC da face

RX do antebraço E - AP e P



TRATAMENTO:

Fratura exposta da extremidade distal do rádio e da ulna D ao RX. Fratura dos ossos malares e maxilares à TC da face. Sem alteração à outra TC. Realizado internamento e tratamento da fratura do antebraço pelo Dr. Raiff Gonçalves no 1º tempo e pelo Dr. Stefferson Diniz e Dr. Luiz Portela no 2º tempo, todos da equipe da Ortopedia. Tratamento conservador da fratura da face pela equipe da BucoMaxiloFacial.

ALTA HOSPITALAR: 29/06/18

DATA DA EMISSÃO: 16/04/19

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO (B) (HETS)
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1087352



Identificação do paciente

ID 599474	Nome JANDIRA MACENA DA SILVA	Sexo Feminino
Data de nascimento 15/05/1983	Idade 35 anos 25 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)
Mãe JOSEFA MACENA DA SILVA	Religião CATOLICA	Prontuário
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Pai PEDRO MACENA DA SILVA	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987203694	Responsável (Parentesco) MARIA JOSE DA SILVA - IRMAO(A)
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 7145987	DDD Fixo Fone Fixo
Local de procedência JURIPIRANGA	Nº Cms 701007892217099	Tipo MUNICIPIO
Email	Naturalidade JURIPIRANGA	UF PB



Endereço

CEP 58330000	Município de residência JURIPIRANGA	Logradouro ANTENOR NAVARRO
Número SN	Complemento	Bairro CENTRO

Admissão

Data e Hora 09/06/2018 20:00:34	Número da pulseira 1000005172657	Convênio SUS
------------------------------------	-------------------------------------	-----------------

Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica
---------------------------------	---------

Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE
------------------------	--

Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS
------------------------	--	---------------------------------------

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
----------------------	-----------------------	---------------------------	---------------

Meio de transporte SAMU	Quem transportou
----------------------------	------------------

Sinais Vitais

PA _____ x _____ mmHg	Pulso	Temperatura
--------------------------	-------	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos Pele fofa, segue plausível de um trauma, segue plausível de trauma segue as	Assinatura Weima Carla G. Andrade Enfermeira CRM-PB 424.081
---	--

Diagnóstico Laceração	CD
--------------------------	----

Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA	Tempo 02min 12seg
---	----------------------

Imprimir

Pele negra uso de fraldas

Weima Carla G. Andrade
Enfermeira
CRM-PB 424.081
09-06-2018 20:03



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JANDIRA MACENA DA SILVA	BAE 1087352	Data/Hora Entrada 09/06/2018 20:00:34	Data Baixa
Data de nascimento 15/05/1983	Idade 35a 26d	Sexo Feminino	CNS 701007692217089
Mãe JOSEFA MACENA DA SILVA			Telefone de Contato (83) 987203654
Endereço ANTENOR NAVARRO, SN	Bairro CENTRO	Município JURUPIRANGA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RAIFF LEITE SOARES	Nº Cons. Regional 9350/PB
Data/Hora Classificação 09/06/2018 20:00:34		Data/Hora Prescrição 09/06/2018 22:05:41	

Anamnese

PACIENTE DÁ ENTRADA NESTE SERVIÇO PELA EQUIPE DO SAMU COM QUADRO DE QUEDA DE MOTOCICLETA, APRESENTANDO HÁLITO ETÍLICO, QUEIXA DE PERDA DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA E O NÃO USO DE CAPACETE. NEGA NÁUSEAS OU QUEIXA E DOR EM REGIÃO DE FACE E MSE.

A: FRANCHA RÍGIDA E COLAR CERVICAL. RESPIRANDO EM AR AMBIENTE.
 B: AUSÊNCIA DE SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA, AUSÊNCIA DE DOR TORÁCICA.
 C: HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, AUSÊNCIA DE SINAIS DE SANGRAMENTO ATIVO.
 D: ECG: 15, PUPILAS FOTORREAGENTES.
 E: DOR À PALPAÇÃO EM REGIÃO FACE COM ALGUMAS ESCORIAÇÕES; ANTEBRAÇO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO E DOR DE ALTA INTENSIDADE. AUSÊNCIA DE DOR A PALPAÇÃO DE ABDOMEN. SEM DÉFICIT MOTOR EM MMII.

CD: SOLICITO TC DE SEIOS DA FACE E CRÂNIO;
 RX DE ANTEBRAÇO ESQUERDO;
 AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA E BUCOMAXILO;
 ALTA DA CIRURGIA GERAL;
 TETANOGAMMA.

ORTOPEDIA

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM FRAATURA EXPOSTA DO ANTEBRAÇO ESQ.
 COND.: ANTIBIOTICOTERAPIA, AGUARDO ALTA DA NCR E BMF PARA ENCAMINHAR AO ORTOTRAUMA.

MEDICAÇÃO

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 14 DIA(S)

CID10

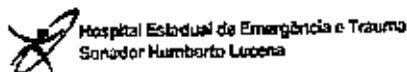
Código	Descrição
S52.5	Fratura da extremidade distal do rádio

Conduta

Em observação

JANDIRA MACENA DA SILVA

Dr. Raiff Leite Soares
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PB 9350
 Teff: 15943
 RAIFF LEITE SOARES
 (CRM: 9350/PB)



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

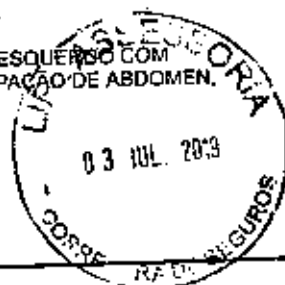
Paciente JANDIRA MACENA DA SILVA		SAE 1087382	Data/Hora Entrada 09/06/2018 20:00:34	Data Baixa
Data de nascimento 15/05/1983	Idade 35a 23d	Sexo Feminino	CNS 701007892217099	Telefone de Contato (83) 967203694
Mãe JOSEFA MACENA DA SILVA		Promotorio		
Endereço ANTENOR NAVARRO, SN		Bairro CENTRO	Município JURUPIRANGA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GLYVANDO CARNEIRO LEAL	Nº Cons. Regional 2489/PB	
Data/Hora Classificação 09/06/2018 20:00:34		Data/Hora Prescrição 09/06/2018 20:14:04		

Anamnese

PACIENTE DÁ ENTRADA NESTE SERVIÇO PELA EQUIPE DO SAMU COM QUADRO DE QUEDA DE MOTOCICLETA, APRESENTANDO HÁLITO ETÍLICO, QUEIXA DE PERDA DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA E O NÃO USO DE CAPACETE. NEGA NÁUSEAS OU QUEIXA E DOR EM REGIÃO DE FACE E MSE.

A: PRANCHA RÍGIDA E COLAR CERVICAL. RESPIRANDO EM AR AMBIENTE.
 B: AUSÊNCIA DE SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA, AUSÊNCIA DE DOR TORÁCICA.
 C: HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. AUSÊNCIA DE SINAIS DE SANGRAMENTO ATIVO.
 D: ECG: 15, PUPILAS FOTORREAGENTES.
 E: DOR À PALPAÇÃO EM REGIÃO FACE COM ALGUMAS ESCORIAÇÕES: ANTEBRAÇO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO E DOR DE ALTA INTENSIDADE. AUSÊNCIA DE DOR À PALPAÇÃO DE ABDOMEN. SEM DÉFICIT MOTOR EM MMIL.

CD: SOLICITO TC DE SEIOS DA FACE E CRÂNIO;
 RX DE ANTEBRAÇO ESQUERDO;
 AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA E BUCOMAXILO;
 ALTA DA CIRURGIA GERAL;
 TETANOGAMMA.



MEDICAÇÃO

TETANOGAMMA, ADMINISTRAR 1,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, D.O (MGTSM)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEdia

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEIOS DA FACE

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

CID10

Código	Descrição
S09.9	Traumatismo não especificado da cabeça

Conduta

Em observação

Dra. Monize Spazzapan Martins
 Médico Residente - Cirurgia Geral
 244-PB 11490
 GLYVANDO CARNEIRO LEAL
 (2489/PB)

JANDIRA MACENA DA SILVA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JANDIRA MACENA DA SILVA		BAE 1087352	Data/Hora Entrada 08/06/2018 20:00:34	Data Saída
Data de nascimento 16/05/1983	Idade 35a 26d	Sexo Feminino	CNS 701007892217099	Telefone de Contato (83) 987203694
Mãe JOSEFA MACENA DA SILVA				Prontuário
Endereço ANTENOR NAVARRO, SN		Bairro CENTRO	Município JURIPIRANGA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS		Nº Cons. Regional 9603/
Data/Hora Classificação 09/06/2018 20:00:34		Data/Hora Prescrição 10/06/2018 01:12:49		

anamnese

ORTOPEDIA

Paciente submetida a tratamento cirurgico com fixação de fratura exposta de ossos do antebraço E.

CD.: Intenção.

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6H POR 7 DIA(S)

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0.0 (MGTSM)

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, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 MG VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM)

Diluir

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA SUBLINGUAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD>110MMHG E/OU PAS>160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H, 0.0 (MGTSM)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, 0.0 (MGTSM) SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0)

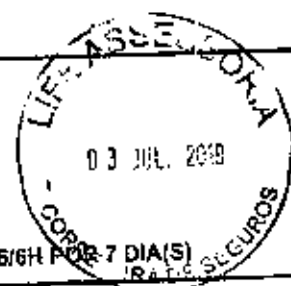
SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0.0 (MGTSM)

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

Bolusim registrado por: THAYANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 09/06/2018 20:02:47



Dr. Francinélcio Freitas
Médico
CRM-PB 96.13
CNS 203404579157800

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 8/8H, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: LENTO . SN)

Glulir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

HGT 8/6H8

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA

COAGULOGRAMA COMPLETO

Conduta

Retornar Paciente

JANDIRA MACENA DA SILVA

Dr Francinello Freitas
CRM: 703404578057800
FRANCINELLO DE SOUSA FREITAS
(CRM: 86037)





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES

MAIORES E CAPAZES

01/01/02

HEETSHL

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Mariana Oliveira de Siqueira

BE: 1037352



II - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1º - O presente Termo de Responsabilidade dispõe sobre direitos e deveres do paciente, do profissional da saúde e do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - HEETSHL;

§ 1º - O Hospital de Emergência e Trauma é uma unidade de saúde destinada a operacionalizar a gestão e execução das atividades e dos serviços de saúde de urgência e emergência em trauma e a assistência de pacientes portadores de patologias agudas e graves, sejam clínicas, (para um primeiro atendimento e posterior remoção para outro serviço conveniado), ou cirúrgicas (Poli traumatismo, Neurocirurgia, Traumatologia, Cirurgia Geral e demais subespecialidades relacionadas à mesma).

§ 2º - O Corpo Clínico responsável pela assistência integral ao paciente é composto por Médicos, Médicos-residentes, todos Profissionais da Saúde e Aprimorados, integrantes de Equipe Multiprofissional e profissionais médicos e de outras especialidades da saúde que cumprem a função de Preceptores ligados às diversas instituições de ensino do estado da Paraíba;

§ 3º O HEETSHL faz parte de uma rede de assistência da Secretaria de Estado da Saúde no sistema referência e contra referência. É de responsabilidade da equipe médica deste Hospital a indicação do encaminhamento para Remoção ou Transferência dos pacientes aqui admitidos para outras Instituições de Saúde de João Pessoa ou de outros municípios para continuidade do tratamento.

§ 4º É também de responsabilidade do HEETSHL, dentro das suas normas de funcionamento, o encaminhamento e acompanhamento do paciente por equipe profissional especializada para a realização de exames complementares fora das dependências da sua unidade.

III - DO RECONHECIMENTO E SALVAGUARDA DOS DIREITOS E DEVERES

Artigo 2º - O paciente será tratado por meios adequados e disponíveis, devendo a relação mútua entre profissionais da saúde e paciente ser baseada na dignidade e no respeito.

Artigo 3º - O profissional da saúde tem garantida a sua autonomia ao indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas.



HEETSHL
BRASILIA

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES

MAIORES E CAPAZES

HEETSHL

Artigo 11 - Após a alta médica, o paciente deverá deixar as dependências do HEETSHL no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, após as quais serão adotadas as medidas legais cabíveis.

Artigo 12- Após a internação a família do paciente ou o seu representante legal deverá resgatar os pertences de valor ou documentos deixados nesta unidade hospitalar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias e, no caso de vestuários e calçados, no prazo máximo de 02(dois) dias contados a partir da data de internação. Após este prazo, a instituição adotará as medidas legais cabíveis que entender necessárias para a destinação destes objetos.

Artigo 13 - O paciente ou o seu representante legal e os profissionais da saúde do HEETSHL poderão recorrer à Comissão de Ética Médica e à Comissão de Bioética, para esclarecer questões surgidas em decorrência da prestação das ações e dos serviços de atenção à saúde.

Observações:

O presente termo foi lido e achado conforme.

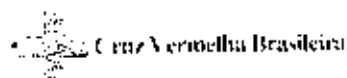


João Pessoa,

JARDIRA Marema da Silva

Paciente - RG

Representante Legal - RG



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

RUA PREFEITO JOAQUIM PESSOA PASSOS, S/N - JARDIM 13 DE MAIO
CNES: 1145623 - Tel: -

Impresso por: OLAVO
HOSTON GONCALVES
PEREIRA
Em: 29/06/2018 11:48:01

Paciente JANDIRA MACENA DA SILVA		Boletim de Atendimento 1087352	Data/Hora Entrada 09/06/2018 20:00:34	Data/Hora Saída
Data de nascimento 15/05/1983	Idade 35	Sexo Feminino	CNS 701007892217099	Prontuário 109228
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MÉDICA (OLAVO HOSTON GONCALVES PEREIRA - 29/06/2018 11:47:50)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ +/- 22 DIAS, CURSANDO FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO DIREITO COM BOA ABERTURA BUCAL. SEM PERDA DE PROJEÇÃO ÓSSEA E SEM QUEIXAS ESTÉTICAS.

CD:

- 1- AVALIAÇÃO E ORIENTAÇÃO BMF
- 2- RETORNO AMBULATORIAL (03/07/18)
- 3- ALTA DA BMF (ALTA HOSPITALAR)

Seção: HTOP - APARTAMENTO 01 Leito: LEITO 02
Profissional responsável pela Informação: OLAVO HOSTON GONCALVES PEREIRA

Número Conselho: 4143

ALTA MÉDICA

CD: 4143

ALTA MÉDICA

USUÁRIO:

TIAGO MARTINS FORMIGA

DATA E HORA:

27/06/2018 10:33:06

MOTIVO DE ALTA:

ALTA HOSPITALAR

CONDUTA:

PACIENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LuconaAV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454564 - Tel.: 8332165700GOVERNO
DA PARAÍBAImpresso por: MARCIA
FERNANDA DE ALMEIDA
GADELHA
Em: 22/06/2018 17:32:29

Paciente JANDIRA MACENA DA SILVA		Bolém de Atendimento 1087352	Data/Hora Entrada 09/06/2018 20:00:34	Data/Hora Saída
Data de nascimento 15/05/1983	Idade 35	Sexo Feminino	CNS 701007892217099	Prontuário 109228
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (MARCIA FERNANDA DE ALMEIDA GADELHA - 22/06/2018 17:31:37)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

clínica médica

paciente com cirurgia agendada para o dia 25-06 com exames de laboratório ok e com quadro clínico abaixo.
conduta : mantida

Sala: HTOP - APARTAMENTO 01 Leito: LEITO 02
Profissional responsável pela informação: MARCIA FERNANDA DE ALMEIDA GADELHA

Número Conselho: 4416



CS:612.ZZ1

Impresso por: MATHÉUS

GREENHO ENO 10

Em: 12/05/2018 10:14:19

Paciente	JANDIRA MACENA DA SILVA	Idade	35	Sexo	Feminino	CNS	701007892217099	Prontuário	109228	Plantão	DIURNO
Colônia de Atendimento	4087352	Data/Hora Entrada	09/06/2018 20:00:34	Obs/Hora Saída							
Tempo de Internação			SUS								
Data de nascimento			15/05/1983								

EVOLUÇÃO MEDICA (MATEUS MARINHO ENOMOTO - 12/06/2018 10:14:08)

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA

#FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

#EM USO DE FIDELIDADE COLTEC

#AVALIADO POR ESPECIALISTAS
PREJUDICADA POR LITIGAÇÃO ATÉ 10% MENOS.

#PACIENTE EVOLUI CLINICAMENTE BEM SEM COM COMORBIDADES.

#CD: MANUTENÇÃO
AGUARDA VAGA EM ENFERMIARIAS

Siglo: BLOCO - URPA ENF 41 Letto: LETO URPA - 3001
Professionista responsabile della informazione: MATTHEUS KASINHO LINDMOTO

Numero Consalho: 10204



 GOVERNO
DA PARAÍBAHospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaAV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700 GOVERNO
DA PARAÍBAImpresso por: PAULO
GERMANO DE CARVALHO
BEZERRA FALCAO
Em: 11/06/2018 11:25:21

Paciente JANDIRA MACENA DA SILVA	Boletim de Atendimento 1087352	Data/Hora Entrada 09/06/2018 20:00:34	Data Hora Saida
Data de nascimento 15/05/1983	Idade 35	Sexo Feminino	CNS 701007892217099
Tempo de Internação	Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (PAULO GERMANO DE CARVALHO BEZERRA FALCAO - 11/06/2018 11:25:21)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE RELATA TER SOFRIDO ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 02 (DOIS) DIAS. NEGA VOMITO E DESMAIO PÓS TRAUMA, ALERGIA MEDICAMENTOSA E DOENÇAS DE BASE

NO MOMENTO PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADA, NORMOCORADA, EUPNEICA, SEM SANGRAMENTO ATIVO EM FACE, AFEBRIL, EM MACA.

AO EXAME FÍSICO: MOVIMENTOS OCULARES + ACUIDADE VISUAL PRESERVADOS, MÚTIPLAS ABRASÕES EM FACE, DEGRAU ÓSSEO EM REBORDO INFRAORBITAL (D), BOA ABERTURA BUCAL, MOVIMENTOS MANDIBULARES PRESERVADOS OCLUSÃO MANTIDA.

TC: OBSERVA-SE FRATURA EM ZIGOMA (D) + FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO (D).

CD: 1-ORIENTAÇÕES 2-ACOMPANHAMENTO EM CONJUNTO COM A ORTOPEDIA

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 9001

Profissional responsável pela informação: PAULO GERMANO DE CARVALHO BEZERRA FALCAO

Número Conselho 3660



Nome: Jandira Maceira da Silva BE/Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____

Clinica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Osteossíntese do Rádio (D)

Cirurgião: Dr. Stefferson 1º Assistente: Dr. Luiz Portela

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Cassio Queiroga

Tipo de Anestesia: Alôprio + Geral Horário: Início ____:____: Término ____:____:

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura Rádio (D)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Osteossíntese do antebraço</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

Dr. Luiz Portela
Ortopedia-Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM-SP 66577/EOT 11185

João Pessoa, 25/06/18

Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE: **JANDIRA MACENA DA SILVA**

IDADE: **35** ANOS SEXO: **F** ENFERMAGEM: **ART 01102**

CIRURGIÃO: **DR. JOSE CARLOS DE SOUZA**

ANESTESIA: **PLEXO**

ANESTESISTA: **DR. ANA E DR. CAMILA QUEIROGA**

INSTRUMENTADOR: **DR. JOSE CARLOS DE SOUZA**

DATA: **11-05-2019** TEMPO CIRÚRGICO: **11:45h** ANESTESIA INÍCIO: **11:45h** FIM: **12:35h**

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST): **ASA 1**

GRUPO DE CONTAMINAÇÃO: **(1) LIMP (2) CONTAMINADA (3) INFECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA**

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL	1	JELCO Nº18	1	FIO CAT GLT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	1	JELCO Nº20	1	FIO CAT GLT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA	1	JELCO Nº22	1	FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA	1	JELCO Nº24	1	FIO DE AÇO Nº	
BRIDPERIDOL	1	KIT SIST DREN TUBÁRICA Nº	1	FIO DE NYLON Nº	3
ETOHIDATO	1	LÂMINA BISTURI Nº1	1	FIO DE NYLON Nº	1
FENOBARBITAL	1	LÂMINA BISTURI Nº15	1	FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	1	LÂMINA BISTURI Nº23	1	FIO POLIGLACTINA Nº	2
FLUMAZENIL	1	LÂMINA BISTURI Nº24	1	FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO	1	LÂMINA DE DERMATOMO	1	FIO POLIGLACTINA Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO	1	LÂMINA DE ENXERTO	1	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO	1	LÂMINA DE PROCEDIMENTO PAR	1	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO	1	AGULHA 13X4,5	1	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO	1	AGULHA 25X07	1	FIO POLIGLACTINA Nº	
MIDAZOLAM	1	AGULHA 25X08	1	FIO SEDA Nº	
MORFINA	1	AGULHA 40X12	1	FITA CARDIACA	
NIMBILIM	1	AGULHA PERIDURAL Nº16	1	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	1	AGULHA PERIDURAL Nº17	1	CATETER DE PIC	
PETIDINA	1	AGULHA PERIDURAL Nº18	1	CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL	1	AGULHA RAQUI Nº25G	1	CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAPIFENTANILA	1	AGULHA RAQUI Nº26G	1	FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO	1	AGULHA RAQUI Nº27G	1	FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO	1	ALGODÃO ORTOPÉDICO	1	FIO STENMAN Nº	
SUXAMETÔNIO	1	ATADURA DE CREPOM	1	FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL	1	ATADURA GESSADA	1	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	1	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	
ADRENALINA	1	CÂMLA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	1	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	
ÁGUA DESTILADA	1	CATETER DE OXIGÊNIO	1	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	
ATROPINA	1	CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº	1	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	
BEXTRA	1	CATETER EPIDURAL Nº16	1	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	
CEFAZOLINA	1	CATETER EPIDURAL Nº17	1	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	
DEXAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL Nº18	1	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	
CLORÍDIO DE SÓDIO	1	CERA PARA OSSO	1	SONDA NASOG CURTA	
CLORÍDIO DE SÓDIO	1	COLET. URINA FECHADO	1	SONDA NASOG LONGA	
CLORÍDIO DE SÓDIO	1	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1	SONDA URETRAL Nº	
GLICOSE 50%	1	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1	TORNEIRINHA	
GLUCONATO DE CÁLCIO	1	DRENO DE PENROSE	1	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
HIDROCORTISONA	1	DRENO DE SUÇÃO	1	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
LIDOCAÍNA GELÉIA	1	ELETRODOS	1	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
ONDASENTRONA	1	EQUIPO MACROGOTAS	1	TUBO SILICONE (LATEX)	
PLASIL	1	EQUIPO TRANSF SANGUE	1		
PROSTIGMINE	1	EQUIPO MICROGOTAS	1		
PROTAMINA	1	ESPONJA DE FVH	1		
TENOXICAN	1	ESPARADRAPO	1		
CISAPRACID	1	GAZES	1		
NEOSTIGMINA	1	GAZES ALGODADAS	1		
		GEL ELETROLÍTICO	1		
		JELCO Nº14	1		
		JELCO Nº16	1		

EMPRESA: **PMC CX-3.5**

PARAFUSOS CORTICIS Nº20 - 01

PARAFUSOS CORTICIS Nº14 - 01

PARAFUSOS CORTICIS Nº12 - 01

PARAFUSOS CORTICIS Nº10 - 01

PARAFUSOS CORTICIS Nº8 - 01

PARAFUSOS CORTICIS Nº6 - 01

PLACA DCP 8F - 01

EQUIPAMENTOS:

- () ASPIRADOR
- () BISTURI ELÉTRICO
- () CAPNOGRAFO
- () CARDIOMONITOR
- () DESFIBRILADOR
- () FOCO AUXILIAR
- () FOCO CENTRAL
- () MICROSCÓPIO
- () OXÍMETRO DE PULSO
- () Sonda Invasiva Invasiva
- () PERFURADOR ELÉTRICO
- () SERRA

CIRCUANTE: **Dr. José Carlos de Souza**

B. BRON - Agulha Bloq. Plexo 100/1mm - 01

Dr. José Carlos de Souza
Especialista em Cirurgia
COREN-PR 11.378



SUS

Sistema 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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H.T.O.P

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JORDIRA MACENA DA SILVA

1087352

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

10500

1

SEXO

F

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - 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

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TMC - Cx. 3,5

Placa Del 8F

PARAFUSO

CORTICAL

Nº 14 - 02

Nº 16 - 01

Nº 18 - 01

Nº 20 - 01

Nº 22 - 01

S. BRAUN - Agulha Bloq. Flexo 100 mm

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

Dr. Gustavo E. Medeiros
Ortopedista, Quadril
CRM-SP 123456

☐ CNS

☐ CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

☐ CNS

☐ CPF

25/06/18

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Pac em decúbito dorsal sob anestesia
- 2) Desepuração da pele
- 3) Asepsia e antiseptismo
- 4) Campos estéreis

Incisão:

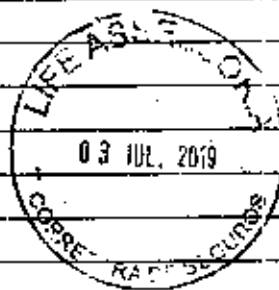
- 5) Incisão Volan
- 6) Dissecção por planos
- 7) Abordagem do foco de fratura

Achados:

- 8) Redução e fixação com placa DEL 8 furos e 6 parafusos corticais 3,5
- 9) Limpeza c/ SE 0,9%

Conduta:

- 10) Sutura
- 11) Curativooclusão
- 12) Ser perfuração distal



Fechamento:

Observação:

Dr. Luiz Portela
Ortopedia-Traumatologia
Cirúrgico de Coluna Vertebral
CRM-PB 68777 EOT 11185

João Pessoa, 25/06/19

Médico/CRM: _____

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO TAVARES REINH

06R-44

JOANDIRA MACENA DA SILVA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

7145987

EXPEDICAO 08.08.2002

DATA DE

JOANDIRA MACENA DA SILVA

198448

PEDRO MACENA DA SILVA e

JOSEFA MACENA DA SILVA

15.05.1983

Juripitanga-PB

Juripitanga-PB

CPF

LEI Nº 7.116 DE 28.08.83

ASSINATURA DO DIRETOR

BRASIL

VACINADO



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

057.044.524-85

Nome

JANDIRA MACENA DA SILVA

Nascimento

15/05/1983



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014205046983
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 CÔD. RENAVAM: 1033946947 R.N.T.R.C.: ***** EXERCÍCIO: 2018

NOME

ANTONIO SEVERINO MONTEIRO

ITAMBE-PE

CPF / CNPJ: 032.702.924-22

PLACA: PGG3141

PLACA ANT / UF: ***** / PE

CHASSI: 9C2HB0210FR424952

ESPÉCIE TIPO: PAS / MOTOCICLISTA

COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/POP100

ANO FAB: 2014 ANO MOD: 2015

CAR / POT / CIL: 22/97CL

CATEGORIA: PARTIC

COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA ÚNICA: IPVA 2018 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS: 1. *****

FAIXA IPVA: 1

PARCELAMENTO / COTAS: *****

2. *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): SEGURO PAGO

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

AL. FID. BANCO HONDA SA

ITAMBE

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

DATA: 23/04/18

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014205046983 BILHETE DE SEGURO DPVAT
ANTONIO SEVERINO MONTEIRO

55920-000

CASA ITAMBE-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 23/04/18

VIA: 1 CPF / CNPJ: 032.702.924-22 PLACA: PGG3141

RENAVAM: 1033946947 MARCA / MODELO: HONDA/POP100

ANO FAB: 2014 CAT. TAX: 09 Nº CHASSI: 9C2HB0210FR424952

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$): SEGURO PAGO

IOF (R\$)

TOTAL PRÊMIO (R\$)

PAGAMENTO

DATA DE COTAÇÃO

☐ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-34

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Jandira Macena de Silva
DATA DO ACIDENTE 03/07/2019 CPF DA VÍTIMA 057.044.564-85
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR Jandira Macena de Silva
Nº 564 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Centro
CIDADE Quatipiranga UF RS CEP 93330-000
E-MAIL _____ TELEFONE (83) 991925028

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

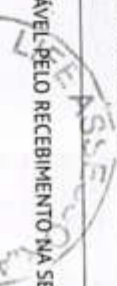
- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE - R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 03-07-2019 DATA 03 JUL. 2019
IDENTIDADE 914.59.84 NOME _____
ASSINATURA Jandira Macena de Silva ASSINATURA _____



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190408289 **Cidade:** Juripiranga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANDIRA MACENA DA SILVA **Data do acidente:** 09/06/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE COM FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES.
FRATURA DISTAL DO RÁDIO E DA ULNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RÁDIO E ULNA (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS), CONSERVADOR DE FACE E ALTA MÉDICA. PÁG 13 E 17

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos

complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0222667/19

Vítima: JANDIRA MACENA DA SILVA

CPF: 057.044.524-85

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 09/06/2018

Titular do CPF: JANDIRA MACENA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JANDIRA MACENA DA SILVA : 057.044.524-85

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: 03/07/2019
Nome: JANDIRA MACENA DA SILVA
CPF: 057.044.524-85

JANDIRA MACENA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/07/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA