

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2018

Aos Cuidados de: HERMES SANTANA MONTEIRO PEREIRA
Nº Sinistro: 3180113428
Vitima: HERMES SANTANA MONTEIRO PEREIRA
Data do Acidente: 07/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180113428**.

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



Rio de Janeiro, 20 de Março de 2018

Aos Cuidados de: HERMES SANTANA MONTEIRO PEREIRA

Nº Sinistro: 3180113428

Vitima: HERMES SANTANA MONTEIRO PEREIRA

Data do Acidente: 07/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180113428**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **07/07/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site www.seguradoralider.com.br, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

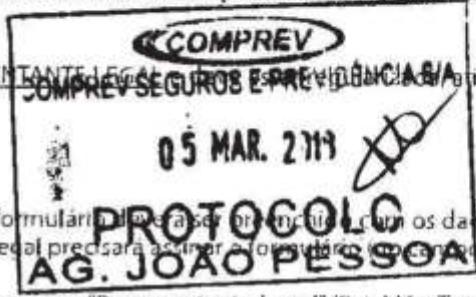
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, com a documentação comprovante, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").



Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

219.643.003 - 04

Nome completo da vítima

Hermes Santana Monteiro P.

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Hermes Santana Monteiro Pemeira	219.643.003-04	Recepcionista
Endereço	Número	Complemento
Av. Cruz das Almas	3360	
Bairro	Estado	CPF
Olímpico	PB	58087-000
Email	Telefone (DDD)	
seladvogados@gmail.com		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência jurídica a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Seque, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

BRADESCO (337) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA N.º: DV: CONTA N.º: DV:
 (Inserir dígitos de verificação)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Nome	NR.
BRASIL		001
AGÊNCIA N.º:	DV:	CONTA N.º:
1636	5	94.131
(Inserir dígitos de verificação)		7

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 15 de FEVEREIRO de 2018
 Local e Data

Hermes Santana Monteiro Ferro
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00220.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00220.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:59 horas do dia 01 de fevereiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigacao, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu Hermes Santana Monteiro Pereira, CPF nº 219.643.003-04, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Assistente de Laboratório, filho(a) de Maria Monteiro Pereira e José Ribamar Pereira, natural de Coelho Neto/MA, nascido(a) em 10/05/1964 (53 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Cruz das Armas, Nº 3360, bairro Oitizeiro, tendo como ponto de referência Feira de Oitizeiro, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99657-4221.

Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida Cruz das Armas, nº 3360, Feira de Oitizeiro, João Pessoa/PB, bairro Oitizeiro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/07/17 18:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

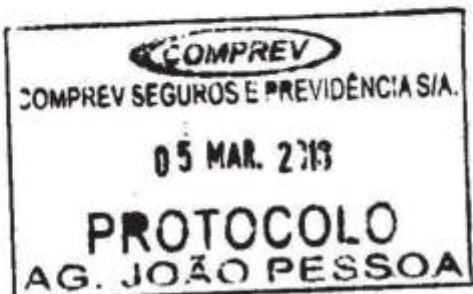
QUE, segundo o notificante, no dia 07/07/2017, por volta das 18:20 horas, quando saia de casa para comprar um botijão de gás, precisamente na AV. Cruz das Armas, e ao tentar atravessa a mesma AV de um lado para o outro, um veículo, marca e modelo, Palio/FIAT de cor preta de placa: NPT 9696/PB, não sabendo identificar o condutor do mesmo; QUE segundo o notificante este atropelou ao notificante; QUE, devido ao impacto o mesmo veio ao solo e se lesionando, sendo resgatado pelo corpo de bombeiro, para o hospital de Emergência e trauma Senador Humberto Lucena, conforme laudo médico, datado de 30/11/2017, assinado pelo médico: José de Almeida Braga CRM- 2329/PB. Não quer representar criminalmente.

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 fevereiro de 2018.

JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigacao

HERMES SANTANA MONTEIRO PEREIRA
Noticiante



Procedimento Policial: 00220.01.2018.1.00.420

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Hermes Santana Monteiro Pereira

CPF da Vítima:

219.643.003-04

Data do Acidente

04/07/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante Legal

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo no Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica as custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões. **COMPREV** (assinatura) 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

05 MAR. 2019

**PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA**

João Pessoa, 15 de Fevereiro de 2018

Local e Data

Hermes Santana Monteiro Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONÇALVES - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1012277



Identificação do paciente

ID 1188174	Nome HERMES SANTANA MONTEIRO PEREIRA			Sexo Masculino
Data de nascimento 10/05/1964	Idade 53 anos 1 mes 27 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA MONTEIRO PEREIRA	Pai JOSE RIBAMAR PEREIRA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) PERIVALDO DE SANTANA DA SILVA PEREIRA - FILHO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 998637113	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 640402	Nº Cns 708405748543184		
Local de procedência OTIZÉIRO	Tipo BAIRRO			UF PB
Email	Naturalidade COELHO NETO	CBOR		

Endereço

CEP 58087000	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB	Logradouro CRUZ DAS ARMAS - DE 2204/2205 AO FIM
Número 3380	Complemento	Bairro OTIZÉIRO	

Admissão

Data e Hora 07/07/2017 19:22:13	Número da pulseira 100004684953	Convênio SUS
------------------------------------	------------------------------------	-----------------

Especialidade
CIRURGIA GERAL

Classificação de risco

Caráter de atendimento

Motivo do atendimento
ATROPELAMENTOOrigem do paciente
RUADetalhe do acidente
VEICULO X PEDESTRE

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trema Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

Sinais Vitais

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

Exames complementares

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

Dados clínicos

Isaias J. Santiago de Souza Enfermeiro COREN-PB 500757						
Diagnóstico	CID					

Atendido por
AURINEIDE QUEIROGA DANTAS

Imprimir

COMPREV www.comprev.com.br	COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
05 MAR. 2019	
PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA	

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Informe para sempre, pagamento via conta bancária na fatura mensal. N° 001.398.132



U.E. ENERGISA, EIRELI/PE/001398132
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-000
CNPJ 08.096.193 / 0501-40 Insc. Est. 16.015.823-0

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/515436-4

DADOS DO CLIENTE
CICERO NAZARENO DOS SANTOS
AV CRUZ DAS ARMAS 3380
JOÃO PESSOA

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

JAN/2018

29/01/2018

106

05/02/2018

R\$ 81,41

Acesse: www.energisa.com.br



CICERO NAZARENO DOS SANTOS

Rotativo: 18-002-527-6050

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 05/02/2018

VENCIMENTO

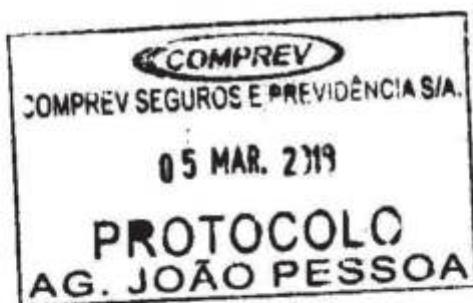
TOTAL A PAGAR

MATRÍCULA

05/02/2018

R\$ 81,41

515436-2018-01-2



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Referência para saque no pagamento da fatura descontada da energia elétrica N° 001.399.129



ALTA INTEGRACAO, PREÇOS BAIXOS
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-688
CNPJ 09.993.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.016.823-4

DADOS DO CLIENTE

IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE
AV CRUZ DAS ARMAS 2528 L 04
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/517979-1

REFERÊNCIA
JAN/2018

APRESENTAÇÃO
29/01/2018

CONSUMO

528

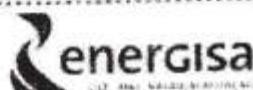
VENCIMENTO

05/02/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 422,23

Acesse: www.energisa.com.br



DETALHE AQUI

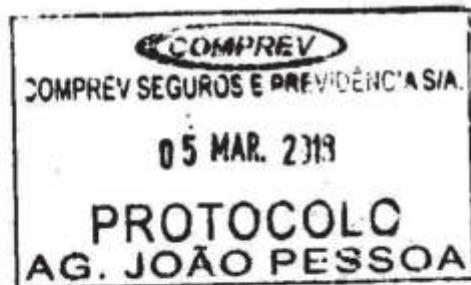
IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE

Rotativo: 18-002-632-9240

83660000004-3 22230149000-9 05179792018-1 01900002019-8



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
05/02/2018	R\$ 422,23	517979-2018-01-9



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

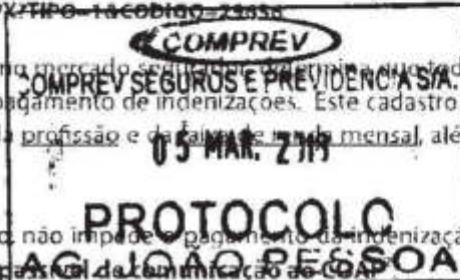
<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29858>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurado, estabelece que 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 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 COAF.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.



Pelo exposto, eu IZABELA Ribeiro de Siqueira Freitas inscrito (a) no CPF 081.593.634 / 60, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário HERMES SANTANA MONTEIRO PEREIRA inscrito (a) no CPF sob o N° 219.643.003 / 04, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima HERMES SANTANA MONTEIRO PEREIRA inscrito (a) no CPF sob o N° 219.643.003 / 04, 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 a 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	Av. Cruz das Armas		Número	Complemento
Bairro	OFITIZETRO	Cidade	2528	
Email			Estado	CEP
	sefadvogados@gmail.com		PB	58087-000

Telefone comercial (DDD)

Telefone celular (DDD)

83998719.3539

83-98637.7632

Local e Data:

J. Ribeiro de Siqueira de 2018

Assinatura do Declarante

Isabela Ribeiro de Siqueira, F. Freitas



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	HERMES SANTANA MONTEIRO PEREIRA
DATA DE NASCIMENTO	10/05/64
NOME DA MÃE	MARIA MONTEIRO PEREIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.012.277
DATA DO ATENDIMENTO	07/07/17
HORA DO ATENDIMENTO	19:22
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ATROPELAMENTO
DIAGNÓSTICO (S)	CONTUSÃO EM COXA DIREITA
CID 10	S70.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de atropelamento(sic), com trauma em coxa direita, referindo dor, edema em no MID. Abdome, sem queixas. Glasgow 15. RX: sem sinais de fraturas.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de coxa direita

RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem alterações.

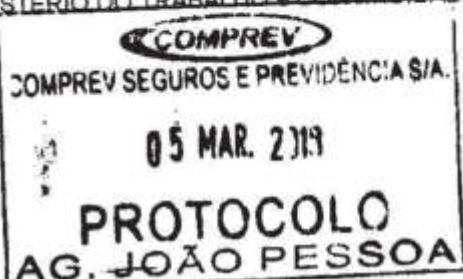
TRATAMENTO:

Atendimento inicial.

ALTA HOSPITALAR:	07/07/17
DATA DA EMISSÃO:	30/11/17

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, 69 - PEDRO GONÇALVES - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1012277

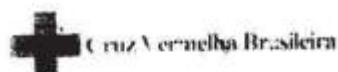


Identificação do paciente			
ID 1188174	Nome HERMES SANTANA MONTEIRO PEREIRA		Sexo Masculino
Data de nascimento 10/05/1964	Idade 53 anos 1 mes 27 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARIA MONTEIRO PEREIRA		Pai JOSE RIBAMAR PEREIRA	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) PERVALDO DE SANTANA DA SILVA PEREIRA - FILHO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 996637113	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 640402	Nº Cns 708406748643164	
Local de procedência OTTIZEIRO		Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade COELHO NETO	CBOR	
Endereço			
CEP 58087000	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CRUZ DAS ARMAS - DE 2204/2205 AO FIM
Número 3360	Complemento	Bairro OTTIZEIRO	
Admissão			
Data e Hora 07/07/2017 19:22:13	Número da pulseira 100004684953	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica		
Classificação de risco		Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente VEICULO X PEDESTRE	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	P脉	Temperatura	
Exames complementares			
Ralo X []	Sangue []	Urina []	TE []
Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []	
Dados clínicos <i>paciente conforme o de atropelamento</i>			
Diagnóstico	CID		
Atendido por AURINEIDE QUEIROGA DANTAS	Tempo 07/07/2017 19:22:13		

Imprimir

Tempo
07/07/2017 19:22:13

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
05 MAR. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente HERMES SANTANA MONTEIRO PEREIRA	BAE 1012277	Data/Hora Entrada 07/07/2017 19:22:13	Data Baixa
Data de nascimento 10/05/1964	Idade 53	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 996637113
Mãe MARIA MONTEIRO PEREIRA			Prontuário
Endereço CRUZ DAS ARMAS - DE 2204/2205 AO FIM, 3360	Bairro OITIZERO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional INDALECIO PACELLI FERNANDES	Nº Cons. Regional 6827/PB
Data/Hora Classificação 07/07/2017 19:22:13		Data/Hora Prescrição 07/07/2017 22:29:15	

Anamnese

PACIENTA VITIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA EM COXA DIREITA REFERINDO DOR, EDEMA MODERADOS E ESCORIAÇÕES LOCAIS AO EFO: BEG DOR A PALPAÇÃO DA COXA DIREITA RX COXA SEM FRATURAS HC: CONTUSÃO DA COXA D CONDUTA: AINES AGORA E PARA CASA CRIOTERAPIA ALTA DA ORTOPEDIA

MEDICAÇÃO

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

CID10

Código	Descrição
S70.1	Contusão da coxa

Conduta

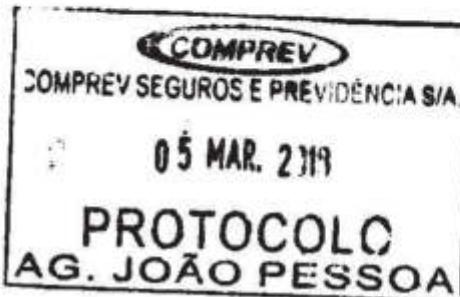
Alta médica

Dr. Indalecio Pacelli Fernandes
07/07/2017 - Traumatologista
Clínica do Joelho
CRM 6827 TECF 14747

INDALECIO PACELLI FERNANDES
(6827/PB)

HERMES SANTANA MONTEIRO PEREIRA

Indalecio Fernandes
Traumatologista
CRM 6827



Comunicação
Secretaria de Estado da Saúde

Protocolo Ficha 1 - J - 07/07/2017 22:29:15



GOVERNO
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Data Prescrição
HERMES SANTANA MONTEIRO PEREIRA	10/05/1964	53	MASCULINO	1012277	07/07/2017 22:29:15
Motivo do Atendimento	Setor	Posto de Trabalho	Leito	Prescrição válida a	07/07/2017 22:29:15

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

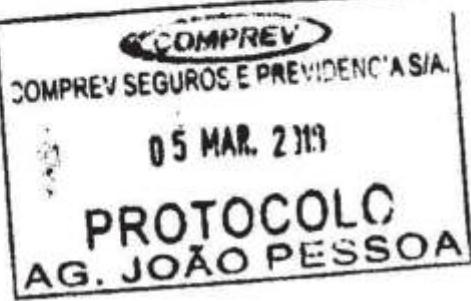
Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aprazamento
1 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.		AGORA		

07 de Julho de 2017

INDALECIO PACELLI FERNANDES
CRM: 6827

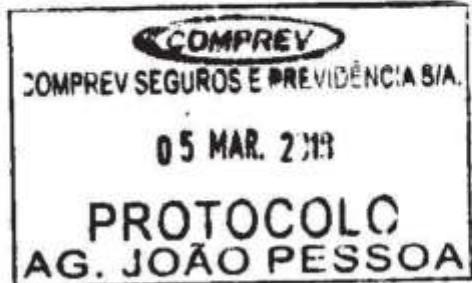
Dr. Indalecio Pacelli Fernandes
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
Cirurgia de Articulações e Carimbo do Profissional
CRM 6827

Doce profeno 100 mg - 03



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome	HERMÉS SANTANA MONTEIRO PEREIRA	
Data de	Nº Boletim Emergência 1012277	Prontuário
Material a examinar	<p>EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA</p> <p>Dr. José Matos 033 Hospital João Ramalho Assinatura</p>	



07 de Julho de 2017



Cruz Vermelha Brasileira
Salvador Huniferno Lucena



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Salvador Huniferno Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Data Prescrição
HERMES SANTANA MONTEIRO PEREIRA	10/05/1964	53	MASCULINO	1012277	07/07/2017 19:38:36
Motivo do Atendimento	Setor	Posto de Trabalho	Leito		Prescrição válida a
ATROPELAMENTO					07/07/2017 19:38:36

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

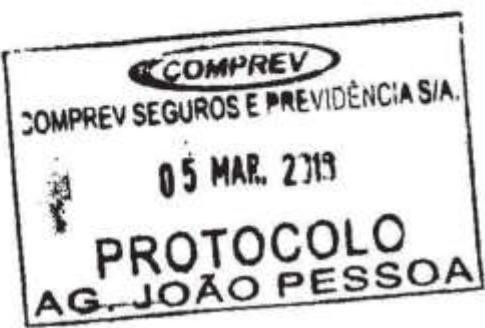
Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Patologia	orientação de uso	Apresentação
1 Solução Ringer Lactato 500ml	1000,0	ML		E.V.		AGORA		
2 PARECER ORTO	0,0	ML		E.V.				

07 de Julho de 2017

JOSE MANGUEIRA RAMALHO
Assinatura e Carimbo do Profissional

JOSE MANGUEIRA RAMALHO

CRM: 1399





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700

Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR.(A)
HERMES SANTANA MONTEIRO PEREIRA

RG (IDENTIDADE)

640402

FOI ATENDIDO (A) POR INDALECIO PACELLI FERNANDES

DO (A) HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA

NO DIA **07/07/2017 22:28:47** , NECESSITANDO DE **3** - **TRES**

DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: PACIENTE SOLICITOU QUE NÃO FOSSE ADICIONADO AO ATESTADO O(S) CID(S) :

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

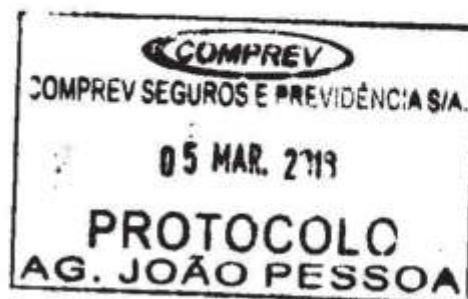
ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTÓLOGO

(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO
ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE 23/01/84,
E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

Dr. Indalecio Pacelli Fernandes
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
INDALECIO PACELLI FERNANDES
(6827/PB) CRM 6827 TEOT 1624





MATRIZ

Av. Dom Pedro II, 690 - centro - João Pessoa - PB
Fones: (83) 322-3307 / 3221-3661

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do interessado, que o Sr.(a) Herminio Sírias
Manoelino Perreira foi submetido à tratamento médico nesta data,
por motivo de doença CID Nº S22.5
Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades laborativas por um período de
30 dias (10) a partir desta data.

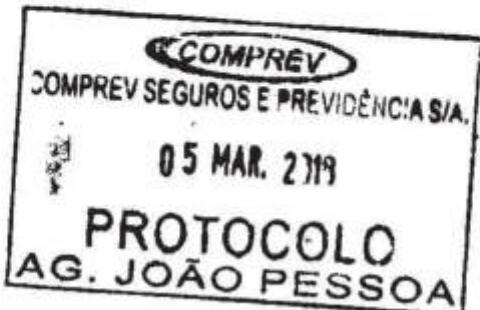
João Pessoa-PB: 29/03/07

Assinatura, carimbo e CRM

AUTORIZAÇÃO

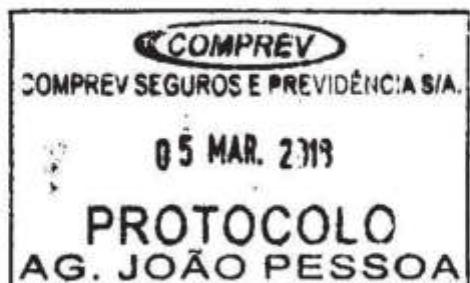
Autorizo o (a) Dr. (a) _____
a registrar o diagnóstico codificado pela CDI ou por extenso neste atestado médico.
Resolução CFM 1819/2007

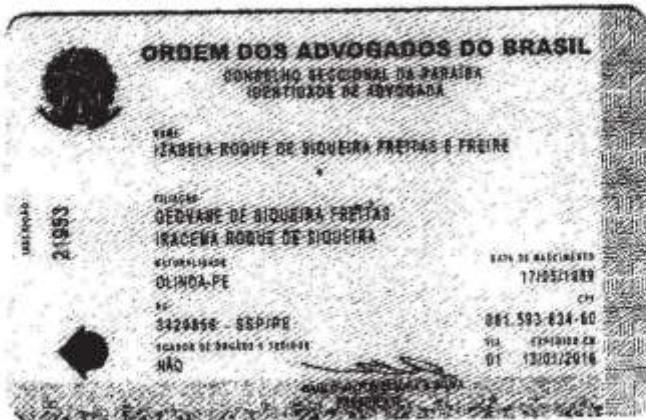
Assinatura do Paciente ou Responsável





Serviço Registral Marques Costa - 11º Ofício Cláudia Cristina Lima Marques
Técnica
 Autentico esta fotocópia reprodução fiel da original. Dou fé.
 João Pessoa, 10/07/17 * Selo Digital ADM28470-S748 *
 Para autenticidade em <https://selodigital.tabelionato.jus.br>
 Fone: (83) 3235-5609 - e-mail: smc1@hotmail.com - CNPJ 11.983.315.0001-93
AA211163





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180113428 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HERMES SANTANA MONTEIRO PEREIRA **Data do acidente:** 07/07/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Contusão em coxa direita

Resultados terapêuticos: Resolução completa, sem evidência de limitação insusceptível a terapêutica ou mecanismo de trauma que acarrete prejuízo funcional parcial/total a vítima.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Segundo a documentação médica disponível não há lesões e/ou sequelas indenizáveis nos moldes previstos pela legislação vigente.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: HERMES SANTANA MONTEIRO PEREIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** Casado
PROFISSAO: Ass. de LABORATÓRIO **Nº DO RG:** 02359818757
ÓRGÃO EMISSOR: DETRAN PB **DATA DE EMISSÃO:** 28/03/2017
Nº CPF: 219.643.003-04 **ENDEREÇO:** Av CRUZ DAS ARMAS
112 3360 - 0117-000 - JOÃO PESSOA PB - 58087-000

OUTORGADO: IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE

NACIONALIDADE: BRASILEIRA **ESTADO CIVIL:** CASADA **PROFISSÃO:** ADVOGADA Nº DA OAB/PB: 21953, **DATA DE EMISSÃO:** 13/01/2016, **Nº CPF:** 08159363460 **ENDEREÇO:** Avenida CRUZ DAS ARMAS, 2528, JOÃO PESSOA/PB, CEP Nº 58087-000.

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário HERMES SANTANA MONTEIRO PEREIRA, a quem tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

JOÃO PESSOA/PB, 11 de NOVEMBRO de 2017.



Hermes Santana Monteiro Pereira

Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

