

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PE Nº 014802405673
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLA 105.655.424-87 EXERCÍCIO 2019

SERGIO ROBERTO FERREIRA DA SILVA

DOM JARDIM

PLACA 105.655.424-87

PLACA ANT. 105.655.424-87

PAS (MOTORISTA) COMUTATIVEL ALTO (1.500)

MARCA/MODELO BOMBA/INSTRUMENTOS ESDO ANO FAB 2015 ANO MOD 2015

CAP/POT/CL 22/162CL CATEGORIA PARTIC COR PRD DOMINANTE PK.2A

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS

IFVA 2019 1 2 3

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 20 115.655.424-87 DATA DE PAGAMENTO 08/02/19

OBSERVAÇÕES SEM RESERVAÇÃO DE COTA UNICA 2

DOM JARDIM 17/02/19

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

PE Nº 014802405673 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SERGIO ROBERTO FERREIRA DA SILVA
PLACA 105.655.424-87 55730-000
DOM JARDIM PECE JARDIM-ES

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 2019 DATA EMISSÃO 17/02/19

VIA 1 CPF/CNPJ 55.655.424-87 PLACA 105.655.424-87

RENAVAM 105.655.424-87 MARCA/MODELO BOMBA/INSTRUMENTOS ESDO

ANO FAB 2015 DATA 09 Nº CHASSI 9C2EDUB10R152791

PRÊMIO TARIFÁRIO PRÊMIO (R\$) 4,01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 406,06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,01 COTA UNICA 2019

PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO DATA DE OUTAÇÃO 17/02/19

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.008/0001-04

EM CASO DE DANOS O BILHETE DPVAT
SERÁ VALIDADO EM QUALQUER POSTO DE TRÂNSITO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190637766

Cidade: Queimadas

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES

Data do acidente: 16/07/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: contusão de joelho esquerdo

Descrição do exame físico: vítima com mobilidade e força do joelho esquerdo preservados, sem déficit na marcha.

Resultados terapêuticos: tratamento conservador com imobilização local, fisioterapia.
Evoluiu sem complicações. Alta médica

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 03/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros



ASL-0399639/19

Vítima: JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES

CPF: 936.048.744-91

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/07/2019

Titular do CPF: JAIDETE MARIA DA SILVA
SOARES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
OUT
Outros

JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES : 936.048.744-91

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: 13/11/2019

Nome: JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES
CPF: 936.048.744-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019

Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES

JULIANA MARQUES RODRIGUES

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ **INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ **DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)** ☐ **MORTE**

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Jaidete Maria da Silva Soares
Data do Acidente: 16/07/19 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 936.048.744-91

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - ☒ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML - ☐ Sim ☒ Não - original ou cópia autenticada
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovações das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): Jaidete Maria da Silva Soares
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 936.048.744-91
E-mail: clayde.marques@yahoo.com.br Tel.: (81) 9.9993-2863
Data: 06/11/2019 Assinatura: Jaidete Maria da Silva Soares

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AC BOM JARDIM
Atendente: JOY ELAINE AGUIAR Matrícula: 5531707
Data: 06/11/19 Assinatura: [Assinatura]



VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1420999901

NOME
JARBAS FERREIRA DE ARRUDA FILHO C.P.



DOC. IDENTIDADE / ORD. EMISSÃO / UF
36116 PM PE

CPF DATA NASCIMENTO
687.340.774-72 24/09/1969

RELACIONAMENTO
**JARBAS FERREIRA DE
ARRUDA
MARIA JOSE DA SILVA**

PERMISSÃO RACIAIS CAT. RACIAIS
AB

Nº REGISTRO VALIDEZ C.º HABILITAÇÃO
01834591969 30/01/2022 16/10/1995

OBSERVAÇÕES
Sem observações

PROIBIDO PLASTIFICAR
1420999901

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO
CARDUARU - PE 01/02/2017

Assinatura do Chefe de Polícia
**98251045006
PT076812030**

PERNAMBUCO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190637766

Cidade: Queimadas

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES

Data do acidente: 16/07/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: contusão de joelho esquerdo

Descrição do exame físico: vítima com mobilidade e força do joelho esquerdo preservados, sem déficit na marcha.

Resultados terapêuticos: tratamento conservador com imobilização local, fisioterapia.
Evoluiu sem complicações. Alta médica

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 03/12/2019

Conduta mantida:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190637766 **Cidade:** Queimadas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES **Data do acidente:** 16/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @10 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190637766 **Cidade:** Queimadas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES **Data do acidente:** 16/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @10 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190637766**

Nome do(a) Examinado(a): **JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES**

Endereço do(a) Examinado(a):

R MANOEL JOSE PESSOA, 77 - São Sebastião - Surubim - PE - CEP 55750-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**sds** / **PE**] **4900910**

Data e local do acidente: [**16/07/2019**] **Queimadas, PB**

Data e local do exame: [**03/12/2019**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

contusão de joelho esquerdo

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

vítima com mobilidade e força do joelho esquerdo preservados, sem déficit na marcha.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

tratamento conservador com imobilização local, fisioterapia. Evoluiu sem complicações. Alta médica

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☐] Sim [☒] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

(X) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190637766

Vítima: JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES

Data do Acidente: 16/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES

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, 26 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190637766

Vítima: JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES

Data do Acidente: 16/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190637766

Vítima: JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES

Data do Acidente: 16/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DADS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

936.048.744-91

Nome completo da vítima:

Jaidete Maria da Silva Soares

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

Nome completo:

Jaidete Maria da Silva Soares

CPF:

936.048.744-91

Profissão:

Garçone

Endereço:

Rua Manoel José Pessoa

Número:

77

Complemento:

Bairro:

São Sebastião

Cidade:

Surubim

Estado:

PE

CEP:

55.750-000

E-mail:

Cleyde.marcos@yahoo.com.br

TEL (DDD):

051-9.9993-2863

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☒ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1895

CONTA:

18575

2

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, quitação total do valor recebido.

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIVI) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Boim Jardim 06 de novembro/2011

Nome:

Jaidete Maria da Silva Soares

CPF:

936.048.744-91

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Autorização de pagamento



2ª Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Ass

PEDIDO DO SEGURO PRIVAT



Exercício (do ano) de cobertura: ☐ ANTES DE 2000 ☐ 2000 ☐ 2001 ☐ 2002 ☐ 2003 ☐ 2004 ☐ 2005 ☐ 2006 ☐ 2007 ☐ 2008 ☐ 2009 ☐ 2010 ☐ 2011 ☐ 2012 ☐ 2013 ☐ 2014 ☐ 2015 ☐ 2016 ☐ 2017 ☐ 2018 ☐ 2019 ☐ 2020 ☐ 2021 ☐ 2022 ☐ 2023 ☐ 2024 ☐ 2025 ☐ 2026 ☐ 2027 ☐ 2028 ☐ 2029 ☐ 2030

Nome completo: _____
 Nº do seguro ou VLT: _____
 Data de validade: _____
 Nome completo da esposa: _____

Endereço:	Cidade:			Estado:	CEP:
País:	UF:				

Declaração, sob as penas da lei, de que as informações acima são verdadeiras e corretas. (ANEXAR CÓPIA)

Valor mensal: ☐ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 2.000,00 ☐ R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 4.000,00 ☐ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 6.000,00 ☐ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 8.000,00 ☐ R\$ 9.000,00 ☐ R\$ 10.000,00

DADOS PESSOAIS DO SEGURADO E DO BENEFICIÁRIO

Nome do titular:	Nome do beneficiário:
CPF:	CPF:
Idade:	Idade:
Sexo:	Sexo:
Profissão:	Profissão:

Declaração, sob as penas da lei, de que as informações acima são verdadeiras e corretas. (ANEXAR CÓPIA)

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE OUTROS SEGUROS

Declaro, sob as penas da lei, que não possui nenhum outro seguro de vida em vigor, seja em nome próprio ou em nome de terceiros.

Declaro, sob as penas da lei, que não possui nenhum outro seguro de vida em vigor, seja em nome próprio ou em nome de terceiros.

Declaro, sob as penas da lei, que não possui nenhum outro seguro de vida em vigor, seja em nome próprio ou em nome de terceiros.

Declaro, sob as penas da lei, que não possui nenhum outro seguro de vida em vigor, seja em nome próprio ou em nome de terceiros.

Declaro, sob as penas da lei, que não possui nenhum outro seguro de vida em vigor, seja em nome próprio ou em nome de terceiros.

Declaro, sob as penas da lei, que não possui nenhum outro seguro de vida em vigor, seja em nome próprio ou em nome de terceiros.

Declaro, sob as penas da lei, que não possui nenhum outro seguro de vida em vigor, seja em nome próprio ou em nome de terceiros.

Declaro, sob as penas da lei, que não possui nenhum outro seguro de vida em vigor, seja em nome próprio ou em nome de terceiros.

Declaro, sob as penas da lei, que não possui nenhum outro seguro de vida em vigor, seja em nome próprio ou em nome de terceiros.

Declaro, sob as penas da lei, que não possui nenhum outro seguro de vida em vigor, seja em nome próprio ou em nome de terceiros.

Declaro, sob as penas da lei, que não possui nenhum outro seguro de vida em vigor, seja em nome próprio ou em nome de terceiros.

Declaro, sob as penas da lei, que não possui nenhum outro seguro de vida em vigor, seja em nome próprio ou em nome de terceiros.

Declaro, sob as penas da lei, que não possui nenhum outro seguro de vida em vigor, seja em nome próprio ou em nome de terceiros.

Declaro, sob as penas da lei, que não possui nenhum outro seguro de vida em vigor, seja em nome próprio ou em nome de terceiros.

Declaro, sob as penas da lei, que não possui nenhum outro seguro de vida em vigor, seja em nome próprio ou em nome de terceiros.

Declaro, sob as penas da lei, que não possui nenhum outro seguro de vida em vigor, seja em nome próprio ou em nome de terceiros.

Declaro, sob as penas da lei, que não possui nenhum outro seguro de vida em vigor, seja em nome próprio ou em nome de terceiros.



Conta Poupança



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE QUEIMADAS,
Rua José Braz de França, 70 - Centro - Queimadas - 58475-000 - (83)3392-2611

tp

OCORRÊNCIA Nº 000117/19

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000117/19 registrada em 24/09/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e quatro dias do mês de setembro do ano de 2019, nesta cidade de Queimadas, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE QUEIMADAS, quando encontrava-se presente a Bela. JULIANA FERNANDA BRASIL BARBOSA BRUCE, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 10:58 horas, compareceu a Sra. JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES, com 43 anos de idade, filha de NÃO DECLARADO e MARIA JOSÉ DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de BOM JARDIM - PE, Viúva, escolaridade Médio Completo, profissão GARÇONETE, portadora da Cédula de Identidade Nº 4900910, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 93604874491, residindo à rua MANOEL JOSÉ PESSOA, 77, bairro CENTRO, na cidade de SURUBIM - PE, celular 9 9605-7898.

Declarou que:

NO 16 DE JULHO DO CORRENTE ANO, POR VOLTA DAS 11:40, VIAJAVA COM SEU IRMÃO EM UMA MOTOCICLETA HONDA MODELO NXR 160, DE PLACA: PCM-6446/PE, CHASSI: 9C2KD0810FR452791, DA CIDADE DE SURUBIM/PE PARA CAMPINA GRANDE/PB, ONDE NA OCASIÃO, NA ALTURA DO SÍTIO PEDRA DO SINO, NESTA CIDADE DE QUEIMADAS, NA BR 104, COLIDIRÃO COM UM CACHORRO QUE ATRAVESSOU EM FRENTE À MOTOCICLETA, O QUE OCASIONOU A QUEDA DE AMBOS, E QUE A DECLARANTE FERIU O JOELHO, SENDO POSTERIORMENTE SOCORRIDA POR PARTICULARES E LEVADA A UNIDADE HOSPITALAR DESTA MUNICÍPIO, NADA MAIS DECLAROU. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou fé.

Queimadas, Terça-feira, 24 de Setembro de 2019

Jaideete Maria da Silva Soares
JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES

Declarante

José Eudes de Lima
JOSÉ EUDES DE LIMA - AGENTE OPERACIONAL

Escrivão

Boletim de ocorrência



Declaração de inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jaidete Maria da Silva SoaresRG nº 4.900.910 data de expedição 08/09/2015 Órgão SDS/PE

CPF nº 936.048.744-91, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Manoel José Pessoa</u>
Número	<u>77</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>São Sebastião</u>
Cidade	<u>Surubim</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55.750-000</u>
Telefone de Contato	<u>081-99993-2863</u>
E-mail	<u>cleyde.marques@yahoo.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Bom Jardim, 05 de Novembro de 2019.Assinatura do Declarante: Jaidete Maria da Silva Soares

ATENDIMENTO: RUA MARIO ESTANISLAU - NUM. - 00005 - SAO SEBAS
TIAO SURUBIM PE 55750-000

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 24559335 Out/2019	
ARNALCIANDRO NASCIMENTO DOS SANTOS			
R MANOEL JOSE PESSOA 00077 - SAO SEBASTIAO SURUBIM PE 55750-000			
INSCRIÇÃO: 145.730.195.1020.000 GRUPO: 5 DEB. AUTOMÁTICO: 024519335			
SITUAÇÃO AGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO A12U216040	DATA LEIT. ANTERIOR 27/09/2019	DATA LEIT. ATUAL 28/10/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) MÉDIA MD

AGUA:

LEIT ANT: 304

CONSUMO: 6

LEIT ATU:

TAXA MÍNIMA

LEIT FAT: 314

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

09/2019 07
08/2019 06
07/2019 05
06/2019 06
05/2019 05
04/2019 06
MÉDIA: 06

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	60	63	62
COR APARENTE	60	63	35
CORO RESIDUAL	60	63	63
COLIF. TOTAIS	60	63	53
E. COLI	60	63	63

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

CONSUMO

TOTAL (R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

6 M3

44,08

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
IPH	44,08	1,65	0,73
COPONS	44,08	7,60	3,35

VENCIMENTO: 08/11/2019

TOTAL A PAGAR: 44,08

MENSAGEM:



82890000000-8 44080818145-4 02455933301

VENCIMENTO: 08/11/2019

TOTAL A PA

MATRÍCULA

OUV
SERVÍÇOATENDIMENTO: 0800-0810195
VENDIMENTOS: 0800-0810185

compesa

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Sergio Roberto Ferreira da Silva

RG nº 3.490.893, data de expedição 15/09/1986.

Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 653.655.424-87, com domicílio na cidade de Bom Jardim, no Estado de Pernambuco onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Cônego Antônio Leites de Melo, nº 07,

complemento Vila Itapira, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Jaidete Maria da Silva Soares cujo o condutor era

Jarbas Ferreira de Arruda Filho.

Veículo: motocicleta Honda NXR 160 BROS ESDD

Modelo: 2015

Ano: 2015

Placa: PCM-6446

Chassi: TC2KD0810FR452791

Data do Acidente: 16/07/2019.

Local e Data: Bom Jardim, 05 de novembro de 2019.

Declaração do proprietário do veículo



Sergio Roberto Ferreira da Silva
Assinatura do Declarante

Jarbas Ferreira de Arruda Filho
Assinatura do Condutor

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

Cartório Sérgio Vasconcelos
Sergio Ricardo Vasconcelos - TABELÃO

Rua Corvelo Lima, 12 - Centro
Bom Jardim/PE - Cep 55730-000
Tel (81) 3538-1810

Reconheço por autenticidade a firma de **SERGIO ROBERTO FERREIRA DA SILVA**,
Bom Jardim, 05 de novembro de 2019. Em test.
da verdade, **JOSÉ CARLOS DA SILVA BEZERRA**,
ESCRIVENTE AUTORIZADO - Emol.: R\$
3,51 - FERC: R\$ 0,40 - TSNR: R\$ 0,60 - Total: R\$
4,52 - Selo: 00775862VK10201901-00028. Consulte
autenticidade em www.tipejus.br/selodigital

Cartório Sérgio Vasconcelos
Sergio Ricardo Vasconcelos - TABELÃO

Rua Corvelo Lima, 12 - Centro
Bom Jardim/PE - Cep 55730-000
Tel (81) 3538-1810

Reconheço por autenticidade a firma de **JARBAS FERREIRA DE ARRUDA FILHO**,
Bom Jardim, 05 de novembro de 2019. Em test.
da verdade, **JOSÉ CARLOS DA SILVA BEZERRA**,
ESCRIVENTE AUTORIZADO - Emol.: R\$
3,51 - FERC: R\$ 0,40 - TSNR: R\$ 0,60 - Total: R\$
4,52 - Selo: 00775862VK10201901-00030. Consulte
autenticidade em www.tipejus.br/selodigital



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETÁRIA DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE QUEIMADAS - Dr. Patrício Leal e Melo

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

FICHA Nº

DATA:

PACIENTE:

JOSETE MARIA DA SILVA

ORIGEM:

QUEIMADAS

SOLICITANTE:

CLÍNICA:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Paciente e /
TRAUMA PERNA
ESQ. APOD ACIDENTE
DE MOTOCICLETA
ANDRÉES ORPÉDIA

16/07/14



MEDICAÇÃO ADMINISTRADA

Documentação médico - hospitalar



ENCAMINHAMENTO PARA:

ASSINATURA / CARIMBO
MÉDICO

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

16/07/19
16:25Acidente de trânsito
+ trauma em joelho @

Gr: Escoriações

Acabou de ser
articular.Dor em repouso de joelhos
de equitotal lateral (lesão
menisco)ex: Tala joelheira por 7 dias
4 dias
Cinturão
Retorno com 7 dias.

DESTINO DO PACIENTE _____ às _____ hs.

☐ Centro cirúrgico _____☐ Internação (setor) _____☐ Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____☐ Alta hospitalar / ☐ A revelia
☐ Declaração Médica
☐ ÓbitoMário das Neves de Souza
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)Dr. Rodrigo Amorim
CRM: 621.780-1/RS
R. 23 - 230 - 23000-000

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1945341 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 16/07/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: JAIDETE MARIA DA CEP: 55750000 Nascimento: 14/12/1975

SILVA SOARES

Endereço: MANOEL JOSE PESSOA

Sexo: F

Telefone: 95356488

Cidade: Sairahim

Idade: 043

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA

RG: 4900910

Nº: 77

Responsável: JESSICA

CPF: 93604874/91

Profissão:

Estado Civil: Solteira(a)

Data de
Atend: 16/07/2019

CNS: 705101898413740

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

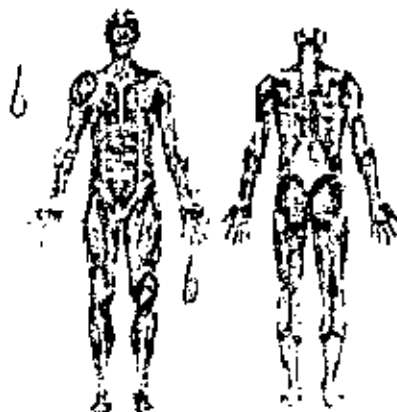
Horas: 15:14:08

CONVÊNIO: SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Amilrão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dcr
7. Edema
8. Empeltamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Enrugamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortice
15. F. Cortante
16. F. Corte-cortice
17. F. Ferida-cortice
18. F. Ferida-cortice
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Incurtamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão térmica
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorrágia
30. Paralisia
31. Facies
32. Paralisia
33. Queimadura
34. Rino-régia
35. Sínus de traqueia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:

HD: 16/07/2019

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de queda de moto no 3º andar, referindo dor em joelho esquerdo e dificuldade para mobilizar o membro em ombro direito. Não houve alteração de consciência durante acidente, não houve parada cardíaca e não houve perda de consciência. Não houve trauma de cabeça, pescoço, tórax, abdômen, membros superiores e inferiores.

ALERGIA:

Não

MEDICAMENTOS:

Neydido

Sinvastatina 20mg

PATOLOGIAS:

Não

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA

HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia:

() Radiografias:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Dr. João

às 15:30

Dia 16/07/19

Especialista: Dr. João

às

Dia

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

1. SRI 500 ml EV

2. D. pino na 13 + AA EV

3. Fila 1x1 20 + AA EV

4. Manuseio da cirurgia geral após EX

5.

6.

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

16/07/2019

16/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

GOVERNO
DA PARAIBAHOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 16/07/2019

Paciente: JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES Idade: 043 Nº ATEND: 1945341

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 16/07/2019 HORA : 15:19:28

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS

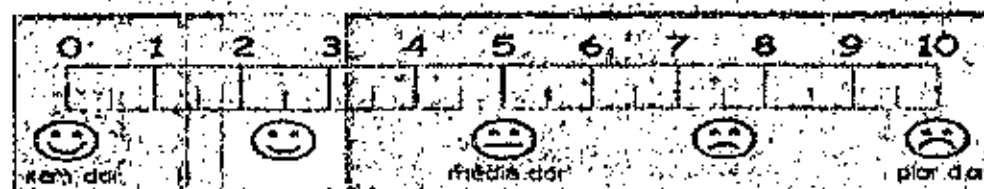
HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ()SIM ()NÃO HAS ()SIM ()NÃO
DEF. MOTORA ()SIM ()NÃOALERGIAS : NEGA
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL : BOM
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA() CONVULSÃO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () ODR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
acolhimentoDra. Ináda Rúbia Vilar
ENFERMEIRO
COREN-PB 51678

Prontuário: 01770837

Pedido: 271126

Paciente: JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES

Médico Solicitante: Dr.(a) RODRIGO VICTOR LAPENDA DE OLIVEIRA

Data do Atendimento: 31/07/2019

Convênio: PARTICULAR

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

Dados clínicos: História de trauma torcional, evoluindo com dor na região medial e estresse e valgo.

Técnicas de Exame:

A- Plano sagital, sequência T1.

B- Planos axial e sagital, sequência T2, com supressão de gordura.

C- Planos coronal e sagital, sequência DP, com supressão de gordura.

Os seguintes aspectos foram observados:

- Observamos extensa área de edema / contusão óssea, comprometendo o côndilo femoral medial e a tibia proximal difusamente.

- Meniscos com morfologia e intensidade de sinal preservadas.

- Indefinição do ligamento cruzado anterior, associado a horizontalização de suas fibras distais e hipersinal de limites imprecisos na fenda articular, indicando ruptura ligamentar completa e aguda.

- Os ligamentos cruzado posterior, bem como os colaterais lateral e medial apresentam espessura, orientação e intensidade de sinal preservado.

- O tendão do quadriceps e o ligamento patelar apresentam aspecto preservado.

- A patela ocupa posição habitual em relação a fossa troclear. Observa-se discreto afinamento e alteração de sinal na cartilagem que reveste as facetas da patela e a fossa troclear, sem sinais de comprometimento do osso subcondral.

- Pequeno derrame articular coletado na bursa suprapatelar.

- Hipersinal de limites imprecisos nos ventres musculares da face posterior do joelho associado a edema no tecido celular subcutâneo do compartimento posterior do joelho.

CLÍNICA DIOCLECIO COUTINHO
Dr (a): Viviane Medeiros
CRM: 13.953 - PE

Prontuário: 01770837
 Paciente: JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES
 Médico Solicitante: Dr. (a) RODRIGO VICTOR LAPENDA DE OLIVEIRA
 Data do Atendimento: 31/07/2019
 Convênio: PARTICULAR

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

Dados clínicos: História de trauma fechado, com dor na região medial e anterior.

Técnicas de Exame:

- A- Plano sagital, sequência T1
- B- Planos axial e sagital, sequência T2 com supressão de gordura
- C- Planos coronal e sagital, sequência T2 com supressão de gordura

Os seguintes aspectos foram observados:

- Observamos extensa área de edema, com contornos irregulares, comprometendo o cóndilo femoral medial e tíbia proximal difusamente.
- Meniscos com morfologia e intensidade de sinal preservadas.
- Indefinição do ligamento cruzado anterior, associado a normalização de suas fibras distais e hipointensidade na banda anterior, com aspecto rupturais ligamentares completa e aguda.

- O ligamento cruzado posterior, bem como os ligamentos colaterais medial e lateral, apresentam orientação e intensidade de sinal preservadas.

- O tendão do quadríceps e o ligamento patelar apresentam aspecto preservado.
- A patela ocupa posição habitual em relação à fossa troclear. Observa-se discreto afilamento e alteração de sinal na cartilagem que reveste as faces da patela e a fossa troclear, sem sinais de comprometimento do osso subcondral.

- Pedúnculo dentado articular colado na bursa suprapatelar.

- Hipointensidade de limites imprecisos nos ventres intraculares da face posterior da patela, associado a edema no tecido celular subcutâneo do compartimento posterior da articulação.

Dr. Rodrigo Victor Lapenda de Oliveira
 31/07/2019



D Geres - Gerência Regional de Saúde
Limoeiro - PE
RECEITUÁRIO

Hospital Regional de Limoeiro
José Fernandes Salsa

Paciente:

JAIRTE MARIA

Clinica:

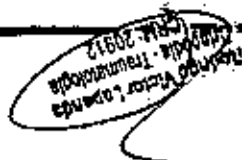
Unidade:

Leito:

Registro nº:

Ampliação de Uterina
(6º parto)
HOSPITAL Amílcar Lopes

25/03/19



Data: ____/____/____

Médico - CRM



II Geres - Gerência Regional de Saúde
Limoeiro - PE
RECEITUÁRIO

Hospital Regional de Limoeiro
José Fernandes Salsa

Paciente:

JAQUELINE MARIA DA SILVA

Clinica:

Enfermaria:

Leito:

Registro nº:

QUANDO MEDICIN:
ATENÇÃO PARA DEVIDOS FIM
QUE O PACIENTE AINDA
NECESSITA DE PULGADOVA
DAS SEGUINTE PATOLOGIAS
CID 10: H23, S83.5, W2
LIMITAÇÃO PARA DESEMPENHO DE
SUAS ATIVIDADES USUARIAS

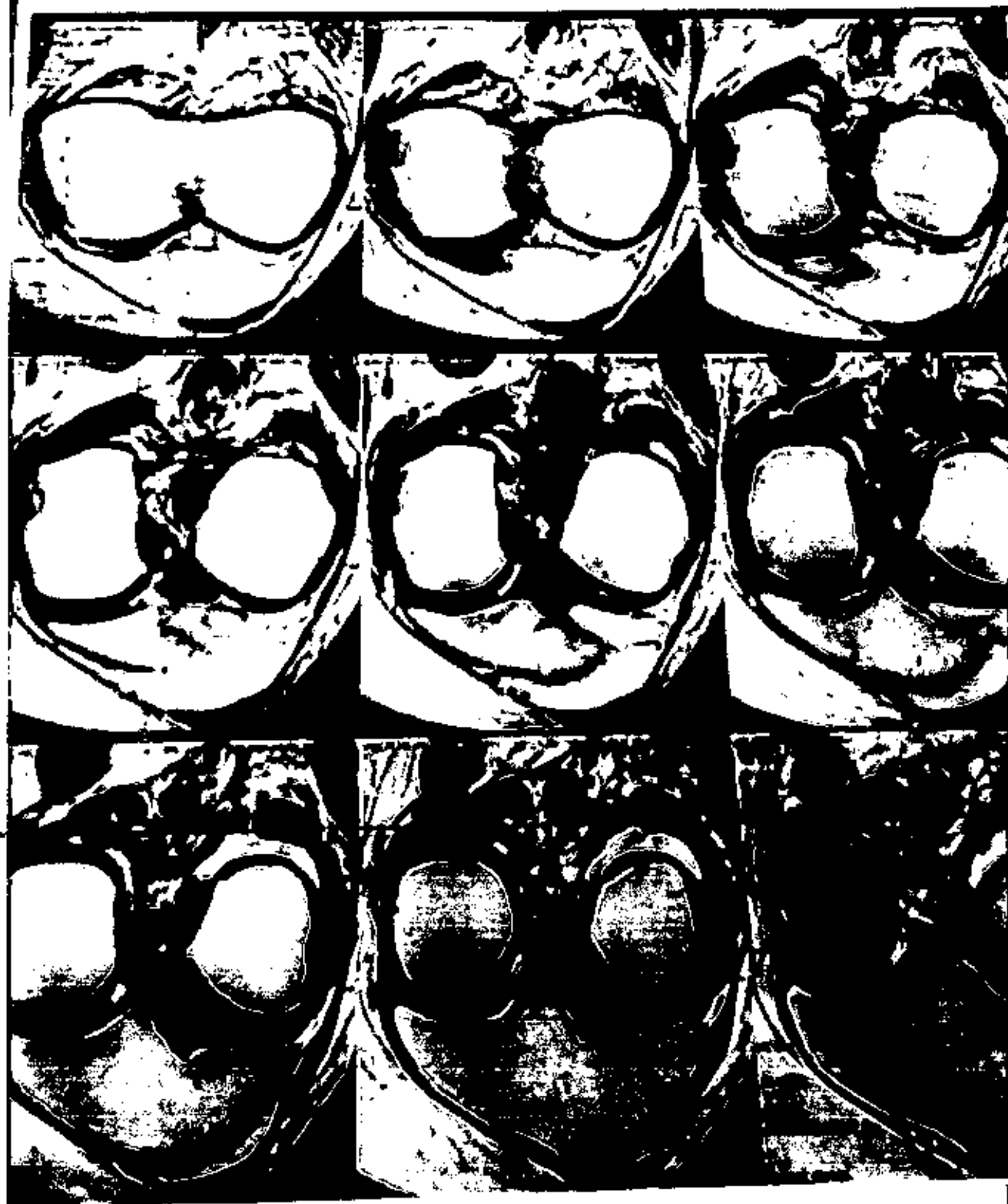
25/09/13

Assinatura do Médico
Assinatura do Enfermeiro
Assinatura do Farmacêutico

Data:

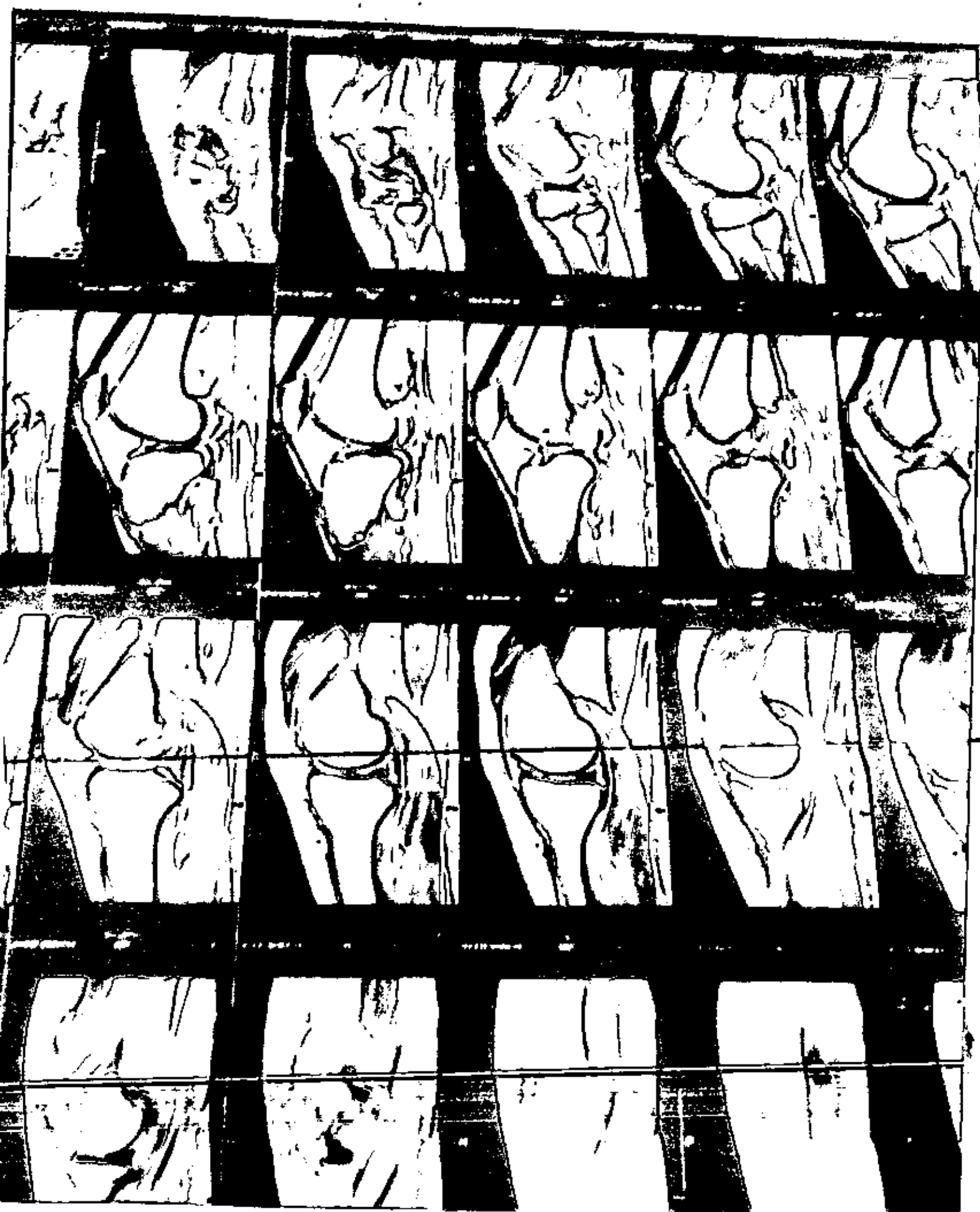
Médico - CRM

CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO

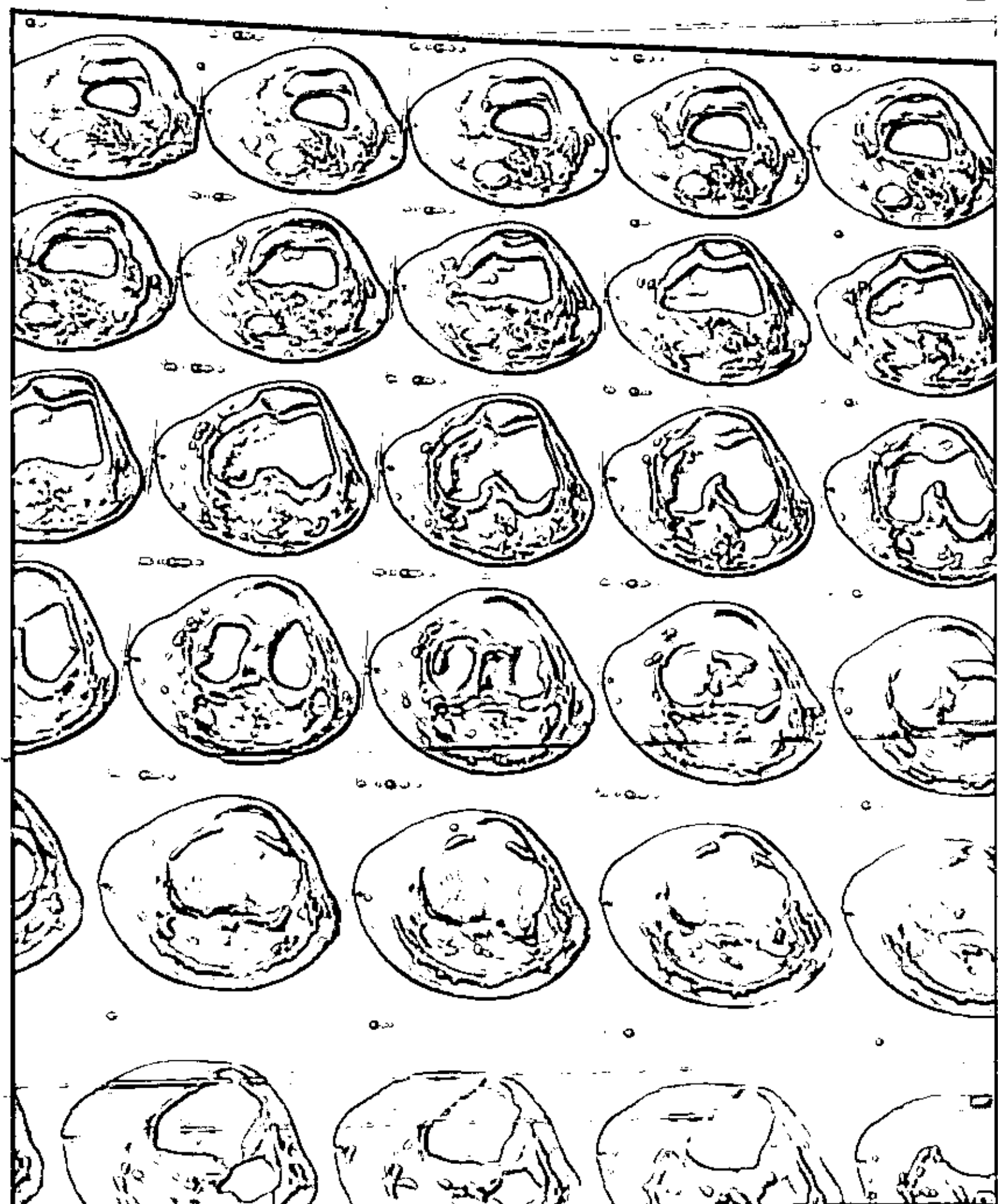


SAO PAULO - CARPINA - TEL. 2241-510 - FONE 2241-510 - 2241-510 - 2241-510

CLÍNICA DIOCLECIO COUTINHO



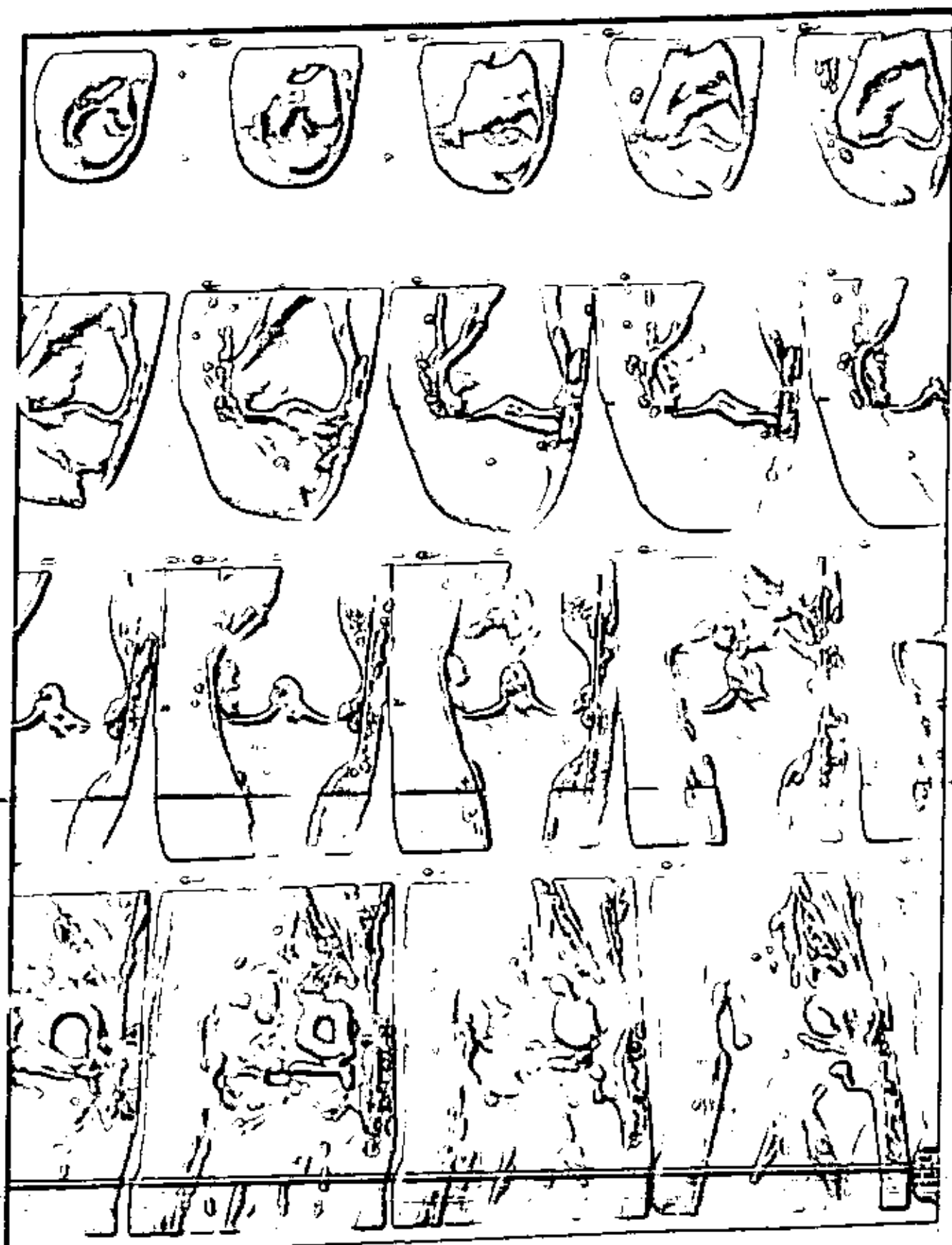
CLÍNICA DI OCLECIO COUTINHO



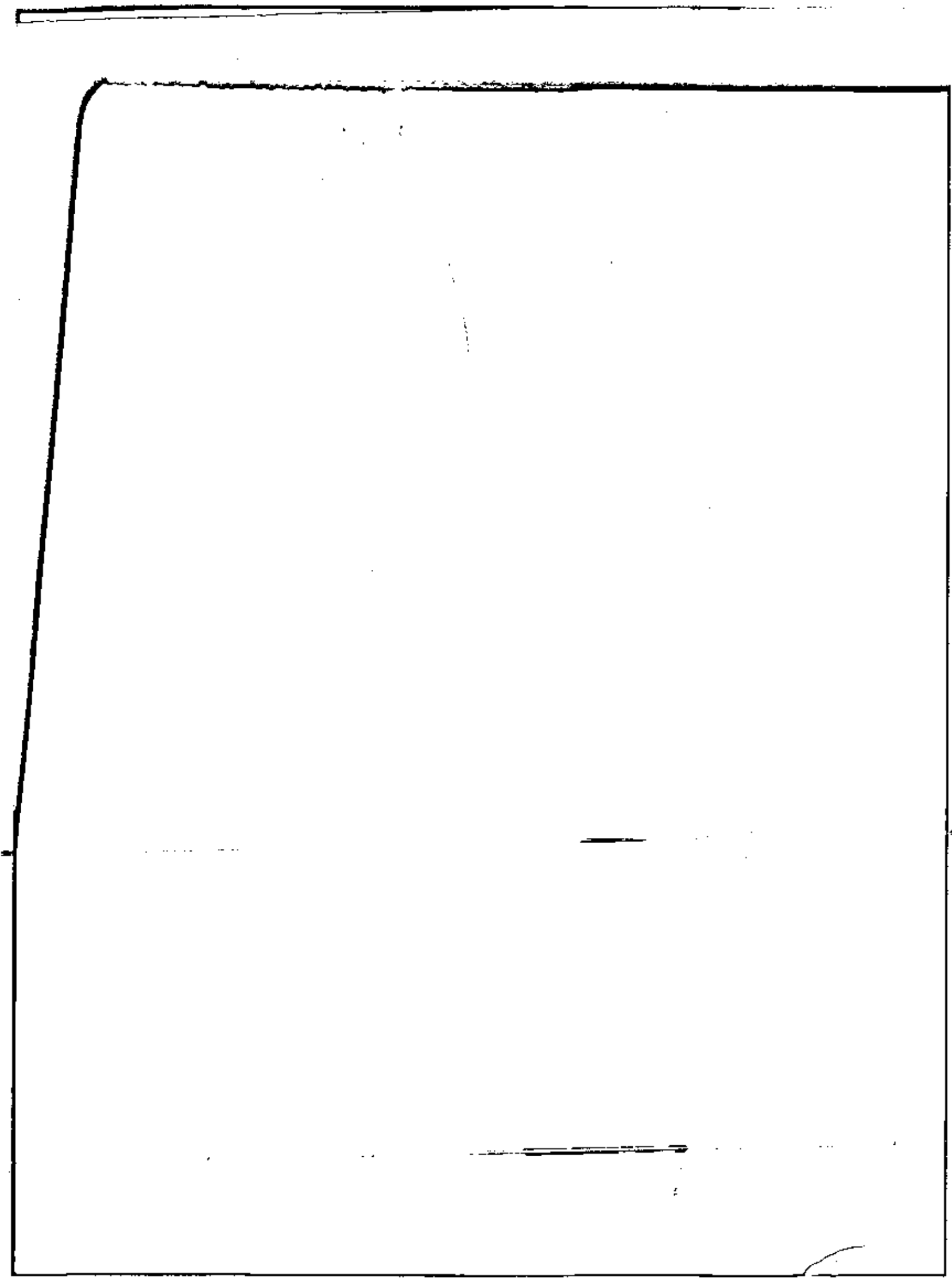
CLÍNICA DI OCLECIO COUTINHO

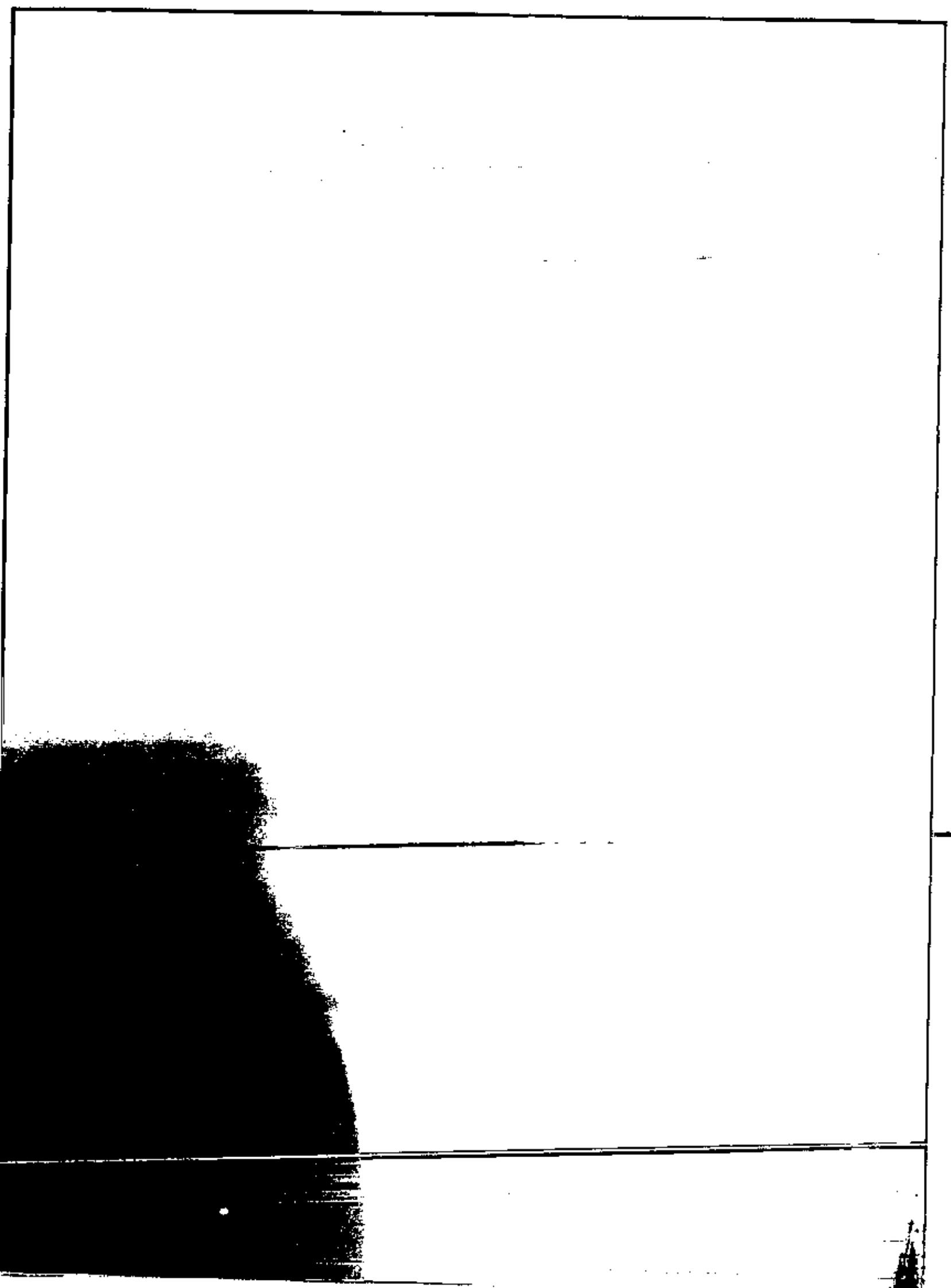


CLÍNICA DI OGLEGIO COUTINHO



1 - BAIRRO NOVO - CARPINA - PE - CEP: 55819-320 - FONE: (81)36223500 - EMAIL: cur





Documentos de Identificacao



08R-56

2111 REFECAO DE PAT. A. 11/11/11

Carteira de Identidade

Goedete Maria da Silva Soares

2111 REFECAO DE PAT. A. 11/11/11

Carteira de Identidade



4.900.910 08/09/2015

<< JADETE MARIA DA SILVA SOARES >>

<< MARIA JOSÉ DA SILVA >>

BOM JARDIM - PE 14/12/1975

JARDIM-PE 09.11.1988

936.048.744-91

130808114181974161637

08R-36



Gaiete Maria da Silva Soares

CARTÃO DE IDENTIDADE



<< >>
<< MARIA JOSÉ DA SILVA >>

4.900.310

ACIDENTE MARIA DA SILVA SOARES >>

EOM JARDIM F.

14/12/1975

<< CC.503 L.503 T.100V CART.BOM

ENCHE 09.11.1975

500.040.744.91

ANEXO 101
DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA
DO EXERCÍCIO DA FUNÇÃO

SECRETARIA DE SEGURANÇA

SECRETARIA DE SEGURANÇA