

HOSPITAL GERAL DE TAPEROÁ
FONE: (83) 3463-2298
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

P.A. M.: 140764 - Prontuário: 38001 Cor: PARDO
Nome: PAULO FERNANDES DA SILVA Estado Civil: SEPARADO
Nasci.: 01/05/1973 Idade: 44a 0m SEXO: M
Profissão: AGRICULTOR
Endereço: SÍTIO MARREAS /PB R.G.: 255812
Cidade: TAPEROÁ Celular: Cap: 38580000 Bairro: ZONA RURAL
Telefone: Mãe: MARIA VITURINO DA SILVA
Pai: ANTONIO FERNANDES DA SILVA

DADOS DO ATENDIMENTO

Data: 05/05/2017 Horário: 17:22 Operador: VIVIANE
Carater.: 02 - URGÊNCIA Tipo de Serviço: CONSULTA
Convenio: SUS AMBULATORIO Nº Cartão do SUS: 160640326510005

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

TIPO DE CLASSIFICAÇÃO:

SINAIS VITAIS PA=___X___ mmHg T=___ PESO=___ KG
FC=___ bpm FR=___ ipm SPO₂=___ TAX=___ °C GLICEMIA=___ mg/dl
DUN=___/___/___ DPP=___/___/___ ESCALA COMA DE GLASGOW=___

QUEIXA PRINCIPAL

HISTÓRIA REGRESSA

QUADRO CLÍNICO

ALERGIAS () NAO () SEM QUAL?

ASS. E CARIMBO

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

paciente vítima de ICC por quadro de hipertensão arterial

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPO)

DOCUMENTO 3 "T3M"



RESULTADOS:

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

1º *Exame físico* HORA: *17:22* ASS. TEC: *[assinatura]*
2º *Exame físico* HORA: *17:42* ASS. TEC: *[assinatura]*
3º *Exame físico* HORA: *17:47* ASS. TEC: *[assinatura]*
4º HORA: ASS. TEC: *[assinatura]*
5º HORA: ASS. TEC: *[assinatura]*

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

DIAGNÓSTICO

CID-10: *I10*

TRATAMENTO

ENCAMINHAMENTO
() OBSERVAÇÃO
() INTERNAÇÃO
() ÓBITO

() RESIDÊNCIA () EVASÃO
() OUTRO HOSPITAL () FALTA MÉDICA
() OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 - *[código]*
2 - *[código]*
3 - *[código]*

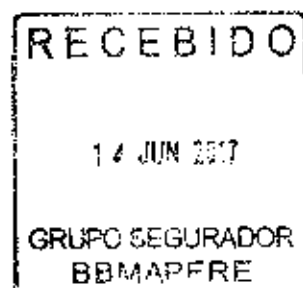
MÉDICO RESPONSÁVEL (A)

C.N.S.: 70000103669100 CBO: 106105

[assinatura]
ASSINATURA DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

17:40 - Paciente deu entrada nesta Unidade Hospitalar vítima de acidente motociclístico, o mesmo alcoolizado, consciente, sem capote (SECO) apresenta ferimento contuso em região frontal, com sinais de TCE sangramento nasal, e apresentou agora às 18:00 vômito de grande intensidade com sangue.

Ellyet





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Paulo Fernando da Silva
PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 8067 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 08 / 05 / 11 A 17 / 05 / 11 NECESSITANDO DE
30 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

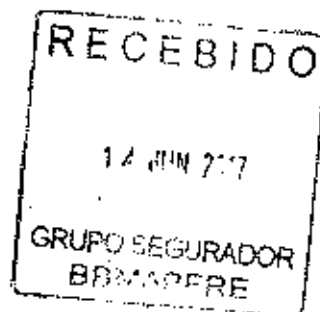
Campina Grande 11 / 05 / 11

Ass. do Médico - Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável



987442351

GOVERNO
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIAS TRAISTA
COM LEP. JOAQUIM DA SILVA

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Paulo Fernando

DATA DO ATENDIMENTO: 1

Nº PRONTUÁRIO: 1020

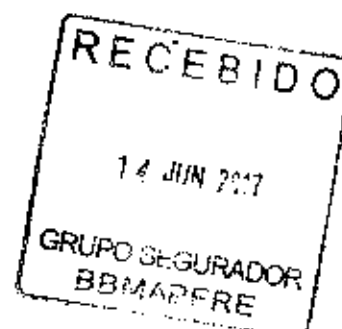
DIAGNÓSTICO: T.C.

PROCEDIMENTO: Dr. Manoel Wagner

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Manoel Wagner

Dr. Antônio S. Filho
CRM 8273
NEURO-QUIRURGI

1000, 123



Rio de Janeiro, 28 de Junho de 2017

Carta nº: 11209800

A/C: PAULO FERNANDES DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170343890 ASL-0230363/17

Vitima: PAULO FERNANDES DA SILVA

Data Acidente: 08/05/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **14/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **08/05/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência legível
- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório
- DUT
- Declaração do Proprietário do Veículo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Junho de 2017

Carta nº: 11210220

A/C: PAULO FERNANDES DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170343890 ASL-0230363/17

Vítima: PAULO FERNANDES DA SILVA

Data Acidente: 08/05/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **PAULO FERNANDES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170343890**
Vitima: **PAULO FERNANDES DA SILVA**
Data do Acidente: **08/05/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170343890**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12148015



Cópia simples - solicitar cópia autenticada

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de Campina Grande -
Setor de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
P A R A Í B A



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 05883.01.2017.2.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 05883.01.2017.2.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:01 horas do dia 18 de maio de 2017, na cidade de Campina Grande, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de Campina Grande - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Josefa Alves de Assis, matrícula 1332414, e lavrado por Josenildo Aires Sampaio, Escrivão de Polícia, matrícula 0902128, ao final assinado, compareceu Pedro Fernandes da Silva, CPF nº 996.139.134-91, matrícula 0902128, ao final assinado, compareceu Pedro Fernandes da Silva, CPF nº 996.139.134-91, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Pedreiro, filho(a) de Maria Vitorino da Silva e Antonio Germandes da Silva, natural de Taperoá/PB, nascido(a) em 08/02/1975 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Marreca, Nº S/N, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Zona Rural, na cidade de Taperoá/PB, telefone(s) para contato 4830.0024-2351.

Dados do(s) Fatos:

Local: Zona Rural, Zona Rural, Taperoá/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: outros; Data/Hora: 08/05/17 17:22h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo 125 KS, marca TITAN, tipo de veículo PAS/MOTOCICLEITA, cor VERMELHA, ano 2003, placa DHB-8861, chassi 9C2

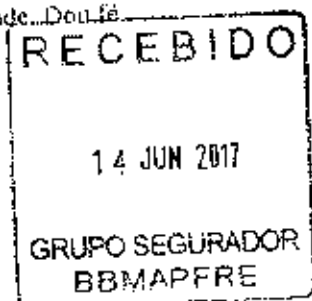
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Relata o comunicante ser irmão da vítima e que o mesmo deu entrada no Hospital Geral de Taperoá-PB, vítima de ACIDENTE MOTOCICLISTICO, fato ocorrido na data, hora e local acima descritos, sendo a vítima socorrida por terceiros para o Hospital Geral de Taperoá -PB, onde recebeu os primeiros socorros, sendo transferido para o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, na Cidade de Campina Grande-PB, onde permaneceu internado do dia 08/05/2017 a 11/05/2017, relata ainda o comunicante, que a vítima foi conduzida do Hospital da Cidade de Taperoá/PB para Campina Grande-PB, na ambulância do referido hospital.

ADENDO(S):

Que na data 18/05/2017, às 14:29 horas, na Central de Polícia Civil de Campina Grande - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Josefa Alves de Assis, matrícula 1332414, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: EM TEMPO: VÍTIMA PAULO FERNANDES DA SILVA, BRASILEIRO, NATURAL DE TAPEROÁ-PB, SOLTEIRO, AGRICULTOR, COM 44 ANOS DE IDADE, SEPARADO, PORTADOR DO RG DE Nº. 2.552.815 SSP-PB, CPF Nº. 062.485.214-84, RESIDENTE NO SÍTIO MARRECA, ZONA RURAL DE TAPEROA-PB. Adendo registrado por: Josenildo Aires Sampaio, Escrivão de Polícia, matrícula: 0902128.

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, expõe a presente Certidão. A referida é verdadeira. Dou fé.



Processamento Policial: 05883.01.2017.2.00.401

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil

2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de Campina Grande -
Setor de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

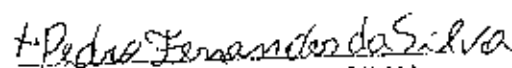
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Campina Grande/PB, 18 de maio de 2017.


JOSENILDO AIRES SAMPAIO

Escrivão de Polícia Sampaio

Josenildo Aires Sampaio
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 90.212-8


PEDRO FERNANDES DA SILVA

Noticiante
Josenildo Aires Sampaio
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 90.212-8

RECEBIDO

14 JUN 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAPFRE

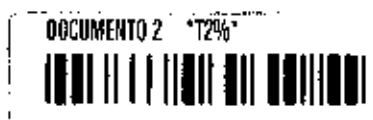
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, _____, portador da carteira de identidade nº _____ e inscrito no CPF/MF sob o nº _____, residente e domiciliado na _____, Cidade _____, Estado _____, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Local e data