

Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190595089

Vítima: GEOVA GUIMARAES

Data do Acidente: 26/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GEOVA GUIMARAES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **GEOVA GUIMARAES**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000041**

Conta: **00000490631-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0094467/19

Vítima: GEOVA GUIMARAES

CPF: 033.191.864-18

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEOVA GUIMARAES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GEOVA GUIMARAES : 033.191.864-18

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/03/2019
Nome: GEOVA GUIMARAES
CPF: 033.191.864-18

GEOVA GUIMARAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/03/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Geova Guimaraes
 DATA DO ACIDENTE 26/11/2018 CPF DA VÍTIMA 033 191 864 18
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Geova Guimaraes
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É Geova Guimaraes
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Adribail Gomes de Silva
 Nº 111 COMPLEMENTO BAIRRO Centro
 CIDADE Maracandubá UF PB CEP 58120-000
 E-MAIL TELEFONE (X3) 33391239

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 20/03/2019
 IDENTIDADE 2934147
 ASSINATURA Geova Guimaraes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 20 MAR. 2019
 NOME CO-REPRESENTANTE DE SEGURO
 ASSINATURA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014200932675

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

NOME FELIPE DE OLIVEIRA CARVALHO

PLACA ANT / UF 10796074470 PB

CHASSI 9C2MD4100GR006866

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC

MARKA / MODELO HONDA/XRE 150

CAP / POT / CL 2 P/184 / CI

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA UNICA 00/00/0000

PARCELAMENTO / COTAS 0

PREMIO TARIFARIO (R\$) *****

DATA DE PAGAMENTO 21/08/2018

PREMIO TOTAL (R\$) P A G O

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMINIO

LOCAL MASSARANDUBA - PB

DATA 21/08/2018

19925

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS

TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014200932675 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCICIO 2018

DATA EMISSÃO 21/08/2018

PLACA QFV5387/PB

RENAVAL 01099992122

ANO FAB 2016

CAT DEB 9

Nº CHASSI 9C2MD4100GR006866

PREMIO TARIFARIO

CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

DEBUTAN (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) *****

SEGURO

DATA DE QUITAÇÃO 21/08/2018

19925-1324333-20180821

CNPJ 09.248.608/0001-04

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

DATA 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIDADE

GEOVA GUIMARÃES

DOC IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2434143 SSP PB

CPF 033.191.864-18 DATA NASCIMENTO 08/11/1960

FUNÇÃO
DANIEL TAVARES
GUIMARÃES
MARIA DO SOCORRO SOUZA
GUIMARÃES

PERMISSÃO ACC EXATNA
AB

UF EMISSÃO 06545454030 VIGÊNCIA 27/05/2020 1ª EMISSÃO 14/01/2016

UNIVERSIDADE

Geova Guimarães
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 26/01/2017

Amê
ASSINATURA DO EMISSOR 16060663652
PB034025405

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1410509760

FECHADO PLASTIFICAR
1410509760



GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1781609

CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL 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: 26/11/2018

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: Adriana Pereira Rodrigues

PACIENTE: GEOVA GUIMARAES

CEP: 58120000

Nascimento: 08/11/1980

Endereço: ADEVAL GOMES

Sexo: M

Telefone:

Cidade: Massaranduba

Idade: 038

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO SOUZA
GUIMARAES

RG:

Nº: 173

Responsável:

CPF: 033.191.864

Profissão:

Estado Civil: Divorciado(a)

Data de

CNS: 707805632632614

Atend: 26/11/2018

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 15:18:42

CONVÊNIO: SUS

Médico:

CRM:

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Ingurgitamento Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendão |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Enrugamento | 28. Objeto Encaixado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Parestia |
| 14. F. Cortado | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinorragia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

HTCG-Painel Administrativo

EXAMES PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow PA HGT: SatO2

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais	() Ultrassonografia:
() Gasometria arterial	() Radiografias:
() Tomografia Computadorizada	()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às Dia / /

Especialista: / às Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

5440

Nome:	Gerson Guimarães		
End:	Adm. Gomes - 173	Bairro:	Centro / Manarende
Data de Nascimento:	08.11.80	Documento de Identificação:	
Queixa:	dois mts	Data do Atend.:	26.11.18
		Hora:	15:10
		Documento:	
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:		Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:	140/90	Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:	116	Mucosas:	() Normocorada () Pálida
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca		

Estratificação

MOD. 110

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

feto vital EV - 14.5
alergia a dipirona

Assinatura e carimbo do profissional



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

(X) DICHA É 9

FMT. do C. 12
TUBAI (D)

Paciente: GEORGE GUIMARÃES
26/12/14

Alojamento

Leito

Convênio

DIAGNÓSTICO (X)

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
1	Dieta normal	3ND	# Otorreia =
2	Cesio salmure	IT	26/12/14
3	Omeprazol 40 mg IV 1x/dia	(6h)	
4	TIVOL 40 mg IV 1x/dia		
5	VALSCOTAMOL 500 mg 1x/dia		
6	TIVOL 400 mg 1x/dia		
7	Coprolol 25 mg 1x/dia		
8	SSV + CCB	IT	

Van. 1. Lote, 3cc,
com amarelo alho
em Tomatoes (D)

(Quarta: 1. Sanguis de-
2. Intensa, Hoss. 1. 1. 1.

Dr. [illegible]
[illegible]

Dr. [illegible]
[illegible]

LIFE ASSESSO
20/12/14

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO
fx. Perna (5)

Paciente: bruno guimarães Alojamento: 7-3 Leito: Convênio:

Data	Prescrição Médica	Fisioterapia	Evolução Médica
02/12	1. Dieta <u>livre</u> 2. SRA 1500ml EV/24h - <u>Salco</u> 3. Dipirona 02ml + AD EV 06/06h (susP) 4. Titani 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Olexane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG 10. <u>Brachmanol 750mg VO 6/6h</u>	<u>RC</u> <u>RC</u> <u>RC</u> <u>RC</u> <u>RC</u> <u>RC</u> <u>RC</u> <u>RC</u> <u>RC</u> <u>RC</u>	<u>RC</u> <u>RC</u> <u>RC</u> <u>RC</u> <u>RC</u> <u>RC</u> <u>RC</u> <u>RC</u> <u>RC</u> <u>RC</u>

Dr. Bruno Guimaraes
CRM: 10.000.000-0
Data: 02/12/2017
Assinatura: [assinatura]



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

GEOVA GUIMARAES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1781641

7 - CARTÃO DO SUS

707805632632614

8 - DATA DE NASCIMENTO

08/11/1980

9 - SEXO

MASC ☒FEM ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARIA DO SOCORRO SOUZA GUIMARAES

11 - TELEFONE DE CONTATO

000 83 Nº DE TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

ADEVAL GOMES, 173, CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Massaranduba

14 - CÍDIBOT MUNICIPAL

250920

15 - UF

PB

16 - CEP

58120000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dr + de sang. general +
deprim. desde admissão

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Quemose + edema g.a.

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

✓

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FNT - de Vena Tibial

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Furaculose Hospitalar V. Clavus

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

OATO

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNES () CPF

29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016285320999

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

OTAVIO FERREIRA JUNIOR

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

26/11/2018

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOA

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - EDD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNES () CPF

47 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

/ /

Geova, Guimaraes
946077
08/11/1980
38 YEAR
M

HOSPITAL ANTONIO T
UN

24/12/2018 0





HOSPITAL ANTONIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLINICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

PÁGINA: 1 / 1
DATA: 10/12/2018
HORA: 13:35:46

Prontuário
946077

Atendimento
2321411

Reserva/Guia
Data 10/12/2018 Hora 13:33

Paciente
GEOVA GUIMARAES [CPF: 3319186418]
Endereço
ADERBAL GOMES
Bairro
CENTRO
Nome da Mãe
MARIA DO SOCORRO SOUZA GUIMARAES

Sexo Est. Civil
M

Dt Nasc.
08/11/1980

Telefone
6398106293

R.G.
2424143

Código CNS
707805632632614

Num. Complemento
53

Profissão

Cidade
MASSARANDUBA

UF
PB

Responsável
GEOVA GUIMARAES
Bairro
CENTRO

Endereço
RUA
Cidade
MASSARANDUBA

COMISSÃO DE ARQUIVO

Dr. Marluce
Dr. Ítalo C. Cesar
Dr. Luciano Holanda
Dr. Stanásia
Dr. Andreza

Num.
53
Telefone
33991021

Médico Atendente
2305 RAILTON MARINHO DA COSTA [CRM: 3965] [CPF: 45623562434]
Procedimento

Médico Acompanhante
2305 RAILTON MARINHO DA COSTA [CRM: 3965] [CPF: 45623562434]
Cid

Setor
3009 SECRETARIA SUS
Acomodação
POSTO: - ENFERMARIA - LEITO

Convênio
50 SUS

Data mín. para alta - 10/12/2018 Data máx. para alta - 10/12/2018

Atendente - MARCELA COSTA

Resumo de Tratamento

Acompanhante.....? [] Sim [X] Não Data admissão 10/12/2018 Data alta 11/12/18
Internação anterior..? [] Sim [] Não Hora admissão : Hora alta 08:00
Alta....: Curado.....: [] Melhorado.....: [X] Inalterado.....: [] Clínica..: Médica.....: []
Piorado.....: [] A pedido.....: [] Indisciplina.....: [] Cirúrgica.....: []
Transferido...: [] Falecimento...: [] Evasão.....: [] Obstétrica...: []

Diagnóstico:

Internação.:
Definitivo...: PACIENTE ATENDIDO PELO SUS

Histórico: NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

ORTESE/PROTESE

Alta - 1
Perm - 2
Transf - 3
Óbito - 4

Raio X:

[X] Simples
[] C/Contraste

Uti

Entrada

Salda

Motivo

Sangue..: [] Rh.: []

Caract. Trat.

Carimbo e Assinatura do Médico

RX REALIZADO
EM 10/12/2018

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Geova Guimarães
 AL: J Gaudêncio

LEITO: 104

CONVÊNIO: SUS

DATA: 10/12/18

DIAGNÓSTICO:

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

10/12/18

Cherix SUS
S. Piroxicam 1000
S. Ibuprofeno 100
Cefotaxima 1000
Clonazepam 10
W/taurina 100
E - (ver)

18:00
 18
 02
 18 24 06
 18 24 06

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
 NO HOSPITAL ANTONIO TARGINI
 CUJAS DESPESAS FORAM
 COTADAS AO SUS



EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente com dor
fr. torçoes, linfaticos por
freq. ungu

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
 NO HOSPITAL ANTONIO TARGINI
 CUJAS DESPESAS FORAM
 COTADAS AO SUS



HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

ALA:

LEITO:

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA:

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

14/6/18 Curis 6-0
S-Fruct 1000
Ceftriaxona 1g IV 6h
Dipirona 1g IV 6h
Wegovy 1g
Dexametasona
Eutirox 100mcg 1x/dia



EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente no 1 e 2
p. A.O. mal.

[Handwritten signature]

PACIENTE ADMITIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

Dr. Raulino Antonio de Lencastre
Osteomusculista
CRM 12345

PACIENTE: Alison Guma
 Nº DO PRONTUÁRIO: _____ Nº DO ATENDIMENTO: _____
 DATA DA OPERAÇÃO: 10/12/18 ENFERMARIA: _____ LEITO: _____
 OPERADOR: Wilton
 1º AUXILIAR: Lucas 2º AUXILIAR: _____
 3º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____
 ANESTESISTA: Luiz TIPO DE ANESTESIA: _____
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Def. corpo h. defeito tumor off A
 TIPO DE OPERAÇÃO: _____
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: _____
 RELATÓRIO MÉDICO DA PATOLOGIA: _____
 EXAME RAIOS DO C.O. NO ATO: _____
 ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: _____

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
 NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
 CUSTAS DESPESAS FORAM
 COBRADAS AO SUS

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO: 51 CAE TÉCNICA-LIGADURA-S-DRENAGEM-S. TIRA-MAT. ENTREGADO-ASPECTO-VICERAS

Ameli W. carhu
Luiz
Wilton
Lucas
Heitor
Leandro
Lucas
Luiz

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
 NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
 CUSTAS DESPESAS FORAM
 COBRADAS AO SUS



PACIENTE: João Carlos
 CONVÊNIO: SUS SUS ☒ PRONTUÁRIO: 96027/232.1411 DATA: 30.12.2018
 CIRURGIA: TC de Remoção Cistite com Fístula Torax
 CIRURGIÃO: Dr. Lúcio AUXILIAR: _____
 AUXILIAR: _____ ANESTESISTA: Dr. Patrícia

CIRCULANTE: Sus SALA: 07 HORÁRIO: INÍCIO: 16:00 FINAL: 16:45

COD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1872	ADRENALINA	
1880	ÁGUA DESTILADA	
1899	AMINOFILINA	
1929	ARAMIN	
2070	ATROPINA	
265799	BEXTRA	
1902	BICARBONATO DE SÓDIO	
4650	CEFALOXINA 1g	02
122789	CEFAZOLINA 1g	
1787	CEFTRIAXONA	
154688	CETROPROFENO	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO	
2003	CLORETO DE SÓDIO	
5304	DEXAMETASONA	
4855	DICLOFENACO SÓDICO	
2020	DIPIRONA	
5673	DOPAMINA	
32190	EFDRIINA	
5339	FENERGAN	
2038	FUROSEMIDA	
4286	GARAMICINA	
2046	GLICOSE 50%	
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO	
5398	HEPARINA	
5380	HIDROCORTISONA	
2062	METOCLOPRAMIDA	
37859	NAUSEDRON 8mg	01
69906	OMEPRAZOL 40mg	
70181	PROSTIGMINE	
70238	QUELICIM	
28819	RANITIDINA	01
70335	SOLUMEDROL 500mg	
403792	TORADOL	
70971	TRANSAMIN	
70572	TILATIL 40mg	
COD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.
70254	ALFENTANILA	
6885	DIEMPAZ 10mg	
3026	DIMORF 1.0mg	
3034	DIMORF 0.2mg	02
125149	DIMORF 10mg	
69655	DORMONID	01
69639	DORMONID COMP.	
46850	FENOBARBITAL	
8889	HIDANTAL	
9902	KETALAR	
69620	PETIDINA	
73210	TRAMAL	
146832	ULTIVA	
COD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
70548	ATRACURIO	
126233	CISATRACURIO	
9091	ETOMIDATO	
3042	FENTANIL	
2801	LIDOCAINA 2% C/V	
2119	LIDOCAINA 2% S/V	
2810	LIDOCAINA GELEIA	
2180	NEOCAINA 0.5% C/V	
70750	NEOCAINA 0.5% S/V	
1998	NEOCAINA PESADA	01
3212	NILPERIDOL	
142364	NOVAPUPI C/V	
97449	NOVAPUPI ISOBÁRICA	
264580	NOVAPUPI S/V	
2216	PANCURONIO	
82031	PROPOFOL	
142451	ROCURÔNIO	
24678	SEVORANE	
1945	XYLESTESIN SPRAY	

COD.	MATERIAL	QUANT.
107329	ADAPTADOR P/ SORO	01
110089	AG. RAQUI 27BD	
120089	AG. RAQUI 25BD	01
161281	AG. RAQUI P/ OBESO BD	
4712	AGULHA DESCARTÁVEL N°	
	AGULHA PERIDURAL N°	
	AGULHA RAQUI N°	
2259	ALGODÃO HIDRÓFILO	03
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	02
	ATADURA CREPON N° 15	02
	ATADURA GESSADA	
2356	BOLSA COLOSTOMIA	
	CÂNULA TRAQUEOSTOMIA N°	
211956	CAPA PARA VÍDEO	
2428	CATETER OXIGÊNIO	01
21880	COLETOR URINA ABERTO	
22369	COLETOR URINA FECHADO	
	COMPRESSAS	
142341	COMPRESSAS 25X28	02
	DRENO PENROSE N°	
	DRENO SUÇÃO N°	
	DRENO TÓRAX N°	
59587	ELETRODO	05
2585	EQUIPO MACROGOTAS	01
287393	EQUIPO P/ ARTROSCOPIA	
2615	ESPARADRAPO	50cm
20117	FITA GLICEMIA	
142220	GAZES 7,5X7,5	09
	GAZES	
3425	GELFOAN	
60917	GILETE	
	GUENDEL N°	
3468	INTRA-ORTH	
	JELCO N° 28	01
	LÂMINA BISTURI N° 23	02
132709	LUVAS 6.5	
111209	LUVAS 7.0	02
40126	LUVAS 7.5	03
3522	LUVAS 8.0	
149870	LUVAS 8.5	
69752	MICROPORE LARGO	
	SCALPS N°	
3735	SERINGA DE 01cc	
3790	SERINGA DE 03cc	
3719	SERINGA DE 05cc	
3689	SERINGA DE 10cc	
3697	SERINGA DE 20cc	
341797	SERINGA DE 60cc (bico longo/curto)	
	SONDA Foley N°	
	SONDA NELATON	
	SONDA NSQ	
	SONDA RETAL	
53937	SURGUEL	
4081	TORNEIRO 03 VIAS	
	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	

COD.	FIOS	QUANT.
	ACIFLEX N°	
	ALGODÃO C/A N°	
	ALGODÃO S/A N°	
	CROMADO C/A N° 30.	01
	CROMADO S/A N°	
	ETHIBOND N°	
	FITA CARDIACA	
	MONOCRYL N°	
	MONONYLON N° 2.0mm	04
	PROLENE N°	
	VICRYL N°	
COD.	SOLUÇÕES	QUANT.
2330	ÁGUA OXIGENADA	
149217	ÁLCOOL	
304000	CLOREXIDINA	3 onf
2631	ÉTER	
3603	PVPI DEGERMANTE	
3611	PVPI TÓPICO	
4111	VASELINA	
COD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	APARELHOS	
	AR COMPRIMIDO	
	ASPIRADOR ELÉTRICO	
	BISTURI ELÉTRICO	
	CAPNOGRAFO	
	CRANIOTOMO	
	INTENSIFICADOR	45min
	MICROSCÓPIO CIRUR.	
	MONITOR CARDÍACO	45min
	NITROGÊNIO	
	OXÍDO NITROSO	
	OXIGÊNIO	2 litro
	OXÍMETRO DE PULSON	45min
	VÁCUO	
COD.	SOROS	QUANT.
9156	MANITOL 20%	
174459	PURISOLE 1000ml	
63681	S. FISIOLÓGICO 1000ml	
98229	S. FISIOLÓGICO 100ml	
9172	S. FISIOLÓGICO 250ml	
9164	S. FISIOLÓGICO 500ml	
9190	S. GLICOSADO 250ml	
9199	S. GLICOSADO 500ml	
9148	S. RINGER 500ml	
134489	VOLUMEN 6%	
COD.	OUTROS	QUANT.
	PREPARADO CIRURGIA	30
	N° 50, N° 22, N° 18	
	PREPARADO 325	01

Assinatura de Oliveira Alves
 11/11/2018
 11/11/2018

NOME: Rosa Guimarães APTO: _____
CONVÊNIO: SUS IDADE: 38 SEXO: ☒ M ☐ F
NÚMERO DA CARTEIRA: [][][][][][][][][][][][][][][] INÍCIO: 16:00
GUIA DE INTERNAÇÃO: [][][][][][][][][][][][][][][] TERMINO: 17:45
SENHA: [][][][][][][][][][][][][][][] HORÁRIO ESPECIAL:
☐ SIM ☐ NÃO
DATA DE NASCIMENTO: 08/11/1980

CIRURGIA

☒ ELETIVA ☐ URGÊNCIA

☐ AMBULATORIAL

ESTADO FÍSICO (ASA)

☐ I ☒ II ☐ III ☐ IV ☐ V

DATA:

30 / 12 / 18

Adrenalina
Atropina
Bextra
Bupivacaina
Bupivocaina
Bupivacaina
Cipro
Clozane
Decatron
Dipirona
Diprivan
Diprivan PF
Debuton

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura de Tornozelo D.

1ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares)

2ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares)

Equipe Anestesiológica

Instrumentador(a)

Procedimientos Realizados:

Códigos

[illegible]

TORNIQUETE		Tempo	
LOCAL:			
Pulso ●			
PA V	180		
PA A			
PA T	150		
TEM ▲	120		
PVC △	90		
Início Anest. X	60		
Início Cirur. ○	30		
Término Cirur. ⊗			
RESP	ESP		
○	ASS CONT.		

[illegible]

A ANESTESIA	INDUÇÃO	INTUBAÇÃO TUBO Nº	☒ ANESTESIA REGIONAL	☐ ANESTESIA REGIONAL	PUNÇÃO	EQUIPAMENTOS UTILIZADOS
	☐ Inalatória ☐ Venosa MANUTENÇÃO ☐ Inalatória	☐ Oral ☐ Nasal ☐ C/Balão ☐ S/Balão	☐ Peridural ☒ Raqui-anestesia ☐ Epidural Sacra ☐ N. Periférico	☐ P Braq/Cervical ☐ Suprclavicular ☐ Interscafélico ☐ Axilar	☒ Mediana ☐ Paramediana ☒ Sentada ☐ DL ☐ D ☐ E	

Dobutrex
 Dormonid
 Efedrina
 Esmeron
 Fentanil
 Flagyl
 Forane
 Halotano
 Hidrocort
 Hypnomi
 Kefazol
 Keflin
 Ketalar
 Lasix
 Liqueami
 Metherg
 Morfina
 Narcan
 Naporil
 Nimblu
 Niprid
 Noradr
 Norcu
 Ociloc
 Pavul
 Plasil
 Profe
 Prost
 Quell
 Rapt
 Revh
 Sevo
 Surf
 Tilet
 Tacr
 Ultiv
 Vaili
 Xyl
 Xyl
 Xyl
 Zof
 Azi
 Azi
 S. I
 S. I
 S. I
 C.
 Plu
 O.
 N.
 Ci
 Al
 I
 A
 A
 A
 A
 C
 C



LAUDO RADIOLOGICO

INICIAL=FRATURA BIMALOLAR DE TORNOCZELO

CONTROL= FRATURA BIMALOLAR DE TORNOCZELO COM OSTEOSSINTESIS PACIENTE ATENDIDO PE-
NO HOSPITAL ANTONIO FORAM
CUJAS DESPESAS AO SUS
COBRADAS

DATA 10 / 12 / 18

ROMELSON
1508
1005

HOSPITAL ANTONIO TARGINO		EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		IDADE:	
NOME: <u>Carla Carneiro</u>		LEITO:		MÉDICO:	
ALA:					
DATA: <u>10/12/12</u>					
MANHÃ					
PACIENTE ATENDIDO PELO SUS NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO CUJAS DESPESAS FORAM COBRADAS AO SUS					
TARDE					
paciente segue montada quando estava consciente, orientado, está sem anormalidades segues em COBRADAS AO SUS					
Jucara Andrade da Oliveira Técnico de Enfermagem COREN- 709726 PB					
NOITE					
Paciente segue estável calma RI de Hefe, y solida olivosa presente, ofusca SSUV segue oos hólodes Guros.					
Raquel Neris Téc. de Enfermagem COREN- 709726 PB					



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA:	26/11/2018	HORA:	14:15 HRS	ID Nº:	1739943
NOME:	GEOVA GUIMARÃES				
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
LOCAL:	R - FRANCISCO ANTONIO DO NASCIMENTO - SANTO ANTONIO				
COMPLEMENTO:	EM FRENTE AO POSTO IPIRANGA				
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB				
DADOS DA REMOÇÃO					
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma					

Campina Grande, 20 de dezembro de 2018.


Deoclecio P. Nascimento
SUPERVISOR

Deoclecio P. Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: **0094467/19** CPF da vítima: **033.191.86418** Nome completo da vítima: **Geova Guimarães**

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

Nome completo: **Geova Guimarães** CPF: **033.191.86418**
Profissão: **autônomo** Endereço: **Rua Adenilson Gomes de Sá** Número: **127** Complemento:
Bairro: **Centro** Cidade: **Morarianduba** Estado: **PB** CEP: **58120-000**
E-mail: **inacio bruno ade@gmail.com** Tel.(DDD): **83 33341188**

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)

AGÊNCIA: **0041** CONTA: **490631**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, **Campesina Grande - PB 20/03/2018**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Geova Guimarães
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____

2º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura



(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE MASSARANDUBA
RUA JOSÉ BENÍCIO - CENTRO - MASSARANDUBA - 58100-000 -

OCORRÊNCIA Nº 000735/19

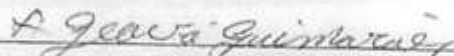
CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

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 000735/19 registrada em 28/01/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e oito dias do mês de janeiro do ano de 2019, nesta cidade de MASSARANDUBA, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE MASSARANDUBA, quando encontrava-se presente o Bel. NILO SIQUEIRA SOBRINHO, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 08:58 horas, compareceu o Sr. GEOVÁ GUIMARAES, com 0 ano de idade, filho de DANIEL TAVARES GUIMARAES e MARIA DO SOCORRO SOUZA GUIMARAES, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de MASSARANDUBA - PB, escolaridade Medio Completo, portador da Cédula de Identidade Nº 2434143, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 03319186418, residindo à rua ADERBAL GOMES DA SILVA, na cidade de MASSARANDUBA - PB.

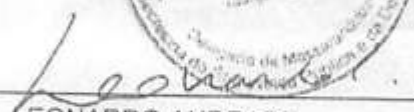
Declarou que:

O comunicante compareceu nesta delegacia para informar que foi vítima de acidente de trânsito na data de 26/11/2018, por volta das 14:15, no bairro do Santo Antonio em Campina Grande; QUE a vítima estava pilotando sua motocicleta marca honda XRE 190, ano 2016, cor vermelha, placa QFV 5387/PB, CHASSI 9C2MD4100GR006866, registrada em nome de FELIPE DE OLIVEIRA CARVALHO quando perdeu o controle e colidiu com outra motocicleta, tendo escoriações pelo corpo conforme comprova laudo médico em anexo. 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.

MASSARANDUBA, Segunda-feira, 28 de Janeiro de 2019


GEOVÁ GUIMARAES

Declarante


LEONARDO ANDRADE

Escrivão



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: **0094467/19** CPF da vítima: **033.191.86418** Nome completo da vítima: **Geova Guimarães**

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

Nome completo: **Geova Guimarães** CPF: **033.191.86418**
Profissão: **autônomo** Endereço: **Rua Adenilson Gomes de Sá** Número: **127** Complemento:
Bairro: **Centro** Cidade: **Morarianduba** Estado: **PB** CEP: **58120-000**
E-mail: **inacio bruno ade@gmail.com** Tel.(DDD): **83 33341188**

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)

AGÊNCIA: **0041** CONTA: **490631**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, **Campesina Grande - PB 20/03/2018**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Geova Guimarães
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____
2º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEOVA GUIMARAES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000490631-0

Nr. da Autenticação EC2C4F51520C988D

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0366509/19

Vítima: GEOVA GUIMARAES

CPF: 033.191.864-18

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEOVA GUIMARAES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GEOVA GUIMARAES : 033.191.864-18

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: 21/10/2019
Nome: GEOVA GUIMARAES
CPF: 033.191.864-18

GEOVA GUIMARAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/10/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190595089 **Cidade:** Massaranduba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEOVA GUIMARAES **Data do acidente:** 26/11/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PILÃO TIBIAL DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS- PAG 11) E ALTA MÉDICA

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

http://10...

GOVERNO
DO ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1781609

CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL 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: 26/11/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Adriana Pereira Rodrigues

PACIENTE: GEOVA GUIMARAES

CEP:58120000

Nascimento:08/11/1980

Endereço:ADEVAL GOMES

Sexo:M

Telefone:

Cidade: Massaranduba

Idade:038

Bairro:CENTRO

Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO SOUZA GUIMARAES

RG:

Nº:173

Responsável:

CPF: 033.191.864

Profissão:

Estado Civil:Divorciado(a)

Data de
Atend:26/11/2018

CNS:707805632632614

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 15:18:42

CONVÊNIO:SUS

Médico:

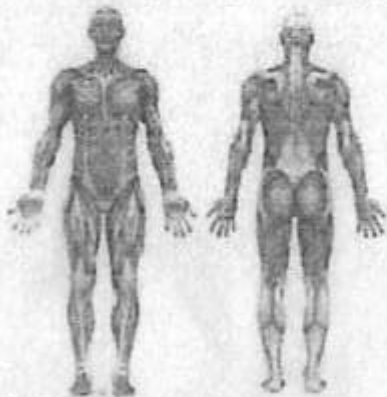
CRM:

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Ingurgitamento Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dcr | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encaixado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Paresia |
| 14. F. Cortado | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinorragia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

TAT. Do limbo T...

HTCG-Painel Administrativo

Otopedica

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLINICOS

Exame físico realizado em 26/11/2018

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow PA HGT: SatO2

CONTA. INTERNA HGT. T.D.

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às Dia / /

Especialista: / às Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

RAIA
REALIZADO EM:
26/11/18

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

5440

Nome:	Glória Guimarães		
End:	Adm. Gomes 173	Bairro:	Centro / Manacá
Data de Nascimento:	08.11.80	Documento de Identificação:	
Queixa:	doe mto	Data do Atend.:	26.11.18
		Hora:	15:10
		Documento:	
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fúteis de dor () Gemente
Frequência respiratória:		Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:	140/90	Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:	116	Mucosas:	() Normocorada () Pálida
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca		

Estratificação

MOD. 110

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

feto vital EV. 14.5
alegria a dipnóia

Assinatura e carimbo do profissional

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente

GEORGE GUIMARÃES

(X) Diária à 9

Alcôjamento

Leito

Convênio

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

(X)

Otorrinolaringologista

26/12/12

Exame físico: Laringe, faringe, amígdalas, tonsiloides, glândulas, etc.

Exame de audiometria: (2)

Condição: Satisfatória

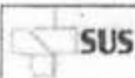
25/12/12 Hospital

8. Surtos de

at

Depto. de Otorrinolaringologia

Depto. de Otorrinolaringologia



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

GEOVA GUIMARAES

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1781641

7 - CARTÃO DO SUS

707805632632614

8 - DATA DE NASCIMENTO

08/11/1980

9 - SEXO

Masc ☒ hFem ☐ h

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARIA DO SOCORRO SOUZA GUIMARAES

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DE TELEFONE

83

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

ADEVAL GOMES, 173, CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Massaranduba

14 - CÓDIGO MUNICIPAL

250920

15 - UF

PB

16 - CEP

58120000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Dr + 1 dia de febre +
depressão anterior*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Quemose + edema glan

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

✓

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Inf. de VHS Tibial

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervenção Hospitalar / Cirurgia

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

ORTO

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016285320999

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

OTAVIO FERREIRA JUNIOR

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

26/11/2018

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOE

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

/ /

Geova, Gumaraes
946077
08/11/1980
38 YEAR
N

HOSPITAL ANTONIO T
UN

24/12/2018 0





Prontuário
946077

Atendimento
2321411

Reserva/Guia
Data 10/12/2018 Hora 13:33
Telefone R.G. Codigo CNS
8398100293 2434143 707805632632614

Paciente
GEOVA GUIMARAES [CPF: 3319186418]
Endereço
ADERBAL GOMES
Bairro
CENTRO
Nome da Mãe
MARIA DO SOCORRO SOUZA GUIMARAES
Responsável
GEOVA GUIMARAES
Bairro
CENTRO

Sexo Est. Civil
M
Dt Nasc. 08/11/1980
Num. Complemento 53
Cidade
MASSARANDUBA

Profissão

UF
PB

Médico Atendente
2305 RAILTON MARINHO DA COSTA [CRM: 3965] [CPF: 45623562434]
Procedimento

Setor
3009 SECRETARIA SUS

Convênio
50 SUS

Acomodação
POSTO: - ENFERMARIA: - LEITO:

Data mín. para alta - 10/12/2018 Data máx. para alta - 10/12/2018

Atendente - MARCELA OLIVEIRA NASCIMENTO

Resumo de Tratamento

Acompanhante.....? [] Sim [X] Não Data admissão 10/12/2018 Data alta 11/12/18
Internação anterior..? [] Sim [] Não Hora admissão : Hora alta 08:00
Alta....: Curado.....: [] Melhorado.....: [X] Inalterado.....: [] Clínica..: Médica.....: []
Piorado.....: [] A pedido.....: [] Indisciplina.....: [] Cirúrgica.....: []
Transferido....: [] Falecimento.....: [] Evasão.....: [] Obstétrica...: []

Diagnóstico:

Internação.: _____ Cid _____

Definitivo...: _____

Histórico:

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

ORTOSE/PROTESE

Alta - 1
Perm - 2
Transf - 3
Óbito - 4

Raio X:
[X] Simples

Uti
Entrada ____/____/____
Saída ____/____/____

Motivo

[J] Sangue..: [] Rh.: [] [] A [] B [] C [] D [] E [] F [] G

Caract. Trat. _____

Carimbo e Assinatura do Médico

RX REALIZADO
EM 10/12/2018

HOSP TA
ANTONIO TARGINO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

Geova Guimarães

Nº:

J Gaudencio

LEITO:

104

CONVENIO:

SUS

DIAGNÓSTICO:

DATA:

10/12/18

MEDICAMENTOS

HORARIO

10/12/18

Prescrição

19:00

S. Penicilina 1000

18

S. Fluclo 100

102

Cefotaxima 1000

18

24

06

Dipirona

18

24

06

W/over

24

e - (over)

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUSTAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUSDR. RAFAEL MANTOVANI
CRM 10.710 - RORAMA
RUA 10, 100 - JARDIM
MANTOVANI - JARDIM

EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente com
fr. torção,
febril - em prPaciente
atendido pelo SUS
no Hospital Antonio Targino
CUSTAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUSDR. RAFAEL MANTOVANI
CRM 10.710 - RORAMA
RUA 10, 100 - JARDIM
MANTOVANI - JARDIM

INDEX

A1A:

LEITO:

CONVENIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA:

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

11/18 Quers 6-70

S. Group 1000

Оформлено 15.06.86

Director C-66

10/15/15

DEC 9 1964

CURTIS

EVOLUÇÃO MÉDICA

EVOLUÇÃO MÉDICA

Amel no 1 e 2
A.O. mel. 1 e 2

PACIENTE INT.
NO HOSPIT.
CURAS

[Handwritten signature]

RECEIVED
U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION
WASHINGTON, D.C. 20535
JAN 14 1964

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL DEBENDO PAGAR
SUAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

NOME: Carla Casanova

IDADE:

AUC:

LEITO:

MÉDICO:

DATA: 10/12/18

MANHÃ

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

TARDE

Paciente segue monitorado quando
estiver consciente, orientado, está
em condições de atividades. segue
em condições de estar
em condições de estar

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

Jucara Andrade de Oliveira
Técnico de Enfermagem
COREN: 709726 PB

NOITE

Paciente segue estável calma. Foi
de hoje, quando chegou ao hospital, apresentando
suas sequelas. segue com sequelas. Gostou.

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

Raquel Neris
Téc. de Enfermagem
COREN: 709726 PB

PACIENTE: Olivero Olivero
 Nº DO PRONTUÁRIO: _____ Nº DO ATENDIMENTO: _____
 DATA DA OPERAÇÃO: 10/12/18 ENFERMARIA: _____ LEITO: _____
 OPERADOR: Wilton
 1ª AUXILIAR: Luciana 2ª AUXILIAR: _____
 3ª AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____
 ANESTESISTA: Luiz TIPO DE ANESTESIA: _____
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Ref. tumor D
 TIPO DE OPERAÇÃO: Ref. tumor D
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: Ref. tumor D
 RELATÓRIO MEIO DA PATOLOGIA: _____
 EXAME RADIOLOGICO DO TOPO: _____
 ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: _____

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
 NO HOSPITAL ANTONIO TÁRCINO
 CUSTAS DESPESAS FORAM
 COBRADAS AO SUS

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO: AT CAE TÉCNICA-LIGADURAS-DRENAGEM-SUTURA-MATEMÁTICA-NEGADO-ASPECTO-VICERAS

Ampliada com
tumor
lobos
no
hemifor
leões
sentis
exf
Chf

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
 NO HOSPITAL ANTONIO TÁRCINO
 CUSTAS DESPESAS FORAM
 COBRADAS AO SUS

DATA: 50 152 12028

CIRURGIA: Te ni Kemerō (Muyor sam Pina Oñ Tokno)

CIRURGIÃO: Dr. L. L. L. L. L.

AUXILIAR:

AUXILIAR:

ANESTESISTA: DR. K. K. K.

CIRCULANTE *gavro*

SALA: 07

HORÁRIO: INÍCIO: 1600

FINAL 26 : 45

COD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1872	ADRENALINA	
1880	ÁGUA DESTILADA	
1899	AMINOFILINA	
1929	ARAMIN	
2070	ATROPINA	
265799	BEXTRA	
1902	BICARBONATO DE SÓDIO	
4050	CEFALOTINA 1g	02
122769	CEFAZOLINA 1g	
1767	CEFTRIAXONA	
154686	CETROPROFENOLOL	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO	
2003	CLORETO DE SÓDIO	
5304	DEXAMETASONA	
4056	DICLOFENACO SÓDICO	
2020	DIPIRONA	
5673	DOPAMINA	
32190	EFEDRINA	
5339	FENERGAN	
2038	FUROSEMIDA	
4286	GARAMICINA	
2046	GLICOSE 50%	
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO	
5396	HEPARINA	
5380	HIDROCORTISONA	
2082	METOCLOPRAMIDA	
37859	NAUSEDRON 8mg	01
69906	OMEPRAZOL 40mg	
70181	PROSTIGMINE	
70238	QUELICIM	
28819	RANITIDINA	01
70335	SOLUMEDROL 500mg	
403792	TORADOL	
70971	TRANSAMIN	
70572	TILATIL 40mg	
COD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.
70254	ALFENTANILA	
6885	DIEMPAZ 10mg	
3026	DIMORF 1.0mg	
3034	DIMORF 0.2mg	01
126149	DIMORF 10mg	
69955	DORMONID	01
69839	DORMONID COMP.	
46860	FENOBARBITAL	
8869	HIDANTAL	
9962	KETALAR	
69620	PETIDINA	
73210	TRAMAL	
146832	ULTIVA	
COD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
70548	ATRACURIO	
126233	CISATRACURIO	
9091	ETOMIDATO	
3042	FENTANIL	
2801	LIDOCAINA 2% C/V	
2119	LIDOCAINA 2% S/V	
2810	LIDOCAINA GELEIA	
2180	NEOCAINA 0.5% C/V	
70750	NEOCAINA 0.5% S/V	
1996	NEOCAINA PESADA	01
3212	NILPERIDOL	
142384	NOVAPUPI C/V	
97449	NOVAPUPI ISOBÁRICA	
264580	NOVAPUPI S/V	
2216	PANCURONIO	
82031	PROPOFOL	
142451	ROCURÔNIO	
24678	SEVORANE	
1945	XYLESTESIN SPRAY	

COD.	MATERIAL	QUANT.
107329	ADAPTADOR P/ SORO	01
110089	AG. RAQUI 27BD	
120089	AG. RAQUI 25BD	01
161281	AG. RAQUI P/ OBESO BD	
161281	AGULHA DESCARTÁVEL N°	
161281	AGULHA PERIDURAL N°	
161281	AGULHA RAQUI N°	
2259	ALGODÃO HIDRÓFILO	09
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	02
	ATADURA CREPON N° 25	02
	ATADURA GESSADA	
2356	BOLSA COLOSTOMIA	
	CÂNULA TRAQUEOSTOMIA N°	
211958	CAPA PARA VÍDEO	
2426	CATETER OXIGÊNIO	01
27680	COLETOR URINA ABERTO	
27680	COLETOR URINA FECHADO	
	COMPRESSAS	
142341	COMPRESSAS 25X28	02
	DRENO PENROSE N°	
	DRENO SUÇÃO N°	
	DRENO TÓRAX N°	
59587	ELETRODO	05
2585	EQUIPO MACROGOTAS	01
287393	EQUIPO P/ ARTROSCOPIA	
2615	ESPARADRAPO	50cm
20117	FITA GLICEMIA	
142220	GAZES 7,5X7,5	09
	GAZES	
3425	GELFOAM	
80917	GILETE	
	GUENDEL N°	
3468	INTRACATH	
	JEICO N° 28	01
	LÂMINA BISTURI N° 213	02
132709	LUVAS 6.5	
111209	LUVAS 7.0	01
40126	LUVAS 7.5	03
3522	LUVAS 8.0	
149870	LUVAS 8.5	
69752	MICROPORE LARGO	
	SCALPS N°	
3735	SERINGA DE 01cc	
3700	SERINGA DE 03cc	
3719	SERINGA DE 05cc	
3689	SERINGA DE 10cc	
3697	SERINGA DE 20cc	
341797	SERINGA DE 60cc (bico longo/curto)	
	SONDA FOLEY N°	
	SONDA NELATON	
	SONDA NSG	
	SONDA RETAL	
53937	SURGEL	
4081	TORNEIRA 03 VIAS	
	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	

COD.	FIOS	QUANT.
	ACIFLEX N°	
	ALGODÃO CIA N°	
	ALGODÃO S/A N°	
	CROMADO CIA N° 30.	01
	CROMADO S/A N°	
	ETHIBOND N°	
	FITA CARDIACA	
	MONOCRYL N°	
	MONONYLON N° 2.000	04
	PROLENE N°	
	VICRYL N°	
COD.	SOLUÇÕES	QUANT.
2330	ÁGUA OXIGENADA	
149217	ÁLCOOL	
304000	CLOREXIDINA	3 cmf
2631	ÉTER	
3603	PVPI DEGERMANTE	
3611	PVPI TÓPICO	
4111	VASELINA	
COD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	APARELHOS	
	AR COMPRIMIDO	
	ASPIRADOR ELÉTRICO	
	BISTURI ELÉTRICO	
	CAPNOGRAFO	
	CRANIOTOMO	
	INTENSIFICADOR	45 min
	MICROSCÓPICO CIRUR.	
	MONITOR CARDÍACO	45 min
	NITROGÊNIO	
	ÓXIDO NITROSO	
	OXIGÊNIO	2 lit/min
	OXÍMETRO DE PULSON	45 min
	VÁCUO	
COD.	SOROS	QUANT.
9156	MANITOL 20%	
174459	PURISOLE 1000ml	
63681	S. FISIOLÓGICO 1000ml	
98229	S. FISIOLÓGICO 100ml	
9172	S. FISIOLÓGICO 250ml	
9164	S. FISIOLÓGICO 500ml	
9180	S. GLICOSADO 250ml	
9199	S. GLICOSADO 500ml	
9148	S. RINGER 500ml	
134489	VOLUMEN 8%	
COD.	OUTROS	QUANT.
	PROFUSÃO CATETER N° 50, N° 22, N° 18	10
	PLACA TUBULAR 12x	01

Sônia de Oliveira Alves
 116-082828-2828
 CARIER - 011 011 181-181

PREVIOUS CATIONS 10
N: 50, N: 22, N: 18

PERITUBULAR ICF 01

~~Saulo de Oliveira Alves~~

NOME: <u>Rosa Fernandes</u>		APTO: _____
CONVÊNIO: <u>SUS</u>	IDADE: <u>38</u>	SEXO: ☒ M ☐ F
NÚMERO DA CARTEIRA:	HÓRARIO: <u>16:00</u>	
GUIA DE INTERNAÇÃO:	TERMINO: <u>15:45</u>	
BENEFICÁRIO:	HORÁRIO ESPECIAL: ☐ SIM ☒ NÃO	
DATA DE NASCIMENTO: <u>08/11/1980</u>		

CIRURGIA	
☒ ELTIVA	☐ URGÊNCIA
☐ AMBULATORIAL	
ESQUEMA FÍSICO (ASA)	
I	II
III	IV
V	VI
DATA: <u>10/12/18</u>	

Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Fratura de Tornozelo D.</u>		Computer
		Domald 1
		Elodie
1ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares) <u>Dr. Ruyton de Azevedo</u>	2ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares)	Emerson
		Genival

Equipe Anestesiologia	(Instrumentador(a))	☐ Restorão ☐ Flap ☐ Porão
Dra. Kátia Lemos	Flavio + waleska	

Procedimentos Realizados:	Códigos	Halotano Hidroco Hynam Kafazol Ketila Ketalar Lado Ligam Metarg Morfin Naran N...
Redução de pressão com furo		

[illegible][illegible]

INDICAÇÃO	☐ Insalatória ☐ Venosa	☐ Oral ☐ Nasal ☐ C/Belbo ☐ Retal	☒ ANESTESIA REGIONAL ☐ ANESTESIA REGIONAL ☐ P Braço/Carotíal ☐ Supraclavicular ☐ Interschultéro ☐ Axilar	☒ Mediana ☒ Bentada ☐ Cl ☐ O ☐ E	☐ Paramediana ☐	EQUIPAMENTOS UTILIZADOS ☐ Aspirador ☒ ECG ☒ Oxímetro ☐ Sonda ☐ Bix ☐ Pa Invasiva

LAUDO RADIOLOGICO

INICIAL-FRATURA BIMALOLAR DE TORNOZELO

CONTROL 2- FRATURA BIMALOLAR DE TORNOZELO COM OSTEOSSINT

PACIENTE ATENDIDO PE
HOSPITAL ANTONIO FORAM
NO SUAS DESPESAS AO SUS
COBRADAS

DATA 10 / 12 / 18

Assinatura
Romeo
1998

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADENS DE PARLAMENTO NACIONAL DE TRANSNHEI TAMBORA NACIONAL DE HABITUAÇÃO	
NOME GEOVA GUIMARAES	SOCIEDADES / ONG EMISSOR SP 2434143 BSLP PB
	CPF DATA NASCIMENTO 033.191.864-18 08/11/1980
	FUNÇÃO DANIEL TAVARES GUIMARAES MARIA DO SOCORRO SOUZA GUIMARAES
PERMISSÃO 	ACC
Nº REGISTRO 06343454830	VALIDEZ 27/05/2020
	1ª MARCAÇÃO 14/01/2016
OBSERVAÇÕES	
_____ ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL JOAO PESSOA, PB	DATA EMISSÃO 26/01/2017
_____ ASSINATURA DO EMISSOR	16060663652 PB034025405
PARAÍBA	

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014200932675
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 0109999212-2 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME
FELIPE DE OLIVEIRA CARVALHO

CPF / CNPJ 10796074470 PLACA QFV5387/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB CHASSI 9C2MD4100GR006866

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL ALCG/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/XRE 190 ANO FAB 2016 ANO MOD 2016

CAP / POT / CIL 2 P/184 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000 1ª
FAIXA I.R.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 0 2ª
3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 21/08/2018

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

MASSARANDUBA - PB LOCAL DATA 21/08/2018

42234

19925

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

PB Nº 014200932675 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 21/08/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 10796074470 PLACA QFV5387/PB

RENAVAM 01099992122 MARCA / MODELO HONDA/XRE 190

ANO FAB 2016 CAT. TARE 9 Nº CHASSI 9C2MD4100GR006866

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
***** SEGURO P A G O

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
S COTA ÚNICA PARCELADO 21/08/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

19925-1324333-20180821



JOSÉFA DANIELA SOUZA GUIMARÃES
RUA ADEMAR GOMES DA SILVA, 121 - CENTRO
MACEIÓ/AL - CEP: 58120-000 (A/C: 401)

Encasso: 17/01/2019 Referência: Jan/2019

Cidade: Maceió/AL - Rua: R. A. B. S. - CEP: 58000-000

Medidor: 00000013062 Nº medidor: 00000013062

Nota Fiscal: Conta de Energia Nº002.000.000.000

Cel. para SMS Atendimento: 08000230196

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196

CPF/CNPJ/RAEI

15/02/2019

000.026.624-09

4/211138-3

Canal de contato

Térça Social de Energia Básica - TSBEB foi criada pela Lei

nº 10.438, de 20 de set/2002

- Exercício de arrecadação da Reserva 2010 de 10 a 14 de

dezembro de 2010

Reservista, inscreva-se em sua Organização Militar

Anterior

Atual

Consumo

Constante

Dias

17/12/18

17/01/19

17/01/19

17/01/19

17/01/19

17/01/19

17/01/19

17/01/19

17/01/19

17/01/19

17/01/19

17/01/19

17/01/19

17/01/19

17/01/19

17/01/19

17/01/19

17/01/19

17/01/19

17/01/19

17/01/19

17/01/19

17/01/19

17/01/19

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0366509/19 CPF da vítima: 033.191.86418 Nome completo da vítima: Geova Guimarães

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

Nome completo: Geova Guimarães CPF: 03319186418
Profissão: autônomo Endereço: Rua Adenival Gomes de Sá Número: 127 Complemento:
Bairro: Centro Cidade: Mossoró/RN Estado: RN CEP: 58120000
E-mail: maewbrunoade@gmail.com Tel.(DDD): 8333341288

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: 0041 CONTA: 490631 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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: Campo Grande - MS 24/10/2018
Nome:
CPF:

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:
CPF:
Assinatura:
2ª | Nome:
CPF:
Assinatura:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Geova Guimarães
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 26/11/2018	HORA: 14:15 HRS	ID Nº: 1739943
NOME: GEOVA GUIMARÃES		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: R - FRANCISCO ANTONIO DO NASCIMENTO - SANTO ANTONIO		
COMPLEMENTO: EM FRENTE AO POSTO IPIRANGA		
CIDADE: CAMPINA GRANDE / PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma		

Campina Grande, 20 de dezembro de 2018.


Deoclecio P. Nascimento
SUPERVISOR

Deoclecio P. Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0366509/19	CPF da vítima: 033.191.86418	Nome completo da vítima: Geova Guimarães
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Geova Guimarães		CPF: 03319186418
Profissão: autônomo	Endereço: Rua Adenival Gomes de Silva	Número: 127
Bairro: Centro	Cidade: Mossoró/RN	CEP: 58120000
E-mail: maewbrunoada@gmail.com		Tel.(DDD): 8333341288

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: 0041	CONTA: 490631	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **Campo Grande - MS 24/10/2018**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Geova Guimarães

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE MASSARANDUBA
RUA JOSÉ BENÍCIO - CENTRO - MASSARANDUBA - 58100-000 -

OCORRÊNCIA Nº 000735/19

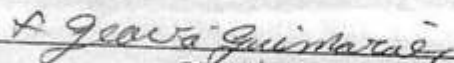
CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

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 000735/19 registrada em 28/01/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e oito dias do mês de janeiro do ano de 2019, nesta cidade de MASSARANDUBA, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE MASSARANDUBA, quando encontrava-se presente o Bel. NILO SIQUEIRA SOBRINHO, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 08:58 horas, compareceu o Sr. GEOVÁ GUIMARAES, com 0 ano de idade, filho de DANIEL TAVARES GUIMARAES e MARIA DO SOCORRO SOUZA GUIMARAES, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de MASSARANDUBA - PB, escolaridade Médio Completo, portador da Cédula de Identidade Nº 2434143, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 03319186418, residindo à rua ADERBAL GOMES DA SILVA, na cidade de MASSARANDUBA - PB.

Declarou que:

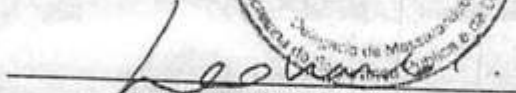
O comunicante compareceu nesta delegacia para informar que foi vítima de acidente de trânsito na data de 26/11/2018, por volta das 14:15, no bairro do Santo Antonio em Campina Grande; QUE a vítima estava pilotando sua motocicleta marca honda XRE 190, ano 2016, cor vermelha, placa QFV 5387/PB, CHASSI 9C2MD4100GR006866, registrada em nome de FELIPE DE OLIVEIRA CARVALHO quando perdeu o controle e colidiu com outra motocicleta, tendo escoriações pelo corpo conforme comprova laudo médico em anexo. 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.

MASSARANDUBA, Segunda-feira, 28 de Janeiro de 2019


GEOVÁ GUIMARAES

Declarante




LEONARDO ANDRADE

Escrivão

Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190595089

Vítima: GEOVA GUIMARAES

Data do Acidente: 26/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GEOVA GUIMARAES

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

