



Número: **0800956-29.2018.8.15.0981**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Queimadas**

Última distribuição : **30/07/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ADRIANO RAMOS MOREIRA (AUTOR)		AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32750889	29/07/2020 11:48	2737361_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 09 de Março de 2017

Carta nº: 10628048

A/C: ADRIANO RAMOS MOREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170129285 ASL-0085681/17

Vitima: ADRIANO RAMOS MOREIRA

Data Acidente: 16/09/2016

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 SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01917/01918 - carta_01



Rio de Janeiro, 13 de Março de 2017

Carta nº: 10646165

A/C: ADRIANO RAMOS MOREIRA

Sinistro: 3170129285 ASL-0085681/17
Vítima: ADRIANO RAMOS MOREIRA
Data Acidente: 16/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

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!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00883/00884 - carta_02



Rio de Janeiro, 21 de Março de 2017

Carta nº: 10692601

A/C: ADRIANO RAMOS MOREIRA

Sinistro: 3170129285 ASL-0085681/17
Vitima: ADRIANO RAMOS MOREIRA
Data Acidente: 16/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **ADRIANO RAMOS MOREIRA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **237**

Agência: **000005784-3**

Conta: **000000006035-6**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01561/01562 - carta_15R



00020781





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



0014

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO

DocNet www.ironmountain.com.br



AAAA419473256

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Aurônio Roman Mourão

PORTADOR(A) DO RG Nº 2969523 EXPEDIDO POR SSP EM 21/12/2001 E

CPF 058724114-09 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Morista

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 0 MESMO

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritas à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 234 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5784 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0006035-6

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Queimados 19. 07 de Julho de 2017

LOCAL E DATA

Aurônio Roman Mourão

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/07/2020 11:48:00

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072911475987400000031364128>

Número do documento: 20072911475987400000031364128



AAAA419473263



Bradesco

Dia & Noite

BDN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA FACIL

TERM. 051558

ADRIANO RAMOS MOREIRA
AGENCIA 5784 CONTA 0006035-609:48 HRS
21/JAN/2017

DISPONIVEL

= TOTAL DISPONIVEL 9,60-
+ CONTA FACIL (C/C + POUF) 9,60-

TOTAL DE RECURSOS 9,60-

MOVIMENTACAO - CONTA FACIL - (C/C + POUF)

-----DEZEMBRO/2016-----

DIA	HISTORICO	N. DOCTO	VALOR
-----	-----------	----------	-------

SAL DO ANTERIOR

R\$ 0,00

STORPORA LIDER PRINT 6 7 15/02/2017 12:25 - 00000165029



**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

Nome do(a) Examinado(a): Adriano Ramos Moreira
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Gravatar, S/N
Zona Rural Queimadas PB CEP: 58475-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 2969523
Data local do exame: [15/03/2017] Campina Grande [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
- FRATURA DE PLATO TIBIAL D
PRESEÇA DE CICATRIZ CIRURGICA NA PERNA D, 1/3 SUPERIOR, DEFORMIDADE ARTICULAR, EDEMA RESIDUAL, ADM DO JOELHO COM
LEVE LIMITAÇÃO PARA FLEXÃO, TNZ PRESERVADO, ATROFIA MUSCULAR LEVE, CLAUDICAÇÃO.**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(☒) Sim () Não
- Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(☒) Sim () Não
- Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
- FOI ATENDIDO NO MESMO DIA DO ACIDENTE, PERMANECU INTERNADO POR 8 DIAS, FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE
FRATURA DE PLATO TIBIAL, FEZ FISIOTERAPIA, FEZ ACOMPANHAMENTO POR 3 MESES.
Data da alta: MEADOS DE DEZEMBRO DE 2016
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIA D, COM USO DE PLACA E PARAFUSOS
Complicações: EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(☒) Sim () Não
- Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatómicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
- DANO ANATÔMICO PELA FRATURA, DEFORMIDADE DO JOELHO D, DIFICULDADE PARA CORRER, LEVE LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO D.**
- Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o 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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| () "Exame não permite conclusão"
<i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> | |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| MEMBRO INFERIOR - Direito | |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
(☒) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
- () Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Schubert Costa
PERITO ASSISTENTE
SAUDE SEG
CRM - 5523





GOV
DA PARAÍBA

DocNet www.ironmountain.com.br
AAAA419472885



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00097.01.2016.2.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00097.01.2016.2.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 03 dias do mês de Novembro de 2016, nesta cidade de Campina Grande, Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos De Campina Grande, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil, Severino de Carvalho Lopes, comigo, Ademir da Costa Vilar, Escrivão De Polícia, às 11:30 horas, compareceu Adriano Ramos Moreira, nacionalidade BRASILEIRA, profissão Motorista, naturalidade Queimadas/Paraíba, data de nascimento 08 de Maio de 1982, idade 34, filiação Maria Ramos da Silva e Raimundo Moreira da Silva, Documento - CNH: 03805481040, residente Sítio Gravata [NÃO INFORMADO] [NÃO INFORMANDO], [NÃO INFORMADO], na cidade de Queimadas/PB, telefone (83) 99125-7092.

Dados dos Fatos:

(1) - Local: Rua Vidal de Negreiros, numero: [NÃO INFORMADO], complemento: [NÃO INFORMADO], Centro, Campina Grande - PB; Tipo do Local: VIA/LOCAL DE ACESSO PÚBLICO (RUA, PRAÇA, ETC); Data/Hora: 16/09/16 16:01

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) - Tipo: MOTO, Modelo: CG 160 FAN ESDI, Marca: Honda, Tipo de Veículo: Moto, Cor: Prata, Ano: 2016, Placa: PCV-0884, Chassi: 9C2KC2200GR114073, RENAVAM: 1083231895, Características Gerais: [NÃO INFORMADO]

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 160 FAN ESDI, Ano/Modelo 2015/2016, cor prata, Placa PCV-0884-PB, Chassi de Nº 9C2KC2200GR114073, licenciada em nome de Deyse Milene da Silva, quando trafegava na rua Vidal de Negreiros, bairro centro, momento em que o condutor do veículo Voyage, de sinais e condutor não identificado, que trafegava em sua frente, e bruscamente parou para a passagem de pedestre na faixa, logo o comunicante vinha atrás acionou os freios de sua moto, mas não deu para livrar, colidiu na lateral do citado veículo, vindo a cair ao solo e sofrendo fratura do Platô tibial na perna direita, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Ademir da Costa Vilar
Escrivão De Polícia

Campina Grande (PB) 03 de Novembro de 2016

Adriano Ramos Moreira
Noticiante



9º OFÍCIO DE NOTAS DE CAMPINA GRANDE - PARAÍBA
República do Brasil, 15 de Novembro de 2016
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/07/2020 11:48:00



Certifico e dou fé, nos termos da lei, que a presente 03 NOV. 2016
cópia fotostática é a reprodução fiel do original que me foi exibido.

SELO DIGITAL - AD21.8984.A459
Consulte a autenticidade em <http://selodigital.tjpb.jus.br>

Leane Mota Amorim
ESCRIVENTE ENCARGADA

Procedimento: 00097.01.2016.2.00.420



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

DocNº

Certificado de Inscrição do IML



AAAA419472901

Eu, Adriano Raimundo Moreira, portador da carteira de identidade nº 2968523 e inscrito no CPF/MF sob o nº 058.727.114-09, residente e domiciliado na Sítio (Município), Zona rural, Cidade Queimadas Estado Pernambuco, 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

Queimadas / PB, 07 de Janeiro de 2017.

Local e data

32619472901 IML DPVAT 8 7 12/02/2017 12:25 - 00000365030





Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional 192-CG



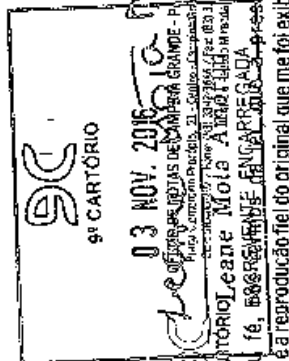
DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito que o SAMU REGIONAL CG - 192, prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente **Adriano Ramos Moreira**, vítima de acidente de trânsito no dia 16 de Setembro de 2016 aproximadamente às 16hs01min, End. Vidal de Negreiros / UNESC - Centro, sendo o paciente atendido e encaminhado para o Hospital de Urgência e Trauma.

SEI/SI/PROJEN LIBER DE/001 & 7 15/02/2017 12:25 - 000000165031

Campina Grande, 03 de Novembro de 2016.

Deoclecio F. Nascimento
Coordenação Administrativa



SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191

SELO DIGITAL - ND24.8982_25PK
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



BRADERCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/03/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANO RAMOS MOREIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05784-3

CONTA: 000000006035-6

Nr. Autenticação

BRADERCO1703201705000000000023705784000000006035472500 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/07/2020 11:48:00

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072911475987400000031364128>

Número do documento: 20072911475987400000031364128

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



DocNet www.ironmountain.com.br



AAAA419473271

Eu, Alduino Romes MoreiraRG nº 2969523, data de expedição 23/12/2001 Órgão SSP

CPF nº 058.727.114-09, 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>Sítio Gramma</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>- -</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Queimadas</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58475.000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98665-1158 / 99623-0857</u>
E-mail	

SERVIDOR LIDER DPJT 8 7 15/02/2017 12:25 - 00000165027

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data Queimadas/PB, 07/01/2017

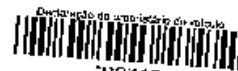
Assinatura do Declarante:

Alduino Romes Moreira

Num. 32750889 - Pág. 12



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, DEYSE MILENE DA SILVARG nº 6448920 data de expedição 1/1Órgão SOS portador do CPF nº 039.759.354-64 com domicílio na cidade de Caruaru no Estado dePernambuco onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)Rua São Paulo, Município de Maracá nº 323complemento 1º andar declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima ADRIANO RAMOS NOBREIRA cujo o condutor eraO MESMOVeículo: motocicletaModelo: HONDA CB 160 TITANAno: 2015/2016Placa: PCV 0884Chassi: 902 KC 22 00 GR 114072Data do Acidente: 16/09/2016Local e Data: Caruaru - PE / 30/01/2017

SERVIDOR LIPER PRINT & 7 15/02/2017 12:24 - 00000165023



Deysa Milene da Silva
Assinatura do Declarante

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



SEGUNDO SERVIÇO NOTARIAL E PROTESTO DE CARUARU - PE

AV. LEOCÁDIO MOTA, 65 - CENTRO - CEP 55060-000 - TEL: (081) 321-0455 / 321-3791 - E-MAIL: contato@segundoseruicio.com.br

RECUPERO, por autenticidade a(s) firma(s) de: DEYSE MILENE DA SILVA

VA eelo:0077073.FLNO1201702.02460

dou fe. CARUARU 30/01/2017 09:23:26

Em testemunho da verdade

Rosiane Zacarias Mota Vieira
Emolumentos R\$3,88 TSAR R\$0,78 Total a Pagar R\$4,66 Oper. THAMIERES

F2

Consulta autenticidade em: www.tjpe.jus.br/scedigital



GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAUDE
HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SUS

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

IDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Idade da Unidade: 00023671

CNPJ: 08-778.268/0001-60

Nome: HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

Cidade: CAMPINA GRANDE

Estado: PARAIBA

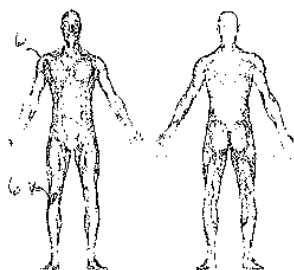
UF: 25

PRONTUÁRIO Nº: 1333185

Nome: ACRIANO RAMOS MOREIRA Sexo: MASCULINO
Profissão: MOTORISTA (AP) 991575049 Documento: 2968523
End.: R JOSE ROBERTO GOMES, 333 Bairro: LIGEIRO
Município: CAMPINA GRANDE Estado: PB CEP: 260400
Data Atendimento: 16/09/2016 18:39h Código do Município: 260400
Canal do SUS: DTA. NASCIMENTO: 09/05/1982 QUEIXAS: ACIDENTE DE MOTO

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. Anelido | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injúria traumática venosa |
| 5. Cratificação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinea |
| 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. Parafuso |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Paralisia |
| 14. F. Contusão | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Minorrregia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinal de isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

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

DIAGNÓSTICO / CID:

Refratário



EXAME FÍSICO

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

em 16/09/2016, às 18:39h, em 16/09/2016, às 18:39h

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografias
() Gasometria arterial () Radiografias
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: _____ As _____ hs Dia _____

Especialista: _____ As _____ hs Dia _____

MÉDICO SOLICITANTE:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS:

1. Titulação 20mg - 2FQ + AD 6V, 10mg

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Carlos Magno A. Nunes
CRM-PB: 22222
RQE: 1701



3.4

DIAGNÓSTICO

Fe. plasm. 7/10/17

Artigo 10, IV

Paciente	Alimentação	Leito	Conteúdo
Nome	Prontidão Médica	Merito	Exatidão Médica
1. Data	1/1/17		
2. Data	1/1/17		
3. Data	1/1/17		
4. Data	1/1/17		
5. Data	1/1/17		
6. Data	1/1/17		
7. Data	1/1/17		
8. Data	1/1/17		
9. Data	1/1/17		
10. Data	1/1/17		
11. Data	1/1/17		
12. Data	1/1/17		
13. Data	1/1/17		
14. Data	1/1/17		
15. Data	1/1/17		
16. Data	1/1/17		
17. Data	1/1/17		
18. Data	1/1/17		
19. Data	1/1/17		
20. Data	1/1/17		
21. Data	1/1/17		
22. Data	1/1/17		
23. Data	1/1/17		
24. Data	1/1/17		
25. Data	1/1/17		
26. Data	1/1/17		
27. Data	1/1/17		
28. Data	1/1/17		
29. Data	1/1/17		
30. Data	1/1/17		
31. Data	1/1/17		
32. Data	1/1/17		
33. Data	1/1/17		
34. Data	1/1/17		
35. Data	1/1/17		
36. Data	1/1/17		
37. Data	1/1/17		
38. Data	1/1/17		
39. Data	1/1/17		
40. Data	1/1/17		
41. Data	1/1/17		
42. Data	1/1/17		
43. Data	1/1/17		
44. Data	1/1/17		
45. Data	1/1/17		
46. Data	1/1/17		
47. Data	1/1/17		
48. Data	1/1/17		
49. Data	1/1/17		
50. Data	1/1/17		
51. Data	1/1/17		
52. Data	1/1/17		
53. Data	1/1/17		
54. Data	1/1/17		
55. Data	1/1/17		
56. Data	1/1/17		
57. Data	1/1/17		
58. Data	1/1/17		
59. Data	1/1/17		
60. Data	1/1/17		
61. Data	1/1/17		
62. Data	1/1/17		
63. Data	1/1/17		
64. Data	1/1/17		
65. Data	1/1/17		
66. Data	1/1/17		
67. Data	1/1/17		
68. Data	1/1/17		
69. Data	1/1/17		
70. Data	1/1/17		
71. Data	1/1/17		
72. Data	1/1/17		
73. Data	1/1/17		
74. Data	1/1/17		
75. Data	1/1/17		
76. Data	1/1/17		
77. Data	1/1/17		
78. Data	1/1/17		
79. Data	1/1/17		
80. Data	1/1/17		
81. Data	1/1/17		
82. Data	1/1/17		
83. Data	1/1/17		
84. Data	1/1/17		
85. Data	1/1/17		
86. Data	1/1/17		
87. Data	1/1/17		
88. Data	1/1/17		
89. Data	1/1/17		
90. Data	1/1/17		
91. Data	1/1/17		
92. Data	1/1/17		
93. Data	1/1/17		
94. Data	1/1/17		
95. Data	1/1/17		
96. Data	1/1/17		
97. Data	1/1/17		
98. Data	1/1/17		
99. Data	1/1/17		
100. Data	1/1/17		

22/03/16 10h P R P.A. 12x80 paciente estável sem
queixas, seguir as curas
da equipe.

DocNet www.ironmountain.com.br
AAAA419472943

22/03/16 11h P R P.A. 12x80 paciente estável sem
queixas, seguir as curas
da equipe.

SUELIO MOREIRA LIDER DPAT 6 7 13/02/2017 12:25 - 00000165034

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

SEGUNDA LIDER DPURT & 7 15/02/2017 12:25 - 000000165035

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

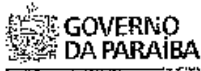
Paciente: Adriano Romão Alojamento: Leito: 3 Convênio: 4

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
1) Difteria tussil			
2) SF 0,8 - 1000ml EV 12			Reg. estável
3) Fillet 20mg, EV, 12/12h 18%			Ap. Neurocon. ok
4) Difinova 1 FA, EV, 0/0h 10%			
5) Clapalotina 3g, EV, 6/6h 10%			
6) Olexane 4mg, SC, 1x/12h			
7) Cimetidina + SSVV, CV, 1x/12h			
			CD:
			① VP em
			② SRx poso - op

Dr. Jefferson Libson L. A. Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 5657 - CRM-PB 10168

Dr. Jefferson Libson L. A. Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 5657 - CRM-PB 10168

MOD. 035



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1 IDENTIFICAÇÃO

Nome: Adriano Ramos Registro: Leito: 3-4 Setor Atual: UTO

2 AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3 AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

() Eupnéia () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

() Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

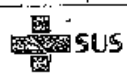
Pulso: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

SEGURO LIDER ORIENT 8 7 15/02/2017 12:26 - 000000163037





AAAA419472992



Sistema Único da Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DE EMERGÊNCIA DE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DE EMERGÊNCIA DE

2 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

4 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

1 - NOME DO PACIENTE

Adriano Marcos Moraes

6 - Nº do PRONTUÁRIO

253081

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

00000000000000000000000000000000

8 - DATA DE NASCIMENTO

28/05/82

9 - SEXO

Masc. [X] Fm. []

10 - NOME DO PAI OU RESPONSÁVEL

Adriano Marcos Moraes

11 - TELEFONE DE CONTATO

83 61 510019

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. São João, 333

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2600301

15 - UF

PB

16 - CEP

53000-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Nar e Queimadura de 1º e 2º grau no antebraço direito e no dorso da mão direita.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Atendimento em UCI

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

Exames realizados: Exame físico, Exame de laboratório.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

0Y-

plate 16

Paciente	Adriano Moraes	Alojamento	9	Leito	3	Convênio	
----------	----------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
24/04	① Jato de ar, tempo 02:00h ② Jato de ar, tempo 02:00h ③ Jato de ar, tempo 02:00h ④ Jato de ar, tempo 02:00h ⑤ Jato de ar, tempo 02:00h ⑥ Jato de ar, tempo 02:00h		5.00h Pat. com pr. op OK! Ajuste de carro Solu. pr. p Dr. Ricardo Amorim G. Filho CRM-PB 0233146
	paciente sem mobiliza - ção por parte de a equipe		Dr. Ricardo Amorim G. Filho CRM-PB 0233146

DocNet www.ironmountain.com



RECEIVED 310ER DEPT 6 7 15/02/2017 12:26 - 0000014504



FOLHA DE ANESTESIA		NOME ADRIANO RAFAEL MORAES		IDADE 35		SEXO M		COR P	
DATA 01/04/2016		PRESSÃO ARTERIAL		PULSO		RESPIRAÇÃO		TEMPERATURA	
TIPO SANGÜÍNEO		HEMATÓCRITO		HEMOGLOBINA		HEMATÓCRITO		GLICEMIA	
URINA		DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRAT. PLATO TITIM D.		ELETROCARDIOGRAMA		PESO		ALTURA	
AP. RESPIRATÓRIO		AP. CIRCULATÓRIO		AP. DIGESTIVO		DENTES		PESSOÇO	
ESTADO MENTAL		ATÁXICOS		CORTICÓIDES		ALERGIA		HIPOTENSORES	
ANESTESIAS ANTERIORES		MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA		APLICAÇÃO		AS		EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS		LÍQUIDOS		CÓDIGOS		VP. ARTERIAL: O. PULSO: D. RESPIRAÇÃO: A.X. ANESTESIA: O. OPERAÇÃO:		INSCRIÇÃO	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		POSICÃO		AGENTES		TÉCNICA		OPERAÇÃO	
CURSOS		ANESTESISTAS		OBSERVAÇÕES		PERDA SANGÜÍNEA		FOLHA DE ANESTESIA - SSPB	

SEBASTIAN JONES APART 6 7 15/02/2017 12:26 - 000000165042







GOVERNO
DA PARAÍBA

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

SAM 11

Ficha de Acolhimento

Nome:	Adriano Ramos Moreira		
End:	Rua José Roberto Soares 333	Bairro:	Pifeiro
Data de Nascimento:	08-05-89	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acidente	Data do Atend:	16-09-16
Acidente de trabalho?	() Sim () Não	Hora:	16:35
		Documento:	DocNet www.ironmountain.com.br AAAA419473040

Classificação de Risco

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

Estratificação

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

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

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110
Marta Aparecida de Jesus
Especialista Saúde Família
COREN-PB 16885

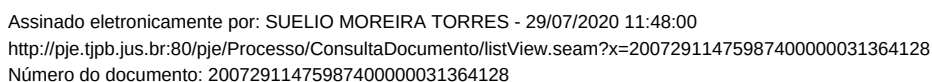
SECRETARIA LIDER DPUB 6 7 15/02/2017 12:26 - 00000163044



plato feb

OCN&I WWW.IONTOUTA.N.COM.B
AAAA419473057

SEIRMINGHAM JUDER INPUT & 7 15/02/2017 12:26 - 000090165046



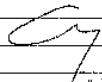
Folha de Tratamento e Evolução

Paciente Adriano LAUD

Alojamento	9
------------	---

Leito

Convênio

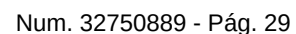
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
18/09	1 - DIETA LIVRE 2 - SRI 500 mL EV CADA 12 H 3 - OMEPRAZOL 40 mg EV CADA 24 H 4 - DÍPIRONA 2.0 ml EV 8 / 8 H 5 - TIATIL 20 mg EV 12 / 12 H 6 - C.C.G.	(GRCO) OK 57. OK OK	A dor foi aliviada com dip
	 Dr. Fabiano Rodrigues de Almeida Médico Responsável		 Dr. Fabiano Rodrigues de Almeida Médico Responsável

DocNet www.docnet.com.br

AAAAA18473073

DocNet www.ironmountain.com.br

 AAAA419473073



18/07/86 130/30 R20 P80 T34

Paciente estável sem
queixas no momento
laudação de enferma
gem mantida.

Carb

DocNet www.ironmountain.com.br
AAAA419473081

18/07/86 130/30 R20 P80 T34

Paciente segue estável
sem queixas no momento
segue medicação em
laudação de enfermagem
mantida.

Carb

SEGURODADE LIDER DEPART 8 7 15/02/2017 12:26 - 00000165048



OK OK

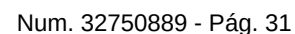
7777 777777
1910
Leito 9 Convênio 4

Dr. Edmundo Rodríguez de Sola
COMISARIA E TRANSMISIÓN
MÉDICO - 1944

Dr. Osmarques Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
1980-00-00-00

DocNet www.jfontmountain.com

 AAAA419473099



07/09/16 . Paciente consciente, orientado
08:00h sendo imobilizado aguardando
Pr: 130/80 oportunidade de cirurgia. Segui
T: 36,2 aos cuidados da equipe. Rubiana 560345

DocNet www.ironmountain.com.br

AAAA419473107

SEQUIBORR LIDER DEPT 8 7 15/02/2017 12:27 - 06900165050



Adriano Ramos Moreira

g. 4

DIAGNÓSTICO

Fratura de fêmur

Paciente	Adriano Ramos Moreira	Atendimento	Leito	HK	Convênio
Data	19/05	Procedimento	5100	24	24
1. Lesão	Lesão				
2. Lesão 180cm EV/24					
3. Lesão 180cm EV/24					
4. Lesão 180cm EV/24					
5. Lesão 180cm EV/24					
6. Lesão 180cm EV/24					
7. Lesão 180cm EV/24					
8. Lesão 180cm EV/24					
9. Lesão 180cm EV/24					
10. Lesão 180cm EV/24					
11. Lesão 180cm EV/24					
12. Lesão 180cm EV/24					
13. Lesão 180cm EV/24					
14. Lesão 180cm EV/24					
15. Lesão 180cm EV/24					
16. Lesão 180cm EV/24					
17. Lesão 180cm EV/24					
18. Lesão 180cm EV/24					
19. Lesão 180cm EV/24					
20. Lesão 180cm EV/24					
21. Lesão 180cm EV/24					
22. Lesão 180cm EV/24					
23. Lesão 180cm EV/24					
24. Lesão 180cm EV/24					
25. Lesão 180cm EV/24					
26. Lesão 180cm EV/24					
27. Lesão 180cm EV/24					
28. Lesão 180cm EV/24					
29. Lesão 180cm EV/24					
30. Lesão 180cm EV/24					
31. Lesão 180cm EV/24					
32. Lesão 180cm EV/24					
33. Lesão 180cm EV/24					
34. Lesão 180cm EV/24					
35. Lesão 180cm EV/24					
36. Lesão 180cm EV/24					
37. Lesão 180cm EV/24					
38. Lesão 180cm EV/24					
39. Lesão 180cm EV/24					
40. Lesão 180cm EV/24					
41. Lesão 180cm EV/24					
42. Lesão 180cm EV/24					
43. Lesão 180cm EV/24					
44. Lesão 180cm EV/24					
45. Lesão 180cm EV/24					
46. Lesão 180cm EV/24					
47. Lesão 180cm EV/24					
48. Lesão 180cm EV/24					
49. Lesão 180cm EV/24					
50. Lesão 180cm EV/24					
51. Lesão 180cm EV/24					
52. Lesão 180cm EV/24					
53. Lesão 180cm EV/24					
54. Lesão 180cm EV/24					
55. Lesão 180cm EV/24					
56. Lesão 180cm EV/24					
57. Lesão 180cm EV/24					
58. Lesão 180cm EV/24					
59. Lesão 180cm EV/24					
60. Lesão 180cm EV/24					
61. Lesão 180cm EV/24					
62. Lesão 180cm EV/24					
63. Lesão 180cm EV/24					
64. Lesão 180cm EV/24					
65. Lesão 180cm EV/24					
66. Lesão 180cm EV/24					
67. Lesão 180cm EV/24					
68. Lesão 180cm EV/24					
69. Lesão 180cm EV/24					
70. Lesão 180cm EV/24					
71. Lesão 180cm EV/24					
72. Lesão 180cm EV/24					
73. Lesão 180cm EV/24					
74. Lesão 180cm EV/24					
75. Lesão 180cm EV/24					
76. Lesão 180cm EV/24					
77. Lesão 180cm EV/24					
78. Lesão 180cm EV/24					
79. Lesão 180cm EV/24					
80. Lesão 180cm EV/24					
81. Lesão 180cm EV/24					
82. Lesão 180cm EV/24					
83. Lesão 180cm EV/24					
84. Lesão 180cm EV/24					
85. Lesão 180cm EV/24					
86. Lesão 180cm EV/24					
87. Lesão 180cm EV/24					
88. Lesão 180cm EV/24					
89. Lesão 180cm EV/24					
90. Lesão 180cm EV/24					
91. Lesão 180cm EV/24					
92. Lesão 180cm EV/24					
93. Lesão 180cm EV/24					
94. Lesão 180cm EV/24					
95. Lesão 180cm EV/24					
96. Lesão 180cm EV/24					
97. Lesão 180cm EV/24					
98. Lesão 180cm EV/24					
99. Lesão 180cm EV/24					
100. Lesão 180cm EV/24					

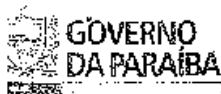
Dr. João Paulo Oliveira Nunes
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9561

Dr. João Paulo Oliveira Nunes
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9561

DocNet www.docnetnet.com.br
AAAA1947315

SFURADORA LIDER DEPART 6 7 15/02/2017 12:27 - 00000165051





ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DocNet www.ironmountain.com.br



AAAA419473123



Unico
de
Saúde

Sr(a): ADRIANO RAMOS MOREIRA Protocolo: 0000299858 RG: ALA NEURO
Dr(a): WAGNER FAIÇÃO Data: 20-09-2016 12:36 Origem: CLINICA NEURO-BOYO
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 34 anos Destino: ENF 09 - L 03

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 20/09/2016 12:32]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos	5.35 milhões/mm ³	4,2 a 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina	13,9 g/dL	13,5 a 16,0 g/dL
Hematócrito	43 %	40,0 a 52,5 %
V.C.M.	81 fL	82,0 a 92,0 fL
H.C.M.	26 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.	32 g/dL	32,0 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos	10.000 /mm ³	5.000 a 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)

Neutrófilos

Promielócitos	0	0
---------------	---	---

Mielócitos	0	0
------------	---	---

Metamielócitos	0	0
----------------	---	---

Bastonetes	2,0	200
------------	-----	-----

Segmentados	81,0	8.100
-------------	------	-------

Eosinófilos	1,0	100
-------------	-----	-----

Basófilos	0	0
-----------	---	---

Linfócitos	12,0	1.200
------------	------	-------

Tipicos	0	0
---------	---	---

Atípicos	4,0	400
----------	-----	-----

Monócitos	156.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³
-----------	-------------------------	-----------------------------------

CONTAGEM DE PLAQUETAS		
-----------------------	--	--

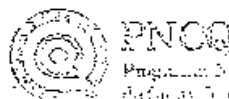
OBSERVAÇÕES

Contagens repetidas e confirmadas.

Edicéia

Edicéia Macedo de França
Biomédica
CRM 4782

SECRETARIA 1106 DEPART 6 7 15/02/2017 12:27 - 00000165052



Programa Nacional de
Acreditação em Qualidade



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésico

Paciente: <u>Adriano Ramos Moreira</u>	Idade: <u>34</u>
Convênio: <u>SUS - 1333185</u>	Data: <u>21/09/16</u>
Procedimento: <u>Trat. cirúrgico de fratura de platô tibial D</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Bruno Bulhante</u>	Auxiliar: <u>Dr. Jefferson</u>
Anestesista: <u>Dr. Mônica</u>	
Início: <u>07:20 h</u>	Término: <u>08:35 h</u>
Anestesia: <u>Raqui</u>	

[illegible]

Medicamentos / Materiais	Quantidade
	15/02/2013 13:27 - 88000014505

Observações:

Assinatura Anestesista

Circulante

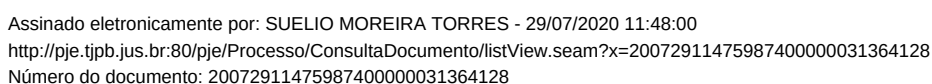
Relatório de Operações

MOC. 123



Critério para alta de recuperação pós anestésico	° Hora entrada	° Hora saída
Nenhum Movimento = 0		
Movimenta 2 membros = 1		
Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia - 0		
Respiração Limitada, Dispneia = 1		
Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0		
PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1		
PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0		
Sat O2 > 90 com oxigênio = 1		
Sat O2 < 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0		
Despertado ao chamado = 1		
Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS		

Assinatura Anestesista



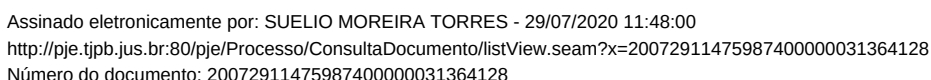
AAA419473156

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

2015年12月27日 星期一 12:27:20

Edmario Chaves
CIRCULANTE RESPONSÁVEL





SECRETARIA DO ESTADO DE SAUDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUI

DocNet www.ironmountain.com.br



AAA419473164

Nome do Paciente <i>Adriano Berto</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>21/9/16</i>	Enf.		Leito
Operador <i>Dr. Berto</i>	1º Auxiliar <i>Dr. J. J. J. J.</i>		Instrumentador
2º Auxiliar	3º Auxiliar		
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>fastener do plato L5/S1 D</i>			
Tipo de Operação <i>Schottz K11</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>Dr. Berto</i>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato <i>3</i>			
Acidente Durante a Operação <i>✓</i>			

SEGRANDORA 110ER DF01AT 6 7 15/02/2017 12:27 - 030000165136

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

- 1 - Paciente em DTH, qto isentérico
- 2 - Anestesia a nível médio
- 3 - Alargamento completo exterior
- 4 - Incisão para lateralizar o joelho (2)
- 5 - Redução incremental de fratura (4)
- 6 - Aplicar placa em "H" e fixar com parafusos
- 7 - Lavado FO
- 8 - Curativo

Dr. Jefferson Libson L. A. Rocha
Oftalmologia e Oftalmologia
CRM-RN 6557- CRM-PB 10165

1276. 019

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/07/2020 11:48:00

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072911475987400000031364128>

Número do documento: 20072911475987400000031364128

Num. 32750889 - Pág. 38

MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

6366

Hospital: de Emergência e Trauma do Hospital Geral Código: 00000

Procedimento: Teste Pl. Com. 22012-02 Cod. Procedimento: 100

Paciente: William Ramon Medina

Data da Cirurgia: 23/09/36 Nº prontuário: 333331-85 Convênio: _____

Cirurgião: Dr. Bruno Galvão Código: (X) Reposição () Caixa Pronta

(X) Reposição - () Caixa Pronta

(X) Reposição - () Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

[illegible]

DocNet www.ironmountain.com.br
AAAA419473172

QRT: LIDEN DRUM 6/20/2017 12:47 - 000003143057

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

				Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (4,9) mm	Nº	52	96	60	
	Qtd	02	00	03	
	Cód				
Parafuso Cortical () mm	Nº				
	Qtd				
	Cód				
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº				
	Qtd				
	Cód				
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº				
	Qtd				
	Cód				
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº	45	80		
	Qtd	01	02		
	Cód				
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº				
	Qtd				
	Cód				

DHS: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.º para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

C6d. Instrumentador: _____

Anotações do Médico

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 2458 - São Miguel - Crato - CE - CEP: 30.323-529/0001-05
Fone/Fax: (86) 3521.4801 * www.bioimplants.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/07/2020 11:48:00

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072911475987400000031364128>

Número do documento: 20072911475987400000031364128

Num. 32750889 - Pág. 39



AAAA419473180

GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

03-04

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Adriano Roma Herculano

Registro:

Leito:

Setor Atual:

AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: 40 bpm; FR: 20 irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm; Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

SEMPRE LÍDER DEPART 6 7 15/02/20

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente (X) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

(X) Eupnéia: () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectorção: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(X) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (X) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme (X) Cheio.



IDENTIFICATION NUMBER 1, IDER 3PUAT & 7 15/02/2017 12:27 - 00R1006165054





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DE IDENTIFICAÇÃO

2969523 24 DEZ 2001

NOME: **ADRIANO RAMOS MOREIRA**

FILIAÇÃO: **Raimundo Moreira da Silva**

Maria Ramos da Silva

NATURALIDADE: **Quatzenadas-PB** DATA DE NASCIMENTO: **08.05.1982**

Cart. Nasc. Nº. 10.87A. fls. 19 v. Liv. A-10.

CPF: *Adriano Moreira*

Assinatura do Titular: *Adriano Moreira*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

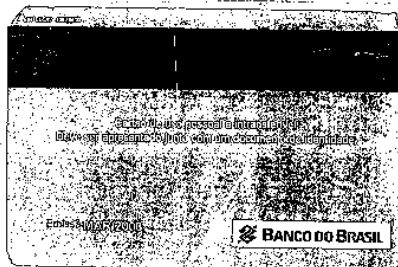
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

24/12/2001

ASSINATURA DO TITULAR: *Adriano Moreira*

CARTEIRA DE IDENTIDADE



MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA

SECRETARIA DE PREVIDÊNCIA

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

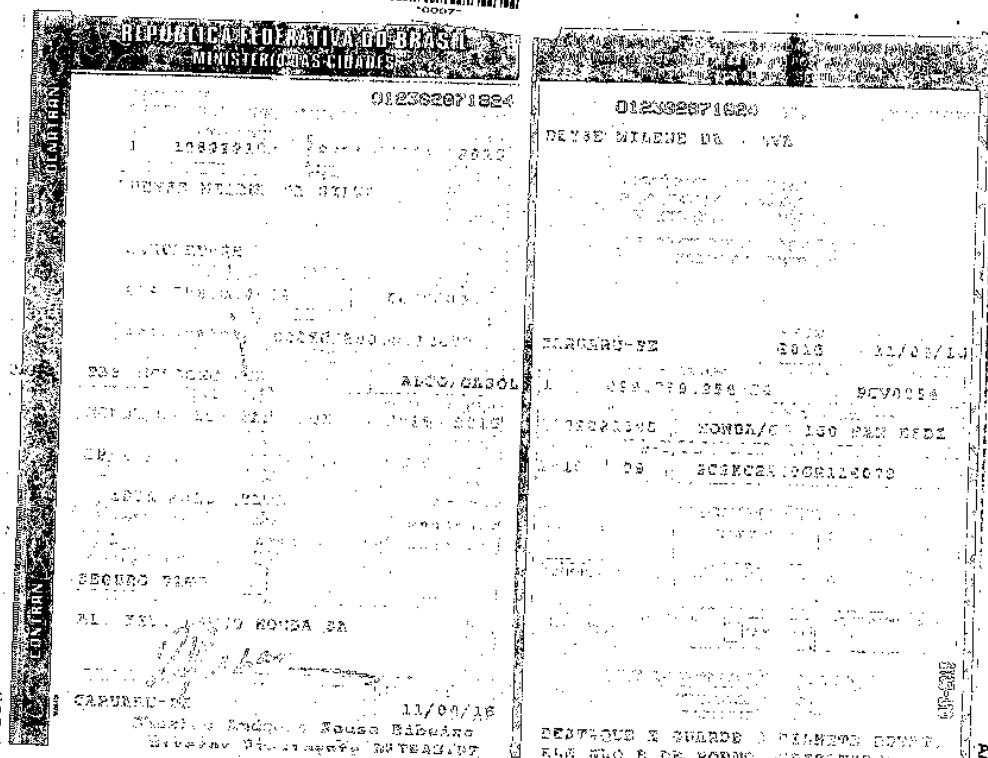
Número de Inscrição: **058.727.114-09**

Nome: **ADRIANO RAMOS MOREIRA**

Nascimento: **08/05/1982**

DocNet www.tiomountain.com.br
AAAA419473206





DocNet www.routemartian.com

 AAAA419473214

SECURITY INFORMATION - 00000165025



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/07/2020 11:48:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072911475987400000031364128>
 Número do documento: 20072911475987400000031364128

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0085681/17
Vítima: ADRIANO RAMOS MOREIRA
CPF: 058.727.114-09

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 16/09/2016
Titular do CPF: ADRIANO RAMOS MOREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADRIANO RAMOS MOREIRA : 058.727.114-09

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.

Portador da documentação entregue

Data: 02/03/2017
Nome: ADRIANO RAMOS MOREIRA
CPF/CNPJ: 058.727.114-09

ADRIANO RAMOS MOREIRA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 02/03/2017
Nome: Juliana Antunes Estigarribia
CPF: 079.808.657-23

Juliana Antunes Estigarribia



Seguro DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE - DAMS

Identificação

A ADRIANO RAIMOS MONTEIRA

DATA DO ACIDENTE 16/09/2016 CPF DA VÍTIMA 058 727 114-09

NOME DO DOCUMENTADOR ADRIANO RAIMOS MONTEIRA

QUALIDADE DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARANTESCO COM

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (83) 9 8465-1158

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, PODER 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 LBI 6.042/70.
 - 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 FOMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 02/02/17

IDENTIDADE 096 9523

ASSINATURA Adriano Raimos Monteiro

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____



REMETENTE: ADRIANO RAMOS MOREIRA
RES. SÍTIO CARUATAR, ZONA RURAL,
QUEIMADAS/ PB.
CEP 58.475-000





DESTINATÁRIO: SEGURANCA Lir. R
RUA SENADOR DANTAS, 74, 15º ANDAR, CENTRO,
RIO DE JANEIRO - RJ.
CEP... 200 31 205



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170129285 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO RAMOS MOREIRA **Data do acidente:** 16/09/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/03/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de tíbia direita

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais pelo trauma descrito.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170129285 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO RAMOS MOREIRA **Data do acidente:** 16/09/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de plato tibial Direito.

Descrição do exame médico pericial: Presença de cicatriz cirúrgica na perna D, 1/3 superior, deformidade articular, edema residual, ADM do joelho com leve limitação para flexão, TNZ preservado, atrofia muscular leve, claudicação.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico de fratura de plato tibia D, com uso de placa e parafusos. sem complicações.

Sequelas permanentes: Limitação Funcional moderada do membro inferior direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 15/03/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Schubert Luigi Costa Rodrigues

CRM do médico: 14484

UF do CRM do médico: PE

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

