





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 09017.01.2018.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09017.01.2018.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:12 horas do dia 28 de novembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Lucrécia da Silva Miliano**, CPF nº 140.315.124-57, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Desempregada, filho(a) de Maria da Guia Santana da Silva e José Carlos Miliano, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 09/01/1999 (19 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº 15, bairro Bebelândia, tendo como ponto de referência Perto do Restaurador de Sofás, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98601-0427.

Dados do(s) Fatos:

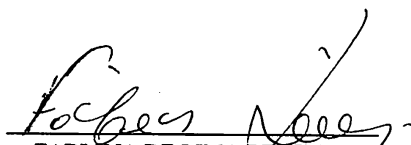
Local: Rua Projetada, Na Estrada Entre Lucena e Santa Rita, Lucena/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 12/06/16 10:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

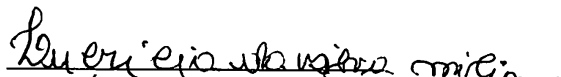
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

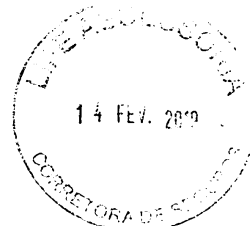
Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/POP 110I, PRETA, 2016/2017, PLACA QFT4567/PB, CHASSI 9C2JB0100HR214097, registrada em nome de Tiago Rodrigo Galdino da Silva, quando perdeu o controle da moto vindo a cair ao solo; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 08.02.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Informa ainda que foi a única que machucou-se no ocorrido uma vez que estava sozinha na moto; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 28 de novembro de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


LUCRÉCIA DA SILVA MILIANO
Noticiante



Procedimento Policial: 09017.01.2018.1.00.401





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE LUCRÉCIA DA SILVA MILIANO
DADOS DE NASCIMENTO 09/01/99
NOME DA MÃE MARIA DA GUIA SANTANA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 926.519
Nº PRONTUÁRIO 95.767
DATA DO ATENDIMENTO 12/06/16
HORA DO ATENDIMENTO 12:51
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR (SUPRACONDILIANA) DO ÚMERO D
CID 10 S 42.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando dor e provável fratura exposta em braço D e sem outras queixas. Glasgow 15. Avaliada pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do tórax - AP
RX do braço D - AP e P
RX do cotovelo E - AP e P
USG do abdome total - FAST



TRATAMENTO:

Fratura da extremidade inferior (supracondiliana) do úmero E ao RX. Sem alteração à USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Roberto Santos.

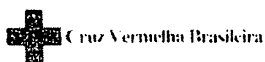
ALTA HOSPITALAR: 01/07/16
DATA DA EMISSÃO: 08/02/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO CUIABETSHL
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn - - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 926519



Identificação do paciente

ID 1047407	Nome LUCRECIA DA SILVA MILIANO	Sexo Feminino
Data de nascimento 09/01/1999	Idade 17 anos 5 meses 3 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)
Mãe MARIA DA GUIA SANTANA DA SILVA	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Pai JOSE CARLOS MILIANO	
DDD Móvel	Responsável (Parentesco) EDSON NAZARE DA SILVA - ACOMPANHANTE	
Fone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento REGISTRO DE NASCIMENTO	Nº Cns 164271797650018	
Local de procedência LUCENA	Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R

Endereço

CEP 58301000	Município de residência SANTA RITA	UF PB
Número SN	Logradouro PROFESSOR SEVERO RODRIGUES	
	Complemento SITIO TORORO - BEBELANDIA	Bairro POPULAR

Admissão

Data e Hora 12/06/2016 12:51:31	Número da pulseira 1000004259977	Convênio SUS
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso polícia! Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Sim
Meio de transporte SAMU	Quem transportou SAMU		

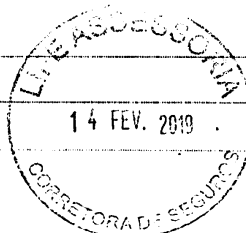
Sinais Vitais

PA _____ x _____ mmHg	Pulso _____	Temperatura _____
--------------------------	----------------	----------------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Supracard. immed 29/06/2016 PC RS 10/11						
Diagnóstico						
Atendido por ANA CARLA FELICIANO DA SILVA						

Imprimir



12/06/2016 12:55





Primeiro Atendimento Médico



PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

1000004259977 BE.: 926519
LUCRECIA DA SILVA MILIANO
DT. NASC.: 09/01/1999
MRE: MARIA DA GUIA SANTANA DA SILVA

END.: PROFESSOR SEVERO RODRIGUES
N. SN - POPULAR
SANTA RITA
FONE: ()
CELULAR: ()
IDADE: 17
DT. ENTRADA:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, COM
CAPACETE, SEM PERDA DA CONSCIÊNCIA OU VÔMI-
TOS. APRESENTA FRATURA EXPOSTA EM BRACÇO
DIREITO, SEM OUTRAS QUEIXAS.

EXAME PRIMÁRIO

IS ☒ Pérvias () Obstruídas
REAS

CERVICAL IMOBILIZADA: ☒ Sim () Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim () Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade

() Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD { () Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente

HTE { () Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente

2- RUIDOS

() sim
() Não

HTD { Roncos
Sibilos
Estertores

HTE { Roncos
Sibilos
Estertores

P₅₀: _____ imp SaO₂: _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: () Normal () Pálida () Cianótica

() Pletórica () Ictérica

TEMPERATURA DA PELE () Normal () Quente () Fria

PULSO () Normal () Aumentado

() Fino () Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTMO () Regular () Irregular () Ausente

BULHAS () Normotónicas () Hipofonéticas

() Hipofonéticas () Ausente

SOPRO () Presente () Ausente

BE OU B4 () Sim () Não

FC: _____ bmp PA: _____ X _____ mmHg T: _____ °C

ECG: _____

ABDOMEN:

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: () Fotorreagente () Paralisadas () Isocóricas () Anisocóricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao continuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL: 15					

F(NG).CC.001-1





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA



HEETSHL

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:		IDAD: 1000004259977	BE.: 926519
		LUCRECIA DA SILVA MILIANO DT. NASC.: 09/01/1999 MRE: MARIA DA GUIA SANTANA DA SILVA	
PROCEDÊNCIA:	☐ Domicílio ☐ Ambulância de resgate ☐ Ambulância SAMU		
TIPO DE ACIDENTE:	☐ Moto ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Envenenamento ☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Arma de Fogo ☐ Arma		
TIPO DE LESÃO:	☐ Fratura fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Esmagamento ☐ Laceração ☐ Queimadura ☐ Mordedura ☐ Objeto encravado ☐ Ferimento contínuo ☐ Amputação membro ☐ Outros:		
LOCAL DA LESÃO:	☐ Membros sup. ☐ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros:		
DADOS CLÍNICOS (sintomas)			
DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: / /			
EXAME FÍSICO	PA: / mmhg	P: bpm	SpO2: Tax: %
Sistema Neurológico:			
Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Desorientado			
Avaliação das pupilas: Simetria: ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas Tamanho: ☐ Midríase ☐ Miose			
Sistema Respiratório:	☐ Ventilação invasiva ☐ Ventilação espontânea ☐ Vias aéreas pervias ☐ Traqueostomia ☐ Respiração rápida ☐ Obstrução parcial das vias aéreas ☐ Respiração ruidosa ☐ Suporte ventilatório não invasivo ☐ Obstrução total das vias aéreas		
Sistema Circulatório:	☐ Pulso ausente ☐ Pele fria e úmida ☐ Perfusão tissular satisfatória ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Perfusão tissular comprometida ☐ Palidez ☐ Outros:		
Sistema Digestório:	☐ HDA ☐ Uso de SNG ☐ Vômitos ☐ Dor à palpação superficial ☐ HDB ☐ Corpo estranho ☐ Dor à palpação profunda Outros: ☐ Rigidez abdominal ☐ Distensão abdominal		
Sistema Genito-urinário:	☐ Disúria ☐ Hematúria ☐ Oligúria ☐ Poliúria ☐ SVD ☐ Outros:		
HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: ☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Câncer ☐ Alergias ☐ Cirurgias			
☐ Internações ☐ Outros: Especificar:			
USO DE MEDICAÇÃO?	☐ Sim ☐ Não Especificar:		
HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:			
IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?	☐ Sim ☐ Não		
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES: 12.06.16 - Paciente vítima de acidente/moto; ex HD; trat. exp. anteb. D.; encaminh. ao CDI (Rxs); ug. AV. ORTO; EGR, COTE			
Renata Chaves de Oliveira Enfermeira COREN 79452/PB			
DESTINO:	ENFERMEIRO:	COREN:	

F(NG).ENF.022-1





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H.E.E.T.S.H.L

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Quercia da Silva Italiano

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
926519

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Masc. ☐

1

Fem. ☒

3

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Santa Rita

14 - Cód. IBGE - MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

01 - placa DCP e 108 zuros
03 - parafusos verticais n.º 18
02 - " " " " n.º 20
02 - " " " " n.º 26
02 - " " " " n.º 36
01 - " " " " n.º 35
espessura

01 - Agulha de
placa A 25

14 FEV. 2019

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Laureis de Lima Brito BE/Prontuário: _____
Idade: 179 Sexo: () Masculino (☒) Feminino Cor: _____ Data: 29/6/16
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura supracondilária
Cirurgião: Dr. Roberto A. Santos 1º Assistente: Dr. Ueno D.
2º Assistente: _____ 3º Assistente: Dr. Carlos R.
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. B. S. da S.
Tipo de Anestesia: Bleed Pleco Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura supracondilária</u>	
<u>em membro do membro D.</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico</u>	
<u>de fratura supracondilária</u>	
<u>em membro do membro D.</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

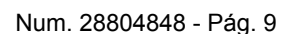
Dr. Roberto A. Santos
Ortop - Traumatologia
CRM-PE 1580

João Pessoa, 29/6/16

F(NG).ASCIR.009-I

5

QTD.	EQUIPAMENTO
()	ASPIRADOR
()	BISTURI ELÉTRICO
()	CAPNÓGRAFO
()	CÁRDIOMONITOR
()	DEFIBRILADOR
()	FOCO AUXILIAR
()	FOCO CENTRAL
()	MICROSCOPIO
()	OXÍMETRO DE PULSO
()	P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA
()	PERFURADOR ELÉTRICO
()	SEDA



FICHA DE ANESTESIA

PACIENTE: RAQUEL DA SILVA COUTINHO DATA: 29.6.16 PRONTUÁRIO: 7

SEXO: F COR: DD IDADE: 17 A

PRESSÃO ARTERIAL: 120/80 PULSO: 70 RESPIRAÇÃO: 18 TEMPERATURA: 36.5 PESO: 50 GRUPO SANGUÍNEO: O+

ESTADO GERAL (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: 25.10.15 PA NORMALIDADE VIDA PLANTAR

AP. RESPIRATÓRIO: SRA LIVRE AP. CIRCULATÓRIO: PCR ST ST

AP. DIGESTIVO: JEJUN ESTADO MENTAL: DATE DROGAS EM USO:

PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA: 0.1 mg/kg ESTADO FÍSICO (ASA): 1

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DO COTOVELO DIREITO

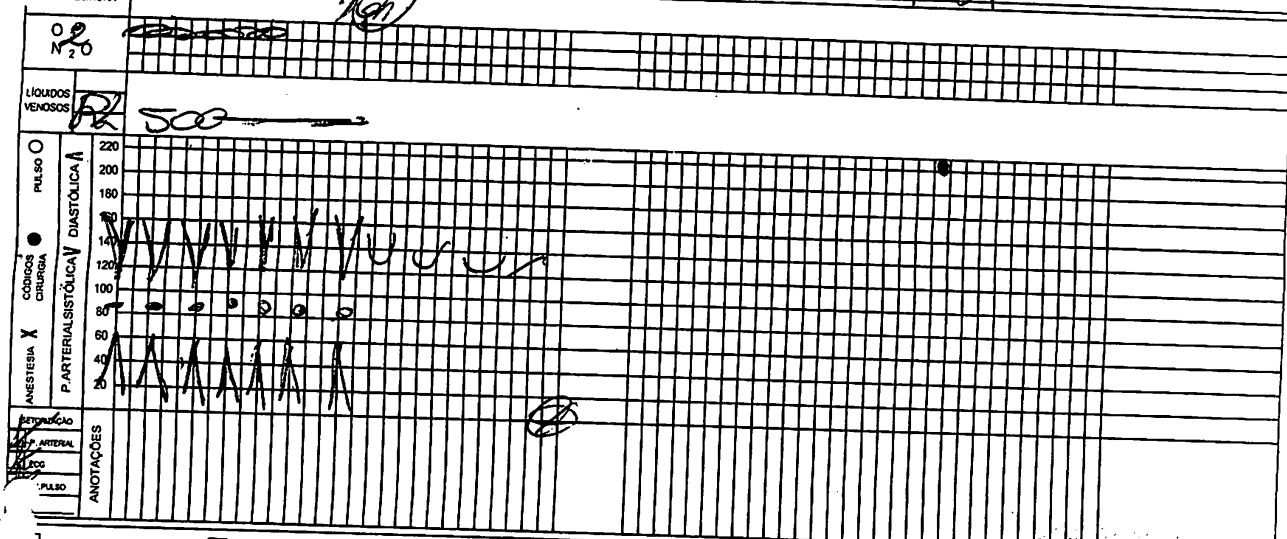
CIRURGIA REALIZADA: TALHAMENTO CIRÚRGICO FRATURA DO COTOVELO DIREITO

CIRURGIÃO: DR. ROBERTO SANTOS AUXILIARES: DR. RANTAN

INÍCIO DA ANESTESIA: 15:15 TÉRMINO DA ANESTESIA: 17:45 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 2.30

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH.: VALORES R\$:

ANESTESISTA: DR. ABDON CPF: CRM-PB: 4184



ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☒ BLOO.PLEXO ☐ BLOO.NERVOS ☐ OUTROS ☐

LIQUIDOS:

GLICOSE:

MAC:

SANGUE:

RINGER:

TOTAL:

DESTINO DO PACIENTE: ☐ APT* ☐ ENFERMARIA ☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA ☐ OUTROS

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: TESTE DE DEXETO POSITIVO. ANESTESIA DA REGIÃO CERVICAL, BLOQUEIO INTERSCAPULAR E BLOQUEIO A25 + ESTIMULAÇÃO DO PLEXO INTERMEDIÁRIO.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO: 1. LIDOCAÍNA 1.5% 400mg 2. NOVA SUPR. LIDOCAÍNA 1.5% 100mg 3. CLONIDINA 150mg 4. EPRIZOLINA 1mg

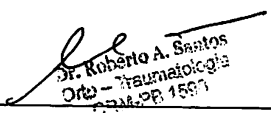
ASSINATURA DO ANESTESISTA: Dr. Abdon Moreira Lustosa CRM 4184

F.(NG).ASCIR.026-1



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
Incisão:	Incisão e osteotomia feita com o punção
Achados:	Fratura fechada do nível do tubo de tração.
Conduta:	Redução da fratura com o uso de placa 3.5 DCP de 110cm/12cm. Fixação com vários parafusos corticais e 2 trações. Aplicação de fio de ligamento.
Fechamento:	Feito com curativo.
Observação:	Boa evolução da cicatrização.

Médico/CRM:


Dr. Roberto A. Santos
Orto - Traumatologia
CRM-PR 1557

João Pessoa, 29/06/16

F(NG).ASCIR.009-1



**SUS**Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**Folha
1/2**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

NETSHL

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Raquele da Silva Hiliano

12/06/16

6 - N° DO PRONTUÁRIO

926519

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☐ 1Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE. MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE UTI TIPO I



DIÁRIA DE UTI TIPO II



DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31-QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34-QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37-QTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

(01) - Agulha de Pêso A-50 (B. Braun)

14 FEV. 2016

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Iana Medeiros

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12/06/16

41 - DOCUMENTO

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

CRMS-PA 10015 CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Médica

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

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





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Luciana da Silva Lima BE/Prontuário: _____
Idade: 27 Sexo: () Masculino (X) Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: fx exposta do punho direito
Cirurgião: Dr. Lima 1º Assistente: Dr. Sampaio
2º Assistente: Dr. Martins 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: Bra. + sedação Horário: Início ____:____ Término ____:____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>fx exposta do punho direito</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>procedimento de punho direito</u>	
<u>fx exposta do punho direito</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(X) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

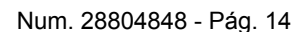
Dr. [Assinatura]
CRM 9456

João Pessoa, 12/06/16

F(NG).ASCIR.009-I



64-1584
 LUCIANO DE OLIVEIRA
 Têl. 22-838
 COREN-PR 22-838



FICHA DE ANESTESIA



PACIENTE: Woucia da Silva Miliane DATA: 12/08/16 PRONTUÁRIO: 1047407

PRESSÃO ARTERIAL 110/67 90bpm SEXO: F COR: IDADE: 17a

ESTADO GERAL () BOM ☒ REGULAR () MAU () PÉSSIMO RESPIRAÇÃO Eupneica TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO

EXAMES COMPLEMENTARES VPM RISCO CIRÚRGICO () BOM ☒ REGULAR () MAU () PÉSSIMO

AP. RESPIRATÓRIO NDN AP. DIGESTIVO JEJUM AP. CIRCULATÓRIO NDN

PRÉ-ANESTÉSICO ESTADO MENTAL LOTE DROGAS EM USO VPM

DOSE/HORA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura exposta de cotovelo D. ESTADO FÍSICO (ASA) I

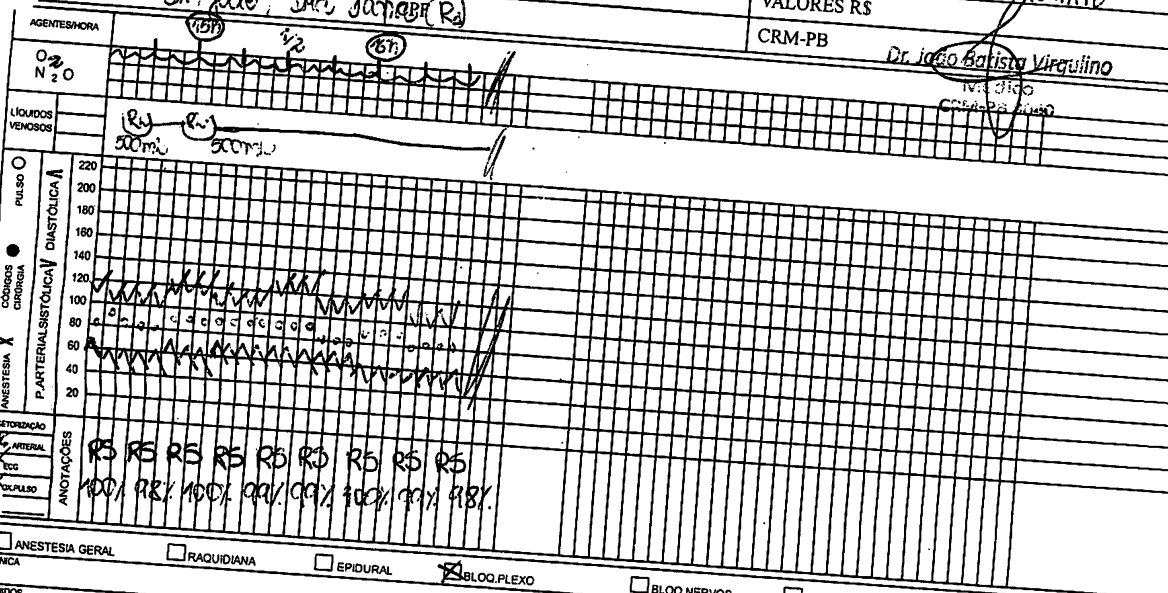
CIRURGIA REALIZADA TTO cirúrgico de fratura exposta de cotovelo D.

CIRURGIÃO Dr. Gustavo AUXILIARES Dr. Matheus (R₁)

INÍCIO DA ANESTESIA 14:30h TÉRMINO DA ANESTESIA 16h DURAÇÃO DA ANESTESIA 90min

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES RS

ANESTESISTA Dr. João, Dr. Japhar (R₁) CRM-PB Dr. João Batista Virgulino



☐ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☒ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS

TECNICA

LIQUIDOS

GLICOSE

Volume em ml

MAC

SANGUE

FRIGER

TOTAL

DESTINO DO PACIENTE

☐ AP⁺ ☐ ENFERMARIA

☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA

☐ OUTROS

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Bloqueio de plexo braquial + axilar c/ NE + Agulha Stimuplex A50 c/ infusão de

Morfolina 0.16% 30ml + bico c/ vaso 0.6%.

Sidapex SV = 2mg de Midazolam + 100mg de fentanil + 30mg de atampril

Dr. João Batista Virgulino

ASSINATURA DO ANESTESISTA

F.(NG).ASCIR.026-1



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL EST. DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA				LAUDO MÉDICO / RESUMO DE ALTA ORTOPEDIA	
NOME LUCRECIA DA SILVA MILIANO				REGISTRO 926519	
17	SEXO FEM	COR P	CLÍNICA ORTO	ENF. 22	LEITO 03
DATA DE ADMISSÃO 12/06/2016		DATA DE ALTA 01/07/2016		TEMPO DE PERMANÊNCIA 19	
DIAGNÓSTICO FX SUPRACONDILIANA DE UMEROR DIR					
OUTROS DIAGNÓSTICOS GESTACÃO TOPICA EM TORNO DE 16 SEMANAS (PCTE DESCOBRIU APÓS INTERNAMENTO)					
PRINCIPAIS EXAMES EXAMES LABORATORIAIS + RADIOGRAFIAS + USG + BETA HCG					
CIRURGIA REALIZADA: TTO CIRURGICO FX SUPRACONDILIANA DE UMEROR DIR DATA 29/06/2016, POR DR ROBERTO SANTOS E DR KAIO MR2					
☐ SIM ☒ NÃO ☐ COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☒ NÃO					
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO					
PACIENTE ADMITIDO VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, APRESENTANDO FX SUPRACONDILIANA DE UMEROR D. SUBEMTIDA A TTO CIRURGICO NO MOMENTO ESTÁVEL, EM CONDIÇÕES DE ACOMANHAMENTO AMBULATORIAL.					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: PARA LIVRE REPOUSO: Relativo em casa por 30 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias					
CUIDADOS COM A FERIDA: CURATIVO DIÁRIO, RETIRAR PONTOS APÓS 15 DIAS					
MEDICAÇÕES PARA CASA: CEFALEXINA, DIFIRONA, AC FOLICO, DRAMIN B6					
RETORNO: HTP 08/07/2016 VIDE CARTAO para seguimento ambulatorial.					
DATA 01/07/16		MÉDICO André Miliano de Costa Lima CRM: 29071/9714 PR			
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar. Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: Lucrécia da Silva Milião
brasileira, desempregada
CPF/MF: 104.315.124-57 RG: 4474612 SSP/PB
Endereço: Rua Bebelândia, 1m
Santa Rita - PB 58304-200

OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e
ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968,
todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre,
Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 30(trinta por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA**.

João Pessoa – PB, 20 de fevereiro de 2020.

Lucrécia da Silva Milião
Outorgante



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 4.474.612 DATA DE
EXPIRAÇÃO 18/08/2017

NOME: LUCRECIA DA SILVA MILLANO

FILIAÇÃO: JOSE CARLOS MILLANO
MARIA DA GUILA SANTANA DA SILVA

NATURALIDADE: SANTA RITA-PE DATA DE NASCIMENTO: 09/01/1999

DCC-PRIDEM
NASC. N. 60415 ELS. 80V. DE V. A. 54
CARTORIO 1º SANTA RITA-PE

CPR: 140.315.124-57

Assinatura: [Assinatura]

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-038

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

[Assinatura]

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via do conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : Nº 019.666.973



LUZ, IMAGINAÇÃO, REALIZAÇÃO

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 53071-680

CNPJ 09.095.163 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE			CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR	
RITA SALVINO DA SILVA LOC BEBELANDIA s/n SANTA RITA			5/1047453-4	
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
FEV/2019	05/02/2019	21	12/02/2019	R\$ 24,04

Acesse: www.energisa.com.br



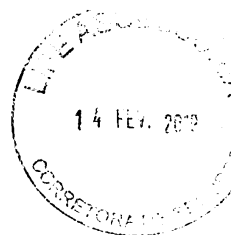
DESTAQUE AQUI

RITA SALVINO DA SILVA

Rotelro: 03-009-634-2960

83690000000-8 24040054000-3 10474532019-2 02800009019-2

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRICULA
12/02/2019	R\$ 24,04	1047453-2019-028



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0056895/19

Vítima: LUCRECIA DA SILVA MILIANO

CPF: 140.315.124-57

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/06/2016

Titular do CPF: LUCRECIA DA SILVA
MILIANO

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LUCRECIA DA SILVA MILIANO : 140.315.124-57

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 cancela 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: 15/02/2019
Nome: LUCRECIA DA SILVA MILIANO
CPF: 140.315.124-57

LUCRECIA DA SILVA MILIANO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/02/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



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:

005689549

CPF da vítima:

104315124-57

Nome completo da vítima:

Bucureia da Silva Milion

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

Nome completo:

Bucureia da Silva Milion

CPF:

104315124-57

Profissão:

desempregado

Endereço:

Rua. Belebôndia

Número:

08

Complemento:

Bairro:

Rural

Cidade:

Santa Rita

Estado:

PR

CEP:

58304200

E-mail:

Tel.(DDD):

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:

1914

CONTA:

132345

1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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:

Vivos:

Falecidos:

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.

Local e Data:

Nome:

CPF:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Local e Data: 05/03/2020

Nome: Bucureia da Silva Milion

CPF: 104315124-57

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

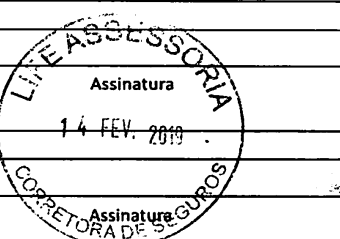
TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:



(*) 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.

V001/2018



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

- IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Marceneira de Silva 14/06/2016 CPF DA VÍTIMA 04315124-57
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Luciano da Silva Miliom
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR IM VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É marceneira de Silva Miliom
ENDEREÇO DO PORTADOR daos Belemia
Nº SIN COMPLEMENTO — BAIRRO Rural
CIDADE Santa Rita UF PA CEP 58304000
E-MAIL — TELEFONE () —

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

- 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 14/06/2019
IDENTIDADE 4.474.612
ASSINATURA Luciano da Silva Miliom

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DO SEGURO

DATA 14.FEV.2019
NOME —
ASSINATURA —





ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
15ª Vara Cível da Capital

Processo nº 0813857-05.2020.8.15.2001

AUTOR: LUCRECIA DA SILVA MILIANO

RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

DESPACHO

Deixo de designar audiência de conciliação, nos termos do art. 334 do CPC, ante a natureza da demanda, que indica ser inviável o acordo entre as partes, pela experiência comum. Não se deve ocupar indevida e desnecessariamente a pauta de audiências, já repleta, com atos inócuos e que mais retardam o andamento do processo do que promovem a sua solução.

Defiro a gratuidade.

CITE-SE pela via postal, para apresentação de contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de revelia.

João Pessoa, 07 de março de 2020.

Assinatura Digital

