



Número: **0800314-07.2020.8.15.0231**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **29/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
VALCIR CORREIA DE MORAIS (AUTOR)		ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33283379	17/08/2020 14:18	<a href="#">Contestação</a>	Contestação
33283397	17/08/2020 14:18	<a href="#">2742044_CONTESTACAO_Anexo_03</a>	Outros Documentos
33283398	17/08/2020 14:18	<a href="#">2742044_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos

EM ANEXO



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALCIR CORREIA DE MORAIS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02179-2

CONTA: 000010011002-9

---

---

Nr. da Autenticação 5D01890BECA6A45C





SECRETARIA DE  
SAÚDE



CIDADE DO  
TRABALHO

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU

Mamanguape, 20 de Julho de 2018



**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que, VALCIR CORREIA DE MORAIS, foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Mamanguape, no dia 28 de Junho de 2018, vítima de colisão carro com motocicleta, e transferido ao Ortotrauma.

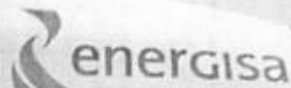
 Crisane França de Farias  
Enfermeira  
COREN-PB 338.069

Crisane França de Farias  
Coordenadora Geral SAMU 192  
Mamanguape/PB  
CNPJ 08674396000164

Rua Marquês do Herval, 64 - Centro - Fone (83) 996501777/991136091 -  
samucrisane@gmail.com



VALCIR CORREIA DE MORAIS  
SIT LAGOA GRANDE, S/N - AREA RURAL  
CUTE DE MAMANDUAPE/PB CEP: 69269000 (AQ-14)



Ligação: MONOFÁSICO  
Clas/Sbc: RES MTCB1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Roteiro: 7-259-667-1080 Referência: Mai / 2019  
Medidor: 00006519456 Emissão: 13/05/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Crato Redentor-João Pessoa/PB - CEP 58071-890  
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc Est 16.015.623-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 024.808.902  
Cód. para D.b. Automático: 00016029803

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Mai / 2019	13/05/2019	11/06/2019	100.708.124-46 Insc. Est.

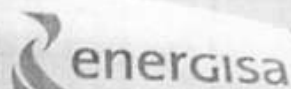
UC (Unidade Consumidora): 5/1602980-3

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Compartilhe em seu perfil.



VALCIR CORREIA DE MORAIS  
SIT LAGOA GRANDE, S/N - AREA RURAL  
CUTE DE MAMANDUAPE/PB CEP: 69269000 (AQ: 14)



Ligação: MONOFÁSICO  
Clas/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Roteiro: 7-259-667-1080 Referência: Mai / 2019  
Medidor: 00006519456 Emissão: 13/05/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Crato Redentor-João Pessoa/PB - CEP 58071-990  
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc Est 16.015.623-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 024.808.902  
Cód. para D.b. Automático: 00016029803

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Mai / 2019	13/05/2019	11/06/2019	100.708.124-46 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1602980-3

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Compartilhe em seu perfil.



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, JOSEILTON SILVA DE SOUZA,  
RG nº 3.802.076, data de expedição 14 / 10 / 09,  
Órgão SSDS/PB, portador do CPF nº 098.182.254-14,  
com domicílio na cidade de CITÉ DE MAMANGUAPE, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
SÍTIO LAGOA GRANDE, nº 5/Nº,  
complemento ZONA RURAL, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
VALCIR CORREIA DE MORAIS, cujo o condutor era  
VALCIR CORREIA DE MORAIS.  
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA CG 150 FAN ESI Ano: 2011  
Placa: DEX 1689/PB Chassi: 9E2KE1670BR636748  
Data do Acidente: 28 / 06 / 18

Local e Data: MAMANGUAPE, 16 de Maio de 2019

JOSEILTON SILVA DE SOUZA  
Assinatura do Declarante

2º Cartório  
Mamanguape-PB

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



2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO

Rua Pres. J. Pessoa, 47, Centro, Mamanguape - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de

JOSEILTON SILVA DE SOUZA

Do(a) Sr. Mamanguape-PB - 17/05/2019

Escrevente: ERIVALDO ARAÚJO CAVALCANTI

Selo Digital A1071398-2801

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol R\$ 3,51 Carpen R\$ 0,29 MP R\$ 0,15 Fejn R\$ 2,38

ERIVALDO ARAÚJO CAVALCANTI  
Escrevente Autorizado



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, JOSEILTON SILVA DE SOUZA

RG nº 3.802.076, data de expedição 14 / 10 / 09,

Órgão SSDS/PB, portador do CPF nº 098.182.254-14,

com domicílio na cidade de CITÉ DE MAMANGUAPE, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

SÍTIO LAGOA GRANDE, nº 5/Nº,

complemento ZONA RURAL, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

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

VALCIR CORREIA DE MORAIS, cujo o condutor era

VALCIR CORREIA DE MORAIS.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA CG 150 FAN ESI Ano: 2011

Placa: DEX 1689/PB Chassi: 9E2KE1670BR636748

Data do Acidente: 28 / 06 / 18

Local e Data: MAMANGUAPE, 16 de Maio de 2019

JOSEILTON SILVA DE SOUZA  
Assinatura do Declarante

2º Cartório  
Mamanguape-PB

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



2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO

Rua Pres. J. Pessoa, 47, Centro, Mamanguape - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de

JOSEILTON SILVA DE SOUZA

Do(a) Sr. Mamanguape-PB - 17/05/2019

Escrevente: ERIVALDO ARAÚJO CAVALCANTI

Selo Digital A1071398-2801

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol R\$ 3,51 Carpen R\$ 0,29 MP R\$ 0,15 Feij R\$ 2,38

ERIVALDO ARAÚJO CAVALCANTI  
Escrevente Autorizado





## CERTIDÃO


Nº. 0195/2019

Atendendo solicitação de **VALCIR CORREIA DE MORAIS** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 140502 e Prontuário nº 2018.06.003810 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 28/06/2018 às 20H25min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tornozelo esquerdo. Indicado tratamento cirúrgico. Alta a pedido dia 29/06/2018.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 25 de Março de 2019

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 2959





-----  
Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)  
-----

-----  
ANOTACOES DA ENFERMAGEM  
-----

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

-----  
Reservado p/ liberacao  
-----

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO



DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IML

-----  
*Wafnide de Lima Corio*  
-----

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico  
-----





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>VALCÍR CORREIA DE MORAES</u>		Data da Admissão: <u>28/06/18</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Religião: _____
Sexo: F ( ) M ( )	Cor: _____	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: <u>1/1</u>
Escolaridade: _____		Data de Nascimento: <u>1/1</u>	
QPD: _____			
HDA: <u>Existe sintoma de edema e de</u> <u>fraqueza em 2/4</u> <u>Apresenta fraqueza e dor - carilho</u> <u>em região anterior da perna.</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
<b>Geral:</b> <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso <input type="checkbox"/> Kg em _____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____			
<b>Pele:</b> _____			
<b>Cabeça e Pescoço:</b> <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Audição: _____ Visão: _____			
<b>AR e ACV:</b> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____ Outros: _____			
<b>ABD:</b> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume			
<b>AGU:</b> <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____			
<b>SME:</b> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposso <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos			
<b>SN e PSQ:</b> <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor			



Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





HN-081729

**TERMO DE ALTA A PEDIDO**

O abaixo assinado, Valcira Correia de Almeida  
pessoa responsável pelo(a) paciente, El mesmo(a)  
certifica que deixa o **COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA**, por livre e  
espontânea decisão, contra o parecer do Médico Assistente e da Administração do Hospital.  
Declara, outrossim, que foi informado(a) dos riscos envolvidos e, pelo presente, isenta o  
Médico Assistente, o Hospital e o corpo de funcionários de qualquer responsabilidade pelo  
que possa ocorrer decorrente do seu ato.

João Pessoa, 29 / 06 / 2018.

Valcira Correia de Almeida  
Assinatura do (a) Paciente ou Responsável  
Rg. 3.780.237 - SSP/PB

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Funcionário (a)

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-364, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ] HTF

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa

[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo

[ ] Alcoolismo

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg

FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: Fratura CN7 (C)

Conduta: - Analisando

- Siga

Intervenção de acordo com o caso

1

Dr. Enes P. Costa Neto  
Médico Responsável  
CRM 13.496

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, SN, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

Dr. Rava + Dr. Silva





Hospital Samaritano  
CENTRO CIRÚRGICO - FICHA DE CIRURGIA

FICHA DA CIRURGIA				
Paciente:	Valter Carlos de Moraes			
Idade:	Sexo:	Sala:	Data:	Convenio:
			21/06/18	Faceto

SUMÁRIO CLÍNICO
Doença e evolução
Torçao

EQUIPE CIRÚRGICA	
Cirurgião:	Dr. Fábio Borborema
1º Auxiliar:	
2º Auxiliar:	
3º Auxiliar:	
Anestesista:	Dr. Gutemberg Borborema
Instrumentador(a):	Adriano

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA			
Data da Cirurgia:	29/06/18	Hora Inicial:	
tipo de Cirurgia:	Furto de bexiga		
Diagnóstico Pré-Operatório:	Furto de bexiga		
Tipo de Anestesia:	Asqu		
Risco Cirúrgico:			
Intercorências Cirúrgicas:			
Diagnóstico Pós-Operatório:	Ovar		



Cirurgia (Descrever via acesso, Tática e Técnica, Ligadura, Sutura, Aspecto das Visceras, material empregado)
1) Amputação + artroscopia
2) Amputação + artroscopia
3) Amputação + artroscopia
4) Amputação + artroscopia
5) Amputação + artroscopia
6) Amputação + artroscopia

Dr. Fábio G. B. Borborema  
CRM-PE 1395  
CRM-PE 1554  
SBOT: 15878





Paciente: <u>Valery Corneil Moraes</u>	Convênio: <u>PocoF</u>
Cirurgia: <u>Exatoma do Testículo</u>	Data: <u>29/06/18</u>
Cirurgião: <u>DR. Rádian Babonema</u>	Anestesista: <u>DR. Gutemberg</u>
Auxiliar 1:	Anestesia: <u>Raqui + Sedação</u>
Auxiliar 2:	Circulante: <u>gao 31201</u>
Instrumentador: <u>Adriano</u>	Idade:

MEDICAMENTOS			
Água Destilada 10 ml	01	Nimblum	Tilatil mg
Adrenalina		Neomicina Pomada	Transamin
Aminofilina		Neocaina Isobárica	Tramal 50mg
Amilacina		Neocaina Pesada	Tracium
Atropina		Novabupi 0,5 c/v	Ultiva 2mg
Bextra 40mg	01	Novabupi 0,5 s/v	Unasyn 3g
Buscopam Composto		Nubaim	Xilocaína 2% Fr
Buscopam Simples		Omeprazol	Xilocaína 2% 5ml
Brycanil		Oxacilina 500mg	Xilocaína 2% geléia
Clonidina		Pavulon	Dramin B6
Cipro 200mg		Plasil	Vitamina C
Duo Decadron		Precedex	Vitamina K
Dimorf 0,2mg	01	Profenid	Vitamina B
Dimorf 10mg		Propofol	
Dimorf 1mg		Prostigilmine	
Dexametasona mg		Quelclim mg	HALOGENADOS
Dipirona Sódica	02	Rapifen	Sevorane (ml)
Dolosal		Ranitidina	Halotano (ml)
Dormonid	01	Rocelin 1g	Forane (ml)
Diazepam		Telebrix	

SOLUÇÕES			
Soro FisioL 0,9% 1000ml	01	Soro Ringer c/ Lactato	09
Soro FisioL 0,9% 500ml		Água Destilada 1L	
Soro FisioL 0,9% 250ml		Purisol	
Soro Glicosado 5% 250ml		Manitol	
Soro Glicosado 5% 500ml		Voluven	

MATERIAIS DESCARTÁVEIS			
Aguilha 13x4,5G		Conexão 2 vias	01
Aguilha 25x7G	01	Dreno Penrose 1	
Aguilha 40x12G	02	Dreno Penrose 2	
Aguilha Raqui 25G		Dreno Penrose 3	
Aguilha Raqui 26G	01	Dreno Sucção 3,2	
Aguilha Raqui 27G		Dreno Sucção 4,8	
Aguilha Peridural 16G		Dreno Sucção 6,4	
Aguilha Peridural 17G		Dreno Tórax 32	
Aguilha Peridural 18G		Dreno Tórax 36	
Aguilha de Bloqueio Plexo		Dreno Tórax 38	
Jalco 14G		Esparadrapo	01
Jalco 16G		Eletrodos	05
Jalco 18G		Equipo Macrogotas	01
Jalco 20G	01	Equipo Microgotas	
Jalco 22G		Escova degermante	05
Jalco 24G		Gorro Descartável	04
Atadura Crepom 15cm	10	Gaze Pacote	03
Atadura Crepom 30cm		Gelfoan	
Atadura Gessada		Surgicel	
Coletor Sist. Aberto		Intracath	
Coletor Sist. Fechado		Catéter monolúmen	
Cateter Nasal	01	Filtro bacteriológico	
Cateter Peridural 16		Capa VDL	

EQUIPAMENTOS			
Aspirador		Capnógrafo	
Bisturi Elétrico		CO2	
Bomba de Infusão		Oxigênio	01
Carro de VDL		Nitrogênio	02

Jucelma Fausino da Silva  
COREN-PB 523.018-ENF



## Hospital Samaritano

### Sistematização da Assistência de Enfermagem do Bloco Cirúrgico

Paciente:	Data: 29/16/18
Nome da Mãe: Valmeide Lima	Convenio: Pacote
Cirurgião: DR	2º Cirurgião
3º Cirurgião:	Anest. DR: Guilherbergue
Cirurgia: Frot de Tamozebo esquerdo	Origem:

### ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO

Recepção do Paciente: ( ) Paciente Interno ( ) Paciente Ambulatorial (X) Cirurgia Eletiva ( ) Cirurgia de Urgência Veroclise ( ) Sim ( ) Não ( ) Periférico MS ( ) Central

#### Estado geral/Nível de Consciência:

( ) Consciente ( ) Sedado ( ) Outros, SSVV: PA: 150/69 mmHg P: 56 bpm R: 18 SPO2 99

### TRANS-OPERATÓRIO

29 MAI 2019

Grau de Contaminação: (X) Limpa: epiderme, subcutâneo, músculo-esquelético, nervoso e cardiovascular, ( ) Contaminada: cólon, reto e ânus, crânio, ( ) Potencialmente Contaminada: gastrointestina, respiratório, genito-urinário, oculares e de vias biliares ( ) Infectada: tecido com presença de infecção local

Posição do Paciente no Transoperatório: ( ) Dorsal (X) Ventral (X) Lateral E/D ( ) Ginecológica

Coxim: ( ) Dorsal (X) Coluna Cervical ( ) Ombro ( ) Tórax ( ) Outros:

Bisturi Elétrico: ( ) Sim (X) Não Local da Placa: ( ) Panturrilha ( ) Face posterior da coxa ( ) Glúteos

Soluções Usada na Assepsia: (X) PVPi ( ) Clorexidina ( ) Outros

Cateteres e Drenos: SVD nº ( ) 2 vias ( ) Acesso central ( ) SNG nº ( ) Pen rose nº ( ) 3 vias c/irrigação, Anticéptico utilizado, Balão insuflado com ml, Passado por: ( ) Acesso venoso periférico MS E ( ) Dreno sucção kher, ( ) Dreno de blacker nº ( ) Dreno de tórax nº

Ostomias: ( ) Traqueal ( ) Cística ( ) Local

Tipo de Anestesia: ( ) Geral (X) Raquianestesia ( ) Peridural (X) Sedução ( ) Local ( ) Geral Venosa ( ) Bloqueio de plexo ( ) Sedação ( ) Tubo Endot. Nº Fio guia: ( ) Sim ( ) Não ( ) Guedel nº

Serviços Requisitados: ( ) Banco de Sangue ( ) Radiologia ( ) Laboratório

Hora do Início: 19:30

Hora do Término:

Intercorrências: ( ) Sim (X) Não

Qual:





Hospital Samaritano

**IDENTIFICAÇÃO DE CAIXAS DE CIRURGIA**

Paciente: Valcir Correia de morais

Atendimento: \_\_\_\_\_

Convênio: Pocote

Cirurgia: Fratura de Tornozelo esquerda

Cirurgião: DR. Edilson Barbosena

Sala: 02 Data: 29/6/18

Circulante de sala (não rubricar): João 719091

<div>232418 02- Data do Procedimento Data de Validação Nº do Equipamento Nº da Caixa Nº do Operador BRASIL</div>	<div>232418 02- Data do Procedimento Data de Validação Nº do Equipamento Nº da Caixa Nº do Operador BRASIL</div>	<div>232418 02- Data do Procedimento Data de Validação Nº do Equipamento Nº da Caixa Nº do Operador BRASIL</div>
<div>232418 02- Data do Procedimento Data de Validação Nº do Equipamento Nº da Caixa Nº do Operador BRASIL</div>	<div>232418 02- Data do Procedimento Data de Validação Nº do Equipamento Nº da Caixa Nº do Operador BRASIL</div>	<div>232418 02- Data do Procedimento Data de Validação Nº do Equipamento Nº da Caixa Nº do Operador BRASIL</div>

LIFE ASSESSORIA  
29 MAIO 2018  
CORRETORA DE SEGUROS







Hospital Samaritano

HOSPITAL SAMARITANO  
SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS  
POR DOSE INDIVIDUALIZADA - SDMDI

Sistema de Distribuição de Medicamentos Por Dose Individualizada - SDMDI

Prescrição Médica

Data: 29, 06, 18

Paciente: \_\_\_\_\_ Apt: 34 Sexo: \_\_\_\_\_  
Clínica: \_\_\_\_\_

OEE	AGENTE TERAPÊUTICO, QUANTIDADE / VIA	Observações
1	1. Glic	
2	50L - Rosuv	1/3 - 1/3
3	Quinidina 600 mg + A3D	2/3 - 1/5 - 1/4
4	6/6 h.	
5	Aspirina 1 gr + A3D	2/3 - 1/5 - 1/4
6	6/6 h.	
7	Tilatil 40 + A3D	1x die
8	Quinidina 40 gr 1x + A3D	2/3 (30. 06)
9	1x die	
10	Doxanil 1/2 - 1/2 + A3D	23. 07
11	6/6 h.	
12	antes de dormir	
13	Tilatil 100 + 100ml	2/3 - 1/4
14	5ml de pppm	
15	Chamex 40 1x die	24 (30. 06)
16	Spant CCG	20 hms
17	Dr. Fidiús G. F. Borborema	
18	CRM-PB: 5305	
19	CRM-PB: 14054	
20	SBOT: 9876	
21	Tetrazepam 0.1mg	
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		

MÉDICO: \_\_\_\_\_  
CRM: \_\_\_\_\_

Dr. Fidiús G. F. Borborema  
CRM-PB: 5305  
CRM-PB: 14054  
SBOT: 9876

LIFE ASSESSORIA  
29 MAIO 2019  
CORRETORA DE SEGUROS

Dr. Gláucia Novais  
CRM-PB: 9216

Dr. Gláucia Novais  
Enfermeira  
COREN 288955



Hospital Samaritano

Sistema de Distribuição de Medicamentos Por Dose Individualizada - SDMDI

Prescrição Médica

Data: 20/06/18

Paciente:

Volnei C. da Silva

Clinica:

Apt: 34

Unidade:

OED

AGENTE TERAPÊUTICO / QUANTIDADE / VIA

①

D. Dine

②

Frases Curativas - TATA ROTA 10

③

Atte Hospital

④

Le Tan yone - 1FR (21) 15

Dr. Filipe G. F. Borborema

CRM-RB: 5395

CRM-PE: 14854

SBOT: 9876



MÉDICO:

CRM:

SINCRONIZADO POR:





Hospital Samaritano

Kolcu C. I. Mori

by

Im

- Detrans yamle

01/2

Aplicar Im

Dr. Flávia G. F. Borborema  
CRM-PB: 8398  
CRM-PE: 14854  
SEOT: 9876



Ressonância Magnética – Tomografia – Hemodinâmica – Ultrassanografia  
Endoscopia – Laboratório de Análises Clínicas – Radiologia – Videolaparoscopia

Av. Santa Júlia, 35 – Torre – João Pessoa – Pb

Fone: (83) 3048-2100





## CERTIDÃO


Nº. 0195/2019

Atendendo solicitação de **VALCIR CORREIA DE MORAIS** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 140502 e Prontuário nº 2018.06.003810 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 28/06/2018 às 20H25min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tornozelo esquerdo. Indicado tratamento cirúrgico. Alta a pedido dia 29/06/2018.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 25 de Março de 2019

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 2959





-----  
Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)  
-----

-----  
ANOTACOES DA ENFERMAGEM  
-----

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

-----  
Reservado p/ liberacao  
-----

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO



DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IML

-----  
*Wafnide de Lima Corio*  
-----

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico  
-----





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>VALCÍR CORREIA DE MORAES</u>		Data da Admissão: <u>28/06/18</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Religião: _____
Sexo: F ( ) M ( )	Cor: _____	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: <u>1/1</u>
Escolaridade: _____		Data de Nascimento: <u>1/1</u>	
QPD: _____			
HDA: <u>Presente agente de saúde e de</u> <u>psicologia em 27/06/18</u> <u>Apresenta Ferimento cirúrgico - cateter</u> <u>em Região Anterior da perna.</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
<b>Geral:</b> <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso <input type="checkbox"/> Kg em _____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____			
<b>Pele:</b> _____			
<b>Cabeça e Pescoço:</b> <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Audição: _____ Visão: _____			
<b>AR e ACV:</b> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____ Outros: _____			
<b>ABD:</b> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume			
<b>AGU:</b> <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____			
<b>SME:</b> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposso <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos			
<b>SN e PSQ:</b> <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor			



Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





HN-081729

**TERMO DE ALTA A PEDIDO**

O abaixo assinado, Valcira Correia de Almeida  
pessoa responsável pelo(a) paciente, El mesmo(a)  
certifica que deixa o **COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA**, por livre e  
espontânea decisão, contra o parecer do Médico Assistente e da Administração do Hospital.  
Declara, outrossim, que foi informado(a) dos riscos envolvidos e, pelo presente, isenta o  
Médico Assistente, o Hospital e o corpo de funcionários de qualquer responsabilidade pelo  
que possa ocorrer decorrente do seu ato.

João Pessoa, 29 / 06 / 2018.

Valcira Correia de Almeida  
Assinatura do (a) Paciente ou Responsável  
Rg. 3.780.237 - SSP/PB

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Funcionário (a)

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-364, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_ [ ] HTF

Cirurgias: \_\_\_\_\_

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa

[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo

[ ] Alcoolismo

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg

FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: Fratura 2ª 7 (C)

Conduta: - Analisando

- Solicitar

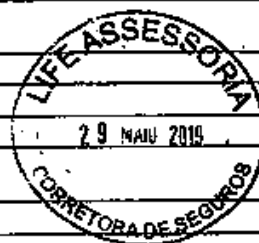
Interação da 2ª 7 com o 7º

1

Dr. Enes P. Costa Neto  
Médico Responsável  
CRM 8496

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, SN, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

Dr. Rava + Dr. Silva





Hospital Samaritano  
CENTRO CIRÚRGICO - FICHA DE CIRURGIA

FICHA DA CIRURGIA				
Paciente:	Vitor Carlos de Moraes			
Idade:	Sexo:	Sala:	Data:	Convenio:
			21/06/18	Faceto

SUMÁRIO CLÍNICO
Doença e evolução
Torçao

EQUIPE CIRÚRGICA	
Cirurgião:	Dr. Fábio Borborema
1º Auxiliar:	
2º Auxiliar:	
3º Auxiliar:	
Anestesista:	Dr. Gutemberg Borborema
Instrumentador(a):	Adriano

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA			
Data da Cirurgia:	29/06/18	Hora Inicial:	
Tipo de Cirurgia:	Furto de bexiga		
Diagnóstico Pré-Operatório:	Furto de bexiga		TNE
Tipo de Anestesia:	Asqu		
Risco Cirúrgico:			
Intercorências Cirúrgicas:			
Diagnóstico Pós-Operatório:	Ovar		



Cirurgia (Descrever via acesso, Tática e Técnica, Ligadura, Sutura, Aspecto das Visceras, material empregado)
1) Anestesia + antiprurido
2) Acesso cirúrgico + m
3) Bexiga + intestino
4) De bexiga + intestino
5) Feito a pleura 3.5 + Bexiga
6) Feito a bexiga + intestino

Dr. Fábio G. B. Borborema  
CRM-PE 1395  
CRM-PE 1554  
SBOT: 15878





Paciente: <u>Valery Correia Moraes</u>	Convênio: <u>PocoF</u>
Cirurgia: <u>Exatoma do Tornozelo</u>	Data: <u>29/06/18</u>
Cirurgião: <u>DR. Rádian Babonema</u>	Anestesista: <u>DR. Gutemberg</u>
Auxiliar 1:	Anestesia: <u>Raqui + Sedação</u>
Auxiliar 2:	Circulante: <u>gao 31201</u>
Instrumentador: <u>Adriano</u>	Idade:

MEDICAMENTOS			
Água Destilada 10 ml	01	Nimblum	Tilatil mg
Adrenalina		Neomicina Pomada	Transamin
Aminofilina		Neocaina Isobárica	Tramal 50mg
Amilacina		Neocaina Pesada	Tracium
Atropina		Novabupi 0,5 c/v	Ultiva 2mg
Bextra 40mg	01	Novabupi 0,5 s/v	Unasyn 3g
Buscopam Composto		Nubaim	Xilocaína 2% Fr
Buscopam Simples		Omeprazol	Xilocaína 2% 5ml
Brycanil		Oxacilina 500mg	Xilocaína 2% geléia
Clonidina		Pavulon	Dramin B6
Cipro 200mg		Plasil	Vitamina C
Duo Decadron		Precedex	Vitamina K
Dimorf 0,2mg	01	Profenid	Vitamina B
Dimorf 10mg		Propofol	
Dimorf 1mg		Prostigilmine	
Dexametasona mg		Quelicim mg	HALOGENADOS
Dipirona Sódica	02	Rapifen	Sevorane (ml)
Dolosal		Ranitidina	Halotano (ml)
Dormonid	01	Rocelin 1g	Forane (ml)
Diazepam		Telebrix	

SOLUÇÕES			
Soro FisioL 0,9% 1000ml	01	Soro Ringer c/ Lactato	09
Soro FisioL 0,9% 500ml		Água Destilada 1L	
Soro FisioL 0,9% 250ml		Purisol	
Soro Glicosado 5% 250ml		Manitol	
Soro Glicosado 5% 500ml		Voluven	

MATERIAIS DESCARTÁVEIS			
Aguilha 13x4,5G		Conexão 2 vias	01
Aguilha 25x7G	01	Dreno Penrose 1	
Aguilha 40x12G	02	Dreno Penrose 2	
Aguilha Raqui 25G		Dreno Penrose 3	
Aguilha Raqui 26G	01	Dreno Sucção 3,2	
Aguilha Raqui 27G		Dreno Sucção 4,8	
Aguilha Peridural 16G		Dreno Sucção 6,4	
Aguilha Peridural 17G		Dreno Tórax 32	
Aguilha Peridural 18G		Dreno Tórax 36	
Aguilha de Bloqueio Plexo		Dreno Tórax 38	
Jalco 14G		Esparadrapo	01
Jalco 16G		Eletrodos	05
Jalco 18G		Equipo Macrogotas	01
Jalco 20G	01	Equipo Microgotas	
Jalco 22G		Escova degermante	05
Jalco 24G		Gorro Descartável	04
Atadura Crepom 15cm	10	Gaze Pacote	03
Atadura Crepom 30cm		Gelfoan	
Atadura Gessada		Surgicel	
Coletor Sist. Aberto		Intracath	
Coletor Sist. Fechado		Catéter monolúmen	
Cateter Nasal	01	Filtro bacteriológico	
Cateter Peridural 16		Capa VDL	

EQUIPAMENTOS			
Aspirador		Capnógrafo	
Bisturi Elétrico		CO2	
Bomba de Infusão		Oxigênio	01
Carro de VDL		Nitrogênio	02

Jucelma Fausino da Silva  
COREN-PB 523.018-ENF



## Hospital Samaritano

### Sistematização da Assistência de Enfermagem do Bloco Cirúrgico

Paciente:	Data: 29/06/18
Nome da Mãe: Valmeide Lima	Convenio: Pacote
Cirurgião: DR	2º Cirurgião
3º Cirurgião:	Anest. DR: Guilherbergue
Cirurgia: Frot de Tamozebo esquerdo	Origem:

### ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO

Recepção do Paciente: ( ) Paciente Interno ( ) Paciente Ambulatorial (X) Cirurgia Eletiva ( ) Cirurgia de Urgência Veroclise ( ) Sim ( ) Não ( ) Periférico MS ( ) Central
Estado geral/Nível de Consciência:
( ) Consciente ( ) Sedado ( ) Outros, SSVV: PA: 150/69 mmHg P: 56 bpm R: 16 SPO2 99

### TRANS-OPERATÓRIO

29 MAI 2019

Grau de Contaminação: (X) Limpa: epiderme, subcutâneo, músculo-esquelético, nervoso e cardiovascular, ( ) Contaminada: cólon, reto e ânus, crânio, ( ) Potencialmente Contaminada: gastrointestina, respiratório, genito-urinário, oculares e de vias biliares ( ) Infectada: tecido com presença de infecção local		
Posição do Paciente no Transoperatório: ( ) Dorsal (X) Ventral (X) Lateral E.D ( ) Ginecológica		
Coxim: ( ) Dorsal (X) Coluna Cervical ( ) Ombro ( ) Tórax ( ) Outros:		
Bisturi Elétrico: ( ) Sim (X) Não Local da Placa: ( ) Panturrilha ( ) Face posterior da coxa ( ) Glúteos		
Soluções Usada na Assepsia: (X) PVPi ( ) Clorexidina ( ) Outros		
Cateteres e Drenos: SVD nº ( ) 2 vias ( ) 3 vias c/irrigação, Anticéptico utilizado, Balão insuflado com ml, Passado por:	( ) Acesso central ( ) Acesso venoso periférico MS E	( ) SNG nº ( ) Pen rose nº ( ) Dreno sucção kher, ( ) Dreno de blacker nº ( ) Dreno de tórax nº
Ostomias: ( ) Traqueal ( ) Cística ( ) Local		
Tipo de Anestesia: ( ) Geral (X) Raquianestesia ( ) Peridural (X) Sedução ( ) Local ( ) Geral Venosa ( ) Bloqueio de plexo ( ) Sedação ( ) Tubo Endot. Nº Fio guia: ( ) Sim ( ) Não ( ) Guedel nº		
Serviços Requisitados: ( ) Banco de Sangue ( ) Radiologia ( ) Laboratório		
Hora do Início: 19:30		Hora do Término:
Intercorrendas: ( ) Sim (X) Não Qual:		





Hospital Samaritano

**IDENTIFICAÇÃO DE CAIXAS DE CIRURGIA**

Paciente: Valcir Correia de morais

Atendimento: \_\_\_\_\_

Convênio: Pocote

Cirurgia: Fratura de Tornozelo esquerda

Cirurgião: DR. Edilson Barbosena

Sala: 02 Data: 29/6/18

Circulante de sala (não rubricar): João 719091

<div>232418 02- Data do Procedimento Data de Validação Nº do Equipamento Nº da Caixa Nº do Operador BRASIL</div>	<div>232418 02- Data do Procedimento Data de Validação Nº do Equipamento Nº da Caixa Nº do Operador BRASIL</div>	<div>232418 02- Data do Procedimento Data de Validação Nº do Equipamento Nº da Caixa Nº do Operador BRASIL</div>
<div>232418 02- Data do Procedimento Data de Validação Nº do Equipamento Nº da Caixa Nº do Operador BRASIL</div>	<div>232418 02- Data do Procedimento Data de Validação Nº do Equipamento Nº da Caixa Nº do Operador BRASIL</div>	<div>232418 02- Data do Procedimento Data de Validação Nº do Equipamento Nº da Caixa Nº do Operador BRASIL</div>

LIFE ASSESSORIA  
29 MAIO 2019  
CORRETORA DE SEGUROS







Hospital Samaritano

HOSPITAL SAMARITANO  
RUA DE JACAREPAGUÁ, 100 - JACAREPAGUÁ  
Cidade de São Paulo - SP  
CEP: 04062-000  
FONE: (11) 5082-1000  
FAX: (11) 5082-1001  
E-MAIL: hospital@samaritano.org.br  
WWW.SAMARITANO.ORG.BR

Sistema de Distribuição de Medicamentos Por Dose Individualizada - SDMDI

Prescrição Médica

Data: 29, 06, 18

Paciente: \_\_\_\_\_ Apt: 34 Sexo: \_\_\_\_\_  
Clínica: \_\_\_\_\_

OEE	AGENTE TERAPÊUTICO, QUANTIDADE / VIA	Observações
1	1. Glic	
2	50L - Rosuv	1/3 - 1/3
3	Quinidina 600 mg + ABO 6/6h	2/3 - 1/5 - 1/4
4	Aspirina 1 gr + ABO 6/6h	2/3 - 1/5 - 1/4
5	Tilatil 40 + ABO 1x die	1/3
6	Quinidina 40 gr 1x + ABO 1x die	2/5 (30. 06)
7	Doxanil 1/2 - 1/2 + ABO 6/6h	2/3 - 1/4
8	Quinidina 100 + 200ml 5ml 6/6h	2/3 - 1/4
9	Chamex 40 1x die	2/4 (30. 06)
10	Spant CCG	20 + 1mg
11	Tetrazolam 0.1mg 1x die	

Dr. Fidiús G. F. Borborema  
CRM-PB: 5305  
CRM-PB: 14054  
SBOT: 9876

LIFE ASSESSORIA  
29 MAIO 2019  
CORRETORA DE SEGUROS

Dr. Gláucia Novais  
CRM-PB: 9216

MÉDICO: \_\_\_\_\_  
CRM: \_\_\_\_\_

Lucilia Lima de Sousa  
Enfermeira  
COREN 28301  
OREN 288955





Hospital Samaritano

Sistema de Distribuição de Medicamentos Por Dose Individualizada - SDMDI

Prescrição Médica

Data: 20/06/18

Paciente:

Volnei C. da Silva

Clinica:

Apt: 34

Unidade:

OED

AGENTE TERAPÊUTICO / QUANTIDADE / VIA

①

D. Dine

②

Frases Curativas - TATA BOTA 10

③

Atte Hospital

④

Le Tan yone - 1FR (21) 15

Dr. Filipe G. F. Borborema

CRM-RB: 5395

CRM-PE: 14854

SBOT: 9876



MÉDICO:

CRM:

SIGNADO POR:





Hospital Samaritano

Kolcu C. I. Mori

by

Im

- Detrans yamir

01/2

Aplicar Im

Dr. Flávia G. F. Borborema  
CRM-PB: 8398  
CRM-PE: 14854  
SEOT: 9876



Ressonância Magnética – Tomografia – Hemodinâmica – Ultrassanografia  
Endoscopia – Laboratório de Análises Clínicas – Radiologia – Videolaparoscopia

Av. Santa Júlia, 35 – Torre – João Pessoa – Pb

Fone: (83) 3048-2100



PROIBIDO PLASTIFICAR

1275674236

LOCAL  
JOAO PESSOA, PB

Assinatura do Emissor

05061231583  
PB032335083

DATA EMISSÃO  
13/07/2016

ASSINATURA DO PORTADOR

*João Pessoa*



OBSERVAÇÕES

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1275674236

Nº REGISTRO  
05344358273



NOME  
VALCYR CORREIA DE MORAIS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
3780237 SSP PB

CPF  
100.708.124-46 DATA NASCIMENTO  
16/07/1991

FILIAÇÃO  
PAULO BORGES DE MORAIS  
VALNEIDE DE LIMA  
CORREIA

PERMISSÃO  
ACC CAT. HAB.  
AB

VALIDADE  
11/07/2021 1ª HABILITAÇÃO  
07/11/2011

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
HABITEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

INTERPRINT LTDA

PROIBIDO PLASTIFICAR

1275674236

LOCAL  
JOAO PESSOA, PB

Assinatura do Emissor

05061231583  
PB032335083

DATA EMISSÃO  
13/07/2016

ASSINATURA DO PORTADOR

*João Pessoa*



OBSERVAÇÕES

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1275674236

Nº REGISTRO  
05344358273



NOME  
VALCYR CORREIA DE MORAIS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
3780237 SSP PB

CPF  
100.708.124-46 DATA NASCIMENTO  
16/07/1991

FILIAÇÃO  
PAULO BORGES DE MORAIS  
VALNEIDE DE LIMA  
CORREIA

PERMISSÃO  
ACC CAT. HAB  
AB

VALIDADE  
11/07/2021 1ª HABILITAÇÃO  
07/11/2011

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
HABITEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

INTERPRINT LTDA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

LACRE 0003900800994

DETRAN - PB

Nº 014202348350

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CÓD. RENAVAM 0035306409-2 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME JOSEILTON SILVA DE SOUZA

CPF / CNPJ 09818225414

PLACA OEX1689/PB

PLACA ANT. / UF NOVO PB CHASSI 9C2KC1670ER636748

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2011

CAP / POT / CIL 2 P/149 /CI

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC / COTAS

00/00/0000

1º

FAXA LPVA

PARCELAMENTO / COTAS

2º

\*\*\*\*\* 0

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

\*\*\*\*\* SEGURO PAGO 23/10/2018

OBSERVAÇÕES

REST. BEN. TRIBUTÁRIO OBRIGATÓRIO  
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

ARACAGI-PB

LOCAL

DATA

24/10/2018

36633

16586



## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Verônica Vanessa de Moraes  
 DATA DO ACIDENTE 28-05-2018 CPF DA VÍTIMA 300.709.324-46  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR Sir Leiza Gnanck  
 Nº 510 COMPLEMENTO - BAIRRO Área Rural  
 CIDADE Guatubera Pernambuco UF PE CEP 58689-000  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (93) 991929029

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 (X) 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)  
 (X) 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  
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 29-05-2019  
 IDENTIDADE 3790237  
 ASSINATURA [Assinatura]

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 29 MAIO 2019  
 NOME \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA \_\_\_\_\_



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P.62

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

JOSEILTON SILVA DE SOUZA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.802.076 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/10/2009

NOME JOSEILTON SILVA DE SOUZA

FILIAÇÃO ADAILTON ALVES DE SOUZA  
JOSÉLIA DUARTE DA SILVA

NATURALIDADE ARACAGI-PB DATA DE NASCIMENTO 12/01/1989

DOC ORIGEM NASC.N.10361 PLS.273 LIV.A 15

CARTORIO DE ITAPOROROCA\_PB

CPE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190351109 **Cidade:** Cuité de Mamanguape **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VALCIR CORREIA DE MORAIS **Data do acidente:** 28/06/2018 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA.  
P 7/9

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0181357/19

**Vítima:** VALCIR CORREIA DE MORAIS

**CPF:** 100.708.124-46

**Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

**Data do acidente:** 28/06/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** VALCIR CORREIA DE MORAIS

### 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

**VALCIR CORREIA DE MORAIS : 100.708.124-46**

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/05/2019  
Nome: VALCIR CORREIA DE MORAIS  
CPF: 100.708.124-46

\_\_\_\_\_  
VALCIR CORREIA DE MORAIS

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/05/2019  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

\_\_\_\_\_  
SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALCIR CORREIA DE MORAIS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02179-2

CONTA: 000010011002-9

---

---

Nr. da Autenticação 5D01890BECA6A45C



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
21/06/2019 - Autoatendimento - 09:38:23  
145575235 0353

EXTRATO DE POUpanCA PARA SIMPLES CONFERENCIA  
EXTRATO DE POUpanCA OURO/POUPEX

AGENCIA: 2179-2  
CONTA: 11.002-7  
VARIACAO: 51  
CLIENTE: VALCIR CORREIA DE MORAIS

DATA	DT.BS	HISTORICO	VALOR
31/05	Maio/2019	Saldo ant.	15.52 C
DISPONIVEL			15.52 C
VLR. BLOQUEADO			0.00 D
SALDO TOTAL			15.52 C

SALDO POR DATA BASE

22 15.52 C

MENSAGENS DIVERSAS

SELIC igual/menor que 8,5% A.A.: TR+70% DA SELIC  
SELIC maior que 8,5% A.A.: TR+0,5% A.M.

Leia no verso como conservar este documento.  
entre outras informacoes.





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190351109

Vítima: VALCIR CORREIA DE MORAIS

Data do Acidente: 28/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALCIR CORREIA DE MORAIS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14382162





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190351109**

**Vítima: VALCIR CORREIA DE MORAIS**

**Data do Acidente: 28/06/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), VALCIR CORREIA DE MORAIS**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01527/01528 - carta\_25 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190351109**

**Vítima: VALCIR CORREIA DE MORAIS**

**Data do Acidente: 28/06/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), VALCIR CORREIA DE MORAIS**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00379/00380 - carta\_25 - INVALIDEZ

00030190





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190351109**

**Vítima: VALCIR CORREIA DE MORAIS**

**Data do Acidente: 28/06/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), VALCIR CORREIA DE MORAIS**

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **VALCIR CORREIA DE MORAIS**

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

Banco: **1**

Agência: **000002179-2**

Conta: **000010011002-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01713/01714 - carta\_15R - INVALIDEZ

00020857





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

Nº do sinistro ou ASL:

0181357134

CPF da vítima:

300.708.324-46

Nome completo da vítima:

Valéria Moreira de Moraes

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

Nome completo:

Valéria Moreira de Moraes

CPF:

300.708.324-46

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Rua Ruyton

Número:

310

Complemento:

-

Bairro:

Área Rural

Cidade:

Cidade de Maranguape

Estado:

RJ

CEP:

58289000

E-mail:

Tel (DDD):

18344446068

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:

21792

CONTA:

11002

AGÊNCIA:

-

CONTA:

-

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

☐ Separação Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

João Torres 16-07-2019

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Valéria Moreira de Moraes

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:



Assinatura

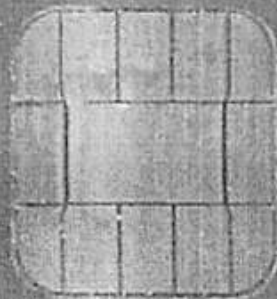
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



**Ourocard**  
International



**4001 6390 3464 9166**

4001

GOOD  
THRU 04/21

**VALCIR C MORAIS**

**2179-2 11.002-7**

**VISA**

Electron

Eletronic use only / Apenas uso eletrônico



# 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: 0181357139 CPF da vítima: 300.708.324-46 Nome completo da vítima: Valcira Bonança de Moraes

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

Nome completo: Valcira Bonança de Moraes CPF: 300.708.324-46

Profissão: Agravada Endereço: Jitio Lagoa Grande Número: 310 Complemento: -

Bairro: Área Rural Cidade: Cuite de Maranguape Estado: RJ CEP: 58289000

E-mail: Tel.(DDD): 1831944928068

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: Bradesco

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0179 2 CONTA: 11002-7

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: Falecidos: \_\_\_\_\_

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa 29-05-2019

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura



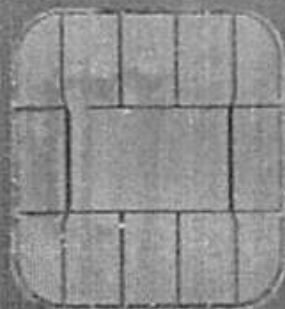
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

# Ourocard

International



4001 6390 3464 9166

4001

GOOD THRU 04/21

VALCIR C MORAIS  
2179-2 11.002-7

# VISA

Electron

Electronic use only / Apenas uso eletrônico



# 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: 0181357139 CPF da vítima: 300.708.324-46 Nome completo da vítima: Valcira Bonança de Moraes

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

Nome completo: Valcira Bonança de Moraes CPF: 300.708.324-46

Profissão: Agravada Endereço: Jitio Lagoa Grande Número: 310 Complemento: -

Bairro: Área Rural Cidade: Cuite de Maranguape Estado: RJ CEP: 58289000

E-mail: Tel. (DDD): 1831944928068

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: Bradesco

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0179 2 CONTA: 11002-7

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: Falecidos:

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa 29-05-2019

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura



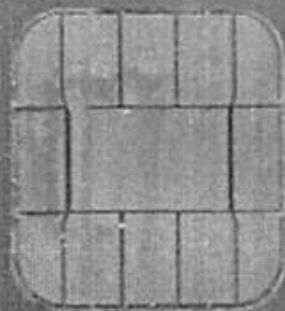
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

# Ourocard

International



4001 6390 3464 9166

4001

GOOD THRU 04/21

VALCIR C MORAIS  
2179-2 11.002-7

# VISA

Electron

Electronic use only / Apenas uso eletrônico





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Livro nº 03/2019

Ocorrência nº. 0931/2019

Aos DEZESSETE dias de MAIO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **FRANCISCO MARINHO DE MELO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) Frederico Figueiredo Brito da Silva, aí, por volta 09h:33min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

**VALCIR CORREIA DE MORAIS**, conhecido por , Identidade nº 3.780.237-SSP/PB, CPF nº 100.708.124-46, nacionalidade brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Paulo Borges De Moraes E De Valneide De Lima Correia, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 16/07/1991 (27 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Lagoa Grande, nº s/n, bairro: zona rural – Cuité de Mamanguape/PB, tendo como ponto de referência: , na cidade de Cuité De Mamanguape/PB, fone(s) para contato: (83)98144-6118.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**;
- 2) DATA DO FATO: 28 de junho de 2018;
- 3) HORÁRIO: 16h:30min;
- 4) LOCAL: Sítio Bonita nº , bairro: zona rural – CUITÉ DE MAMANGUAPE/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Complexo Hospitalar de Mangabeira - João Pessoa/PB;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? SIM;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

**6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:**

Veículo marca/modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI, cor: PRETA, placa: OEX 1689/PB, ano: 2011, chassi: 9C2KC1670BR636748 em nome de JOSEILTON SILVA DE SOUZA

**8) BREVE RESUMO DO FATO:**

QUE o comunicante estava conduzindo o referido veículo (motocicleta) no local em referência, quando colidiu frontalmente em um veículo SANTANA, que foi em sua direção em uma curva, QUE o condutor deste veículo é da cidade de João Pessoa e não sabe descrever maiores informações sobre o mesmo, QUE o condutor deste veículo ficou no local até a chegada do SAMU da cidade de Mamanguape/PB, pelo qual foi socorrido e conduzindo ao Complexo Hospitalar de Mangabeira - João Pessoa, vítima de acidente de trânsito; QUE segundo laudo do referido hospital, o comunicante teve fratura do tornozelo esquerdo, QUE foi submetido a intervenção cirúrgica no Hospital Samaritano no mesmo dia em que fez pedido de alta hospitalar ao Complexo Hospitalar de Mangabeira - João Pessoa no dia 29/06/2018.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

VALCIR CORREIA DE MORAIS

Comunicante

Escrivã(o)/Agente  
Matrícula nº 156.567-2



Rua Escritor Lima Pinto nº 18, Campo, Mamanguape/PB telefone: 3292-2604





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Livro nº 03/2019

Ocorrência nº. 0931/2019

Aos DEZESSETE dias de MAIO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **FRANCISCO MARINHO DE MELO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) Frederico Figueiredo Brito da Silva, aí, por volta 09h:33min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

**VALCIR CORREIA DE MORAIS**, conhecido por , Identidade nº 3.780.237-SSP/PB, CPF nº 100.708.124-46, nacionalidade brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Paulo Borges De Moraes E De Valneide De Lima Correia, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 16/07/1991 (27 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Lagoa Grande, nº s/n, bairro: zona rural – Cuité de Mamanguape/PB, tendo como ponto de referência: , na cidade de Cuité De Mamanguape/PB, fone(s) para contato: (83)98144-6118.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**;
- 2) DATA DO FATO: 28 de junho de 2018;
- 3) HORÁRIO: 16h:30min;
- 4) LOCAL: Sítio Bonita nº , bairro: zona rural – CUITÉ DE MAMANGUAPE/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Complexo Hospitalar de Mangabeira - João Pessoa/PB;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? SIM;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

**6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:**

Veículo marca/modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI, cor: PRETA, placa: OEX 1689/PB, ano: 2011, chassi: 9C2KC1670BR636748 em nome de JOSEILTON SILVA DE SOUZA

**8) BREVE RESUMO DO FATO:**

QUE o comunicante estava conduzindo o referido veículo (motocicleta) no local em referência, quando colidiu frontalmente em um veículo SANTANA, que foi em sua direção em uma curva, QUE o condutor deste veículo é da cidade de João Pessoa e não sabe descrever maiores informações sobre o mesmo, QUE o condutor deste veículo ficou no local até a chegada do SAMU da cidade de Mamanguape/PB, pelo qual foi socorrido e conduzindo ao Complexo Hospitalar de Mangabeira - João Pessoa, vítima de acidente de trânsito; QUE segundo laudo do referido hospital, o comunicante teve fratura do tornozelo esquerdo, QUE foi submetido a intervenção cirúrgica no Hospital Samaritano no mesmo dia em que fez pedido de alta hospitalar ao Complexo Hospitalar de Mangabeira - João Pessoa no dia 29/06/2018.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

VALCIR CORREIA DE MORAIS

Comunicante

Escrivã(o)/Agente  
Matrícula nº 156.567-2



Rua Escritor Lima Pinto nº 18, Campo, Mamanguape/PB telefone: 3292-2604



## 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: 0181357139 CPF da vítima: 300.708.324-46 Nome completo da vítima: Valécia Bonfina de Menezes

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

Nome completo: Valécia Bonfina de Menezes CPF: 300.708.324-46  
Profissão: Agente de Vendas Endereço: Rua da Paz, 123 Número: 123 Complemento: 456  
Bairro: Vila Rica Cidade: Curitiba Estado: PR CEP: 81289-000  
E-mail: valécia@vila-rica.com.br Tel. (DDD): 41 3333-4444

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: Bradesco  
AGÊNCIA: 0000 CONTA: 0000 (Informar o dígito se existir)  
AGÊNCIA: 0179 2 CONTA: 11002-7 (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: \_\_\_\_\_ Local e Data: João Torres 29-05-2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

#### TESTEMUNHAS

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



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



SECRETARIA DE  
SAÚDE



CIDADE DO  
TRABALHO

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU

Mamanguape, 20 de Julho de 2018



**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que, VALCIR CORREIA DE MORAIS, foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Mamanguape, no dia 28 de Junho de 2018, vítima de colisão carro com motocicleta, e transferido ao Ortotrauma.

  
Crisane França de Farias  
Enfermeira  
COREN-PB 338.069

Crisane França de Farias  
Coordenadora Geral SAMU 192  
Mamanguape/PB  
CNPJ 08674396000164

Rua Marquês do Herval, 64 - Centro - Fone (83) 996501777/991136091 -  
samucrisane@gmail.com





SECRETARIA DE  
SAÚDE



CIDADE DO  
TRABALHO

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU

Mamanguape, 20 de Julho de 2018



**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que, VALCIR CORREIA DE MORAIS, foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Mamanguape, no dia 28 de Junho de 2018, vítima de colisão carro com motocicleta, e transferido ao Ortotrauma.

 **Crisane França de Farias**  
Enfermeira  
COREN-PB 338.069

**Crisane França de Farias**  
Coordenadora Geral SAMU 192  
Mamanguape/PB  
CNPJ 08674396000164

Rua Marquês do Herval, 64 - Centro - Fone (83) 996501777/991136091 -  
samucrisane@gmail.com

