

---

**Rio de Janeiro, 22 de Março de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190210873**

**Vítima: JOSE FERREIRA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 13/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE FERREIRA DOS SANTOS**

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

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190210873

Vítima: JOSE FERREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 13/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE FERREIRA DOS SANTOS

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: JOSE FERREIRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000732

Conta: 000000021717-6

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





20 MAR 2019



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 138/2019**

Versando sobre: ACIDENTE DE TRÂNSITO /DPVAT

Data do fato: 13/12/2018 – por volta de 16:00 horas

Local do ocorrido: Bairro Vida Nova, próximo ao CEMAR de POMBAL-PB

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: 01/03/2019 – 15:10 Horas

**COMUNICANTE:** JOSÉ FERREIRA DOS SANTOS - Filiação: pai não declarado e JOAQUINA SOARES DOS SANTOS; **Profissão:** AGRICULTOR; **Estado Civil:** casado; **Naturalidade:** Condado-PB; **Nacionalidade:** bras.; **Data de Nascimento:** 17/04/1951; **Endereço Residencial:** Rua Jansen Nobrega Araujo, s/n, Vida Nova, Pombal-PB; //; **Telefone:** 83 999113732/ **Portador de RG nº** 1.245.750 SSP-PB// **CPF:** 632.386.674-91.

**HISTÓRICO:** Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, conduzia o veículo MOTOCICLETA HONDA NXR 160 BROS ESDD / 2015 COR VERMELHA - PLACA QFH 6107/PB. CHASSI: 9C2KD0810FR461008, licenciada em nome do comunicante; Que quando trafegava na proximidade do CEMAR, no Bairro Vida Nova, em Pombal-PB, foi abalroado por um automóvel, vindo cair e sobre o mesmo caiu a motocicleta, provocando uma fratura no seu tornozelo esquerdo; Que não foi possível identificar o automóvel que provocou o acidente, pois o mesmo evadiu-se imediatamente após a colisão. Que foi socorrido para o Hospital Regional de Pombal-PB, pelo Corpo de Bombeiro, onde ficou internado e se submeteu a cirurgia ortopédica no próprio Hospital Regional de Pombal-PB; Que tem conhecimento do fato a pessoa de JOSÉ FABIO ALMEIDA DOS SANTOS, RG 1550407 SSP PB, RESIDENTE A Rua José de Almeida Filho, 250, Vida Nova Pombal-PB. Que compareceu nesta Delegacia de Polícia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal – PB, 08 de fevereiro de 2019.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

**OBS:** O comunicante está cientificado das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

COMUNICANTE: José Ferreira dos Santos

Test. José Fabio Almeida dos Santos

Policial responsável pela lavratura do boletim:

Manoel de Sousa Lacerda  
Manoel de Sousa Lacerda  
Agente de Polícia Civil  
Mat. 168345-4

20 MAR 2019

# 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:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

**JOSÉ FERREIRA DOS SANTOS**

CPF:

**632-356 674-91**

Profissão:

**AGRICULTOR**

Endereço:

**RUA JANSEN NOBREGA ARAUJO**

Número:

**512**

Complemento:

**CASA**

Bairro:

**UNDA POVA**

Cidade:

**POMBAL**

Estado:

**PE**

CEP:

**55640-000**

E-mail:

**XTHYAGO CARNEIRO X @ HOTMAIL.COM**

**(63) 9960 7071**

Declaro, para todos os fins de direito, receber em nome meu e de minha família, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

**REDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 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. Assinalar uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

**0732**

CONTA:

**00021317**

**6**

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/rendimento no valor de R\$ 0,00 a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação da indenização, a seguinte quitação:

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de exercer a atividade profissional por motivo de acidente de trânsito, desde já e somente após a efetivação da indenização, a seguinte quitação:

☒ 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, apresentando, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência de invalidez permanente decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, III, declarando que esta não implica em qualquer responsabilidade da Seguradora Líder.

**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

herdeiros (verificar):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou herdeiros, informar o nome completo:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra a indenização do Seguro DPVAT por morte, a seguinte quantia:

esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer alteração da declaração, apresentada por esta vítima ou por seus representantes, implicará na perda do direito de indenização.

Local e Data:

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura:

2ª Nome:

CPF:

Assinatura:

(\*) Assinatura de quem assina a BDGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

20 MAR 2019

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior de idade, para preencher a data e o nome, e de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, compreendendo-se a data de emissão do pedido de indenização, antes da apresentação e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



20 MAR 2019



**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR  
3º COMANDO REGIONAL BOMBEIROS MILITAR  
6º BATALHÃO DE BOMBEIRO MILITAR  
2ª COMPANHIA DE BOMBEIRO MILITAR  
GABINETE DO COMANDANTE  
BM - 3**

VISTO  
- verson Caldeira da Cruz -  
Cap. QOBM  
Comandante da B/3 da 2ªCBM/6ºBBM  
Mat. 527.449-4

**CERTIDÃO COMPROBATÓRIA – Nº 011/2019**

Certificamos para os fins a que se destina, que aproximadamente às 16h45min do dia 13 de dezembro do ano de 2018, a guarnição de Auto Resgate desta Unidade do Corpo de Bombeiros Militar deslocou-se para atender uma ocorrência do tipo: colisão carro x moto, ocorrida na Rua Cromácio Wanderley, próximo ao CEMAR, bairro Vida Nova, Pombal-PB.

**MOVIMENTO DO SOCORRO:** Hora do aviso: 16h45min#####

**RELATO DO EVENTO:** Chegando ao local solicitado, a Guarnição de Resgate do Corpo de Bombeiros Militar encontrou a vítima, senhor **JOSÉ FERREIRA DOS SANTOS**, consciente e orientado, sem capacete, apresentando aparente fratura fechada de fíbula e tornozelo. No local não foram encontradas nem a moto, nem o capacete da vítima. Foram realizados os procedimentos de atendimento pré-hospitalar e a vítima foi conduzido ao Hospital Regional de Pombal.  
#####

**VITIMAS FATAIS:** NÃO HOUE#####

**SOCORRISTAS:** CB BM MATR. 527.414-1 **MARCELA FLORÊNCIO DO ORIENTE**  
SD BM MATR. 525.989-4 **NIELITON OLIVEIRA CALADO**  
SD BM MATR. 526.097-3 **HARYSON SOUZA SANTOS**

**SOLICITANTE DA CERTIDÃO:** JOSÉ FERREIRA DOS SANTOS RG: 1.247.750

Pombal, 19 de março de 2019.

Gustavo Gouveia F. Lucena  
2º Ten. BM  
527.449-4

**GUSTAVO GOUVEIA FREIRE LUCENA – 2º TEN QOBM**  
Chefe da B/3 da 2ªCBM/6ºBBM

20 MAR 2019



**GOVERNO  
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - 3º Comando Regional - 6º Batalhão - 2ª Companhia  
Rua Antônio Ferreira, S/N, Centro, 58840-000 - Pombal-PB  
Fone: (83) 3431-3548 - email: bombeiros.pombal@gmail.com



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: JOSE FERREIRA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00732

CONTA: 000000021717-6

---

Nr. da Autenticação 7C59EDB12D189EF2



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda-via da conta

Requisito para serviços e atendimento: não retirar o documento da caixa eletrônica e não retirar o documento da caixa eletrônica. Nº 019 914 968

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 239, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600  
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Ins. Est. 18.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO  
RUA CEL JOAO CARNEIRO SN 1 AND  
POMBAL

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1106327-8

### REFERÊNCIA

FEV/2019

### APRESENTAÇÃO

08/02/2019

### CONSUMO

218

### VENCIMENTO

15/02/2019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 199,92

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DE Vaga 1. Água

THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

Roteiro: 06-227-000-6100

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 11/02/2019

### VENCIMENTO

15/02/2019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 199,92

### MATRÍCULA

1106327-2019-02-2

20 MAR 2019

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

### PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECALIB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Thyago Cleudson Lb. Carneiro

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 057.614.794 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Josi Ferreira dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 632.386.634 / 91

do sinistro de DPVAT cobertura \_\_\_\_\_ da Vítima Josi Ferreira dos Santos

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 632.386.634 / 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|                                             |                       |                                  |
|---------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| Endereço: <u>Rua Coronel João Carneiro</u>  | Número: <u>514</u>    | Complemento: <u>1º ANDAR</u>     |
| Bairro: <u>Centro</u>                       | Cidade: <u>Pombal</u> | Estado: <u>PB</u>                |
| E-mail: <u>XTHYAGOCARNEIROX@HOTMAIL.COM</u> | CEP: <u>58840-000</u> | Tel.(DDD): <u>(53) 9966-7071</u> |

Local e Data: Pombal, 26 de Fevereiro de 2019.

Thyago Cleudson Lb. Carneiro

Assinatura do Declarante

20 MAR 2019

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, João Ferreira dos Santos,  
RG nº 1.245.750, data de expedição 03/12/14,  
Órgão SSDS/PB, portador do CPF nº 632.386.674-91, com  
domicílio na cidade de Pombal, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Jansen Malveira Araújo, nº 512,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima João Ferreira dos Santos, cujo o condutor era  
João Ferreira dos Santos.

Veículo: MOTOCICLETA  
Modelo: HONDA NXR 160 Bros Esso  
Ano: 2015  
Placa: QFH 6107/PB  
Chassi: 9C2K20FR461008  
Data do Acidente: 13/12/2018  
Local e Data: Pombal, 01 de Março de 2019



João Ferreira dos Santos  
Assinatura do Declarante



João Ferreira dos Santos

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



**Cel. João Queiroga**  
1º Ofício de Notas e Registros e Imóveis  
CNPJ: 09.205.816/0001-28  
Telefex: (83) 3431-2175 - Pombal-PB

20 MAR 2019



**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR  
3º COMANDO REGIONAL BOMBEIROS MILITAR  
6º BATALHÃO DE BOMBEIRO MILITAR  
2ª COMPANHIA DE BOMBEIRO MILITAR  
GABINETE DO COMANDANTE  
BM - 3**

VISTO  
- verson Caldeira da Cruz -  
Cap. QOBM  
Comandante da B/3 da 2ªCBM/6ºBBM  
Mat. 527.449-4

**CERTIDÃO COMPROBATÓRIA – Nº 011/2019**

Certificamos para os fins a que se destina, que aproximadamente às 16h45min do dia 13 de dezembro do ano de 2018, a guarnição de Auto Resgate desta Unidade do Corpo de Bombeiros Militar deslocou-se para atender uma ocorrência do tipo: colisão carro x moto, ocorrida na Rua Cromácio Wanderley, próximo ao CEMAR, bairro Vida Nova, Pombal-PB.

**MOVIMENTO DO SOCORRO:** Hora do aviso: 16h45min#####

**RELATO DO EVENTO:** Chegando ao local solicitado, a Guarnição de Resgate do Corpo de Bombeiros Militar encontrou a vítima, senhor **JOSÉ FERREIRA DOS SANTOS**, consciente e orientado, sem capacete, apresentando aparente fratura fechada de fíbula e tornozelo. No local não foram encontradas nem a moto, nem o capacete da vítima. Foram realizados os procedimentos de atendimento pré-hospitalar e a vítima foi conduzido ao Hospital Regional de Pombal.  
#####

**VITIMAS FATAIS:** NÃO HOUE#####

**SOCORRISTAS:** CB BM MATR. 527.414-1 **MARCELA FLORÊNCIO DO ORIENTE**  
SD BM MATR. 525.989-4 **NIELITON OLIVEIRA CALADO**  
SD BM MATR. 526.097-3 **HARYSON SOUZA SANTOS**

**SOLICITANTE DA CERTIDÃO:** JOSÉ FERREIRA DOS SANTOS RG: 1.247.750

Pombal, 19 de março de 2019.

Gustavo Gouveia F. Lucena  
2º Ten. BM  
527.449-4

**GUSTAVO GOUVEIA FREIRE LUCENA – 2º TEN QOBM**  
Chefe da B/3 da 2ªCBM/6ºBBM

20 MAR 2019



**GOVERNO  
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - 3º Comando Regional - 6º Batalhão - 2ª Companhia  
Rua Antônio Ferreira, S/N, Centro, 58840-000 - Pombal-PB  
Fone: (83) 3431-3548 - email: bombeiros.pombal@gmail.com





HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

RUA CEL. JOAO LEITE

POMBAL

PARAIBA

(83)3431-2149

Data/Hora 13/12/2018 17:03:14

Ocorrência: INTERNAMENTO

Servidor do Dr. \_\_\_\_\_

Paciente JOSE FERREIRA DOS SANTOS

Idade: 67 Sexo: M

Filiação

Pai:

Mãe:

JOAQUINA SOARES DOS SANTOS

Endereço

Cidade: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

Endereço: JANSE NOBREGA DE ARAUJO

N.:

Bairro: VIDA NOVA I

Naturalidade: POMBAL - PB

Fone:

Documentos

CNS: 700-5011-9883-5257

Identidade: 1245750

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 17/04/1951

Cor: BRANCA

Estado Civil: N. INF.

Profissão: AGRICULTOR(A)

Responsável: \_\_\_\_\_

ANAMNESE. (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

PAIENTE VÍTIMA DE QUEIMA DE FLUOR HÁ ±  
1 SEMANA COM DOR E LIMITAÇÃO DE AMPLITUDE  
DO TMT (E)

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

DOZ, EDENT, LIMITAÇÃO DE AMPLITUDE  
DO MOVIMENTO DO TMT (E).

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

20 MAR 2019

Rx TMT (E).

Ft. Zumbado de  
TMT E.

Diagnóstico:

Ft. Zumbado de

Motivo da Alta

Resultado: ( ) Saliu Curado ( ) Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido Em \_\_\_\_\_

Nome:

Enf.:

Leito:

Nota sobre Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnósticos, Condições ao ser da  
Alta, Instruções ao Paciente, devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

| DATA     | EVOLUÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                               | RUBRICA |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 16/12/18 | Fratura em fêmur<br>em: aneurisma aneurisma                                                                                                                                   |         |
| 17/12    | Fratura fêmur (E) (Exposta)<br>Deu o trauma em fémur (E)<br>hí (4) dias<br>Trauma de FCC em região<br>medial + edema + HVT<br>col VTM<br>Aguardar melhora de partes<br>móveis |         |
|          | Dr. José Carlos Nery<br>ORTOPEDISTA<br>CRM-PB 8882                                                                                                                            |         |
|          | Carlos Logu 17/12                                                                                                                                                             |         |
|          | BAIXO T450                                                                                                                                                                    |         |
|          | Calculado pelo Alcatraz (LEE/EMM) ACP/                                                                                                                                        |         |

18-12-18 Aguardando melhora  
das partes nulas e realizar TFO em  
Am

Dr. Jairo Leal  
Cirurgião Cardíaco  
CRM-PB 8882

20 MAR 2019

Nome:

JOSE FERNANDA DOS SANTOS

Enf.:

Leito:

Nota sobre Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnósticos, Condições ao ser dada Alta, Instruções ao Paciente, devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

| DATA     | EVOLUÇÃO MÉDICA                                                                                | RUBRICA |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 19/12/18 | HD: FARMACOLOGIA DE T23 (E)<br>Paciente já admitido no hospital.<br>Exame + TC LOMBA.          |         |
|          | CM: DO JOCO.                                                                                   |         |
|          | Dr. Túlio Alberto<br>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA<br>CREMEPE 23414 CRM-PB 9251                    |         |
| 19/12/18 | Paciente submetido a procedimento<br>cirúrgico no dia 19/12/18 em internamento.                |         |
|          | CM: ATB + ANALGÉSICO<br>AUXÍLIO COM 24 h.                                                      |         |
|          | Dr. Túlio Alberto<br>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA<br>CREMEPE 23414 CRM-PB 9251                    |         |
| 20/12/18 | HD: FARMACOLOGIA DE T23 (E)<br>1º dia<br>Paciente já admitido no hospital.                     |         |
|          | CM: Ajuste hospitalar.                                                                         |         |
|          | Dr. Túlio Alberto de O. Sobrinho<br>Ortopedia e Traumatologia CRM 9251<br>CNS: 206533/61340007 |         |



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

2 - CNES

2592568

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

JOSE FERREIRA DOS SANTOS

4 - PRONTUÁRIO

10183

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700-5011-9883-5257

6 - DATA DE NASCIMENTO

17/04/1951

7 - SEXO

M

8 - RACA / COR

BRANCA

9 - NOME NA MÃE

JOAQUINA SOARES DOS SANTOS

10 - TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO

JANSE NOBREGA DE ARAUJO

N.º

VIDA NOVA I

13 - BAIRRO

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 Cód IBGE

POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor de cabeça de caráter  
migratório, com início  
de 1 mês

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

ameia e exames

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

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura

22 - CID 10 PRINC.

S72.3

23 - CID 10 SEC.

V29.9

24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

ameia + exames

26 - COD PROCEDIMENTO

0408050497

27 - CLÍNICA

28 - CARATER INTERNAÇÃO

29 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. ASSISTENTE

ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dra. Jussara  
Cristina  
CRM 101110

32 - DATA SOLIC.

16/12/18

33 - ASSINATURA CARIMBO DIRETOR MEDICO

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 ( ) ACIDENTE TRÂNSITO

37 - CNPJ SEGURADORA

38 - Nº BILHETE

39 - SÉRIE

35 ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNAE EMPRESA

42 - CBOR

36 ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL

48 - DATA AUTORIZAÇÃO

/ /

49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

20 MAR 2019



GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL SENADOR "RUI CARNEIRO"



|                                   |                                                      |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------|
| HOSPITAL                          |                                                      |
| NOME DO PACIENTE                  | José FERNANDES DO SANTOS                             |
| DATA DA OPERAÇÃO                  | 19/12/18                                             |
| OPERADOR                          | Dr. Rui                                              |
| 2º AUXILIAR                       |                                                      |
| ANESTESISTA                       | Dr. Carlos                                           |
| DIAGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO       | FRATURA ZIMOCED UN R<br>TORNADO 15 (E)               |
| TIPO DE OPERAÇÃO                  | PROTOMENTO UN R RUS 25 FUGITIVO 15<br>TORNADO 15 (E) |
| DIAGNOSTICO PÓS- OPERATORIO       |                                                      |
| RELATORIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA | NÃO                                                  |
| EXAME RADIOLOGICO NO ATO          | NÃO                                                  |
| ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO       | NÃO                                                  |

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ROTINA ASSEPTICA
3. INCISAO LONGITUDINAL EM ALCAR (E) INTERIO
4. HEMOSTASA POR LIGADURAS
5. VINCULACAO DO PROTOMENTO EM CONTINUIDADE
6. REDUcao do UN R, PROTOCOLOS POSSIVEL
7. PROTOCOLOS POR LIGADURAS 15 DE UNO 10 FUS + 7 FUS
8. LIGADURAS POR LIGADURAS
9. LIGADURAS POR LIGADURAS
10. LIGADURAS POR LIGADURAS 15 DE UNO 10 FUS + 7 FUS
11. VINCULACAO DO PROTOMENTO EM CONTINUIDADE
12. REDUcao do UN R, PROTOCOLOS POSSIVEL

Dr. Tullio Alberto  
ORTOMEDIA E TRAUMATOLOGIA

20 MAR 2019

13. Fianco con 2 Protesi
14. Fianco per Fianco
15. Uomini
16. TMA Boto

Dr. Fulvio Roberto  
ORTOPEDIA  
TRAUMATOLOGIA  
CHIRURGIA  
CRANIO-NECRO





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190210873 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 13/12/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 26/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA. P6

**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:**

## 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          |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190210873 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 13/12/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 26/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA. P6

**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:**

## 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          |