

Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **BIANCA MEDEIROS ESPINOLA**

Nº Sinistro: **3180470318**

Vitima: **BIANCA MEDEIROS ESPINOLA**

Data do Acidente: **05/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180470318**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13458226



Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **BIANCA MEDEIROS ESPINOLA**

Nº Sinistro: **3180470318**

Vitima: **BIANCA MEDEIROS ESPINOLA**

Data do Acidente: **05/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180470318**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180470318

Vítima: BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

Data do Acidente: 05/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor ou curador). O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Nome do Sinistro ou ASL
0367186/18

CPF da Vítima
015302494-14

Nome completo da vítima
Bianca Medeiros Copalmeira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo
Bianca Medeiros Copalmeira
Endereço
R. Roberto Franco de Oliveira
Cidade
Goiânia
Estado
GO
CEP
75074-119
Telefone (DDD)
988636133

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATE R\$ 5.000,00
<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATE R\$ 7.000,00
<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.001,00 ATE R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)	
AGÊNCIA Nº 0036 D/V 8	CONTA Nº 20921 D/V 8
AGÊNCIA Nº D/V (Informar dígito se existir)	CONTA Nº D/V (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para a indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na renda agência e conta. Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Goiânia, 10 de agosto de 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Bianca M. Copalmeira

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CAIXA

POUPANÇA DA CAIXA

a primeira do Brasil

603689 0000 66750 1911

BIANCA MEDEIROS ESPINDOLA

0036 013 00020921-8 11/18

MasterCard
Maestro





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18008527B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES GERAIS

POLICIAL/MATRÍCULA:

REITZ/1540568

DATA/HORA:

05/02/2018 06:30

Na Rodovia

MUNICÍPIO/UF:

JOAO PESSOA/PB

BR:

230

KM:

23.0

SENTIDO:

Decrescente

DESCRIPTIVO DO LOCAL:

ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

FASE DO DIA:

Pleno dia

CONDIÇÃO METEOROLÓGICA:

Céu Claro

TIPO DE VIA:

Principal

TIPO DE PISTA:

Dupla

CONDIÇÃO DE PISTA:

Seca

TIPO DE PAVIMENTO:

Asfalto

ESTRUTURA VIARIA:

Reta

LOCALIDADE URBANIZADA:

Sim

EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO:

Não

EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL:

Sim

IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO CRESCENTE



IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO DECRESCENTE



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:

SINCOR/PB

26 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45

NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 1 de 12



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18008527B01

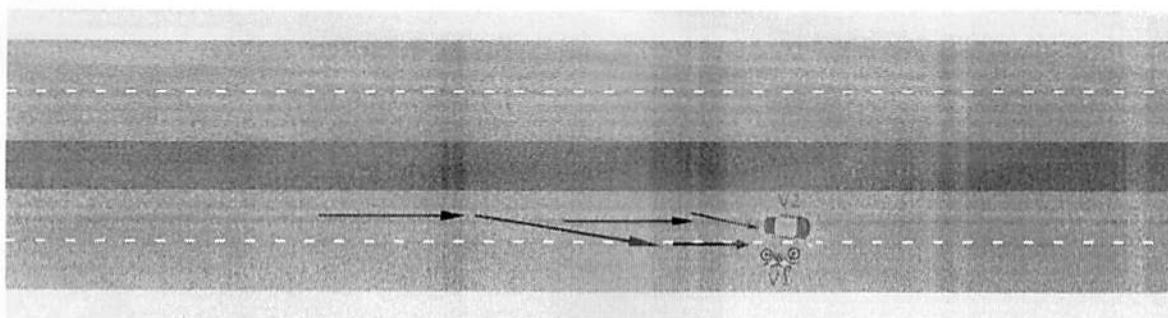
STATUS:
Encerrado

DINÂMICA

Eventos Sucessivos

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão lateral	

Croqui



← Bayeux/PB

Cabedelo/PB →

Narrativa

No dia 05/02/2018, às 06:30h, em João Pessoa/PB, no km 23 da BR 230, constatou-se através dos vestígios e orientação dos danos nos veículos, que o veículo HONDA/NXR150 BROS KS, de placas MOP-9267/PB, V1, trafegava na linha divisória de faixas, quando o veículo I/CHEVROLET AGILE LTZ, de placas MOM-4742/PB, V2, que seguia na faixa da esquerda decidiu mudar para a faixa da direita devido a lentidão do trânsito a sua frente, momento em que colidiu na lateral de V1, conforme croqui. OBS.: 1 - Velocidade regulamentar no local é de 80 km/h. 2 - Existe sinalização vertical e horizontal em boas condições. 3 - As condições ambientais eram boas no momento do acidente

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB

26 JUN. 2018



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45

NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 2 de 12



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18008527B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V1	PLACA: MOP9267	MARCA/MODELO: HONDA/NXR150 BROS KS	ANO FABRICAÇÃO: 2007
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Motocicleta	
CHASSI: 9C2KD03208R006722	RENAVAM: 00941881679	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Outras	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: Transitava na linha divisória de faixas.			
NOME DO PROPRIETÁRIO: LAERTHE DE MENEZES		CPF/CNPJ: 074.171.664-07	
Dados de Endereço			
LOGRADOURO:			NÚMERO:
COMPLEMENTO:			BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: JOAO PESSOA/PB			
TELEFONE:		EMAIL:	
Dados da Carga			
DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			

SINCOR/PB

26 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18008527B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V2	PLACA: MOM4742	MARCA/MODELO: I/CHEVROLET AGILE LTZ	ANO FABRICAÇÃO: 2010
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Automóvel	
CHASSI: 8AGCN48X0BR187701	RENAVAM: 00283306092	PAIS: BRASIL	
ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Mudando de faixa	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			
NOME DO PROPRIETÁRIO: RAFAEL BATISTA DE OLIVEIRA		CPF/CNPJ: 089.637.484-05	
Dados de Endereço			
LOGRADOURO:			NÚMERO:
COMPLEMENTO:			BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: JOAO PESSOA/PB			
TELEFONE:		EMAIL:	
Dados da Carga			
DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			

CONFERIDO COM O ORIGINAL



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45

NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 4 de 12



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18008527B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / MOP9267 / HONDA/NXR150 BROS KS		ENVOLVIMENTO: Condutor/ PROPRIETÁRIO
NOME: laertthe menezes	CPF: 074.171.664-07	DATA DE NASCIMENTO: 20/04/1986
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ORGAO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MAE:	

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NUMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICIPIO/UF:	
TELEFONE:	EMAIL:

Dados da Habilitação

HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAIS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: AB
MOTORISTA PROFISSIONAL: Não	Nº DO REGISTRO: 06732957032	UF: PB
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 03/11/2016	VALIDADE DA CNH: 10/06/2018	
OBSERVAÇÕES DA CNH: 15		

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO: Lesões Leves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: NÃO APLICÁVEL	
USAVA CAPACETE: Ignorado	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILOMETRO FOI POSSÍVEL: Não	RESULTADO DO TESTE:	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE: socorrido pelo SAMU		
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:		

SINCOR/PB
26 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45

NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18008527B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / MOP9267 / HONDA/NXR150 BROS KS		ENVOLVIMENTO: Passageiro
NOME: bianca medeiros espidola	CPF:	DATA DE NASCIMENTO: 20/04/1986
Nº DE IDENTIFICAÇÃO: 195662292002-0	ORGAO EXPEDIDOR: ssp/MA	SEXO: Feminino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MAE: selma medeiros espidola	

Dados de Endereço

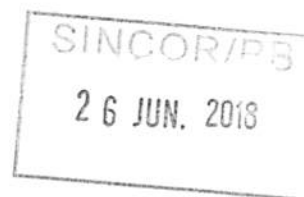
LOGRADOURO:	NUMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICIPIO/UF:	
TELEFONE:	EMAIL:

Circunstâncias

ESTADO FISICO: Lesões Leves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: NÃO APLICÁVEL
USAVA CAPACETE: Ignorado	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

CONFERIDO COM O ORIGINAL



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45

NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 6 de 12



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18008527B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V2 / MOM4742 / I/CHEVROLET AGILE LTZ		ENVOLVIMENTO: Condutor/ PROPRIETÁRIO
NOME: RAFAEL BATISTA DE OLIVEIRA	CPF: 089.637.484-05	DATA DE NASCIMENTO: 14/11/1988
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Casado(a)	NOME DA MAE: ROSANGELA BATISTA DE OLIVEIRA	
Dados de Endereço		
LOGRADOURO: RUA SAO LUCAS		NUMERO: 281
COMPLEMENTO:		BAIRRO: CRISTO REDENTOR
MUNICÍPIO/UF: SANTO ANTONIO DO JACINTO/MG		
TELEFONE:	EMAIL:	
Dados da Habilitação		
HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: AB
MOTORISTA PROFISSIONAL: Não	Nº DO REGISTRO: 04569038414	UF: PB
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 10/02/2009	VALIDADE DA CNH: 23/09/2018	
OBSERVAÇÕES DA CNH: 99		
Circunstâncias		
ESTADO FÍSICO: Ileso	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Ignorado	
USAVA CAPACETE: NÃO APLICÁVEL	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL: Sim	RESULTADO DO TESTE: 0.0 mg/L	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:		
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:		

SINCOR/PB

26 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45

NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 7 de 12



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18008527B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V2 / MOM4742 / I/CHEVROLET AGILE LTZ		ENVOLVIMENTO: Passageiro
NOME: JULIANA SILVA OLIVEIRA	CPF: 069.856.524-09	DATA DE NASCIMENTO: 04/01/1987
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ORGAO EXPEDIDOR:	SEXO: Feminino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MAE: EDJANE MOREIRA DA SILVA	
Dados de Endereço		
LOGRADOURO: ANTONIO GOMES DA SILVEIRA		NUMERO:
COMPLEMENTO: BL A1 APTO 404	BAIRRO: CRISTO REDENTOR	
MUNICIPIO/UF: SANTO ANTONIO DO JACINTO/MG		
TELEFONE:	EMAIL:	
Circunstâncias		
ESTADO FISICO: Ileso	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Ignorado	
USAVA CAPACETE: NÃO APLICÁVEL	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:		

SINCOR/PB
26 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45

NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 8 de 12



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18008527B01

STATUS:
Encerrado

AValiação de Danos

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / MOP9267 / HONDA/NXR150 BROS KS

NUMERO DO BAT:

18008527B01

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

REITZ/1540568

DATA/HORA:

05/02/2018 06:30

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	NA
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA):

0

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena

SINCOR/PB

26 JUN. 2018



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45

NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 9 de 12



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18008527B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V1)



IMAGEM DA TRASEIRA (V1)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V1)



IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V1)



CONFERIDO COM O ORIGINAL

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45

NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 10 de 12



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18008527B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V2 / MOM4742 / I/CHEVROLET AGILE LTZ

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

REITZ/1540568

NÚMERO DO BAT:

18008527B01

DATA/HORA:

05/02/2018 06:30

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	NA
1	Painel corta-fogo		X	
2	Longarina dianteira esquerda		X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X	
4	Estrutura da soleira esquerda		X	
5	Air Bags Frontais		X	
6	Air Bags Laterais		X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X	
8	Estrutura da coluna central esquerda		X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X	
11	Assoalho central esquerdo		X	
12	Longarina traseira esquerda		X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba		X	
14	Longarina traseira direita		X	
15	Caixa de roda traseira direita		X	
16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
17	Estrutura da soleira direita		X	
18	Estrutura da coluna central direita		X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X	
20	Assoalho central direito		X	
21	Caixa de roda dianteira direita		X	
22	Longarina dianteira direita		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA):

0

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena

SINCOR/PB

26 JUN. 2018

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45

NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 11 de 12



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18008527B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V2)



IMAGEM DA TRASEIRA (V2)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V2)



IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V2)



SINCOR/RS

26 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45

NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 12 de 12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Beatrice Medeiros Espínola

CPF da Vítima

015 322 494 14

Data do Acidente

04.02.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a perícia avaliada médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



João Pessoa, 10 de agosto de 2018
Local e Data

Beatrice M. Espínola
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 04/02/18	ID da Ocorrência: 1973140	<input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe: 014	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: : Hs	Hora de Chegada no Local: : Hs
Paciente / Usuário: Bianca Mendes				Idade: 31	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem	Telefone:
Local da Ocorrência: <input checked="" type="checkbox"/> João Pessoa <input type="checkbox"/> Santa Rita <input type="checkbox"/> Bayeux <input type="checkbox"/> Cabedelo <input type="checkbox"/> Cande <input type="checkbox"/> Outro:						
Logradouro: Bv 230				Barro: Bv 230	Médico Regulador: Irma	
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
Hosp. Unimed.				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo):		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
Motivo: colisão carro x moto			Hospital de Origem:
> CAUSAS EXTERNAS <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por: <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro:			Responsável:
<input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro:			Hospital de Destino:
			Responsável:
			ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo
			Quais?

1. DADOS VITAIS

P.A.: FC: FR: HGT: SpO2 - S/O2: SpO2 - C/O2:

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem:

Intervenções: **AVP.**

Evolução do Enfermeiro:

Vide As duas vítimas existem, orientadas, expulso, 1ª vítima com suspeita de fratura em mão direita, 2ª vítima laçada, com suspeita de fratura em clavícula. Os dois foram encaminhados a emergência. (Seu status de expulso, não foi avaliado)

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA



CONFERE COM ORIGINAL
Hosp. Alberto Urquiza Wanderley

2 - VIA AÉREA:

☐ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:

☐ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo Irregular ☐ Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:

☐ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHADOS:

☐ Creptação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito Etilico

3 - CIRCULAÇÃO:

☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Normal

3.1 - EDEMAS:

☐ Não ☐ Sim - Local: _____

3.2 - PERFUSÃO

☐ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

3.3 - PULSO

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Chelo ☐ Ausente

3.4 - E.C.G.

☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

ECGL _____

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal _____ semanas

Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ outro: _____

Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

PROCEDIMENTOS

<input type="checkbox"/> Bomba de Infusão	<input type="checkbox"/> DEA	<input type="checkbox"/> KED Adulto	<input type="checkbox"/> Sonda vesical
<input type="checkbox"/> Cânula Orofaríngea	<input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas	<input type="checkbox"/> KED Infantil	<input type="checkbox"/> Sedação
<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Drenagem torácica	<input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa	<input type="checkbox"/> Talas / Tração
<input type="checkbox"/> Controle de hemorragia	<input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão	<input type="checkbox"/> Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática)
<input type="checkbox"/> Cricotireoidostomia	<input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Prancha Longa	<input type="checkbox"/> VMI
<input type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O2)	<input type="checkbox"/> Punção venosa	<input type="checkbox"/> VMNI
	<input type="checkbox"/> Imobilização de membros	<input checked="" type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Outros:

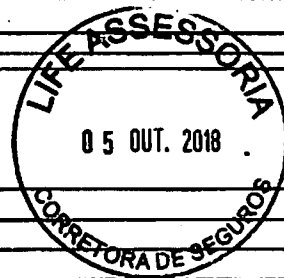
Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

2 SIR 2 Equipos.
2 - Ideo 20
luzes

PERTENCES DA VÍTIMA

☐ Não
☐ Sim
Objetos: _____



Entregues a / Local: _____

Assinatura com Carimbo do receptor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR

MATRÍCULA: _____

TEC. ENFERMAGEM: _____ COREN: _____

ENFERMEIRO(A): _____ COREN: _____

MÉDICO(A): _____ CRM: _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME: _____ RG / CPF: _____

ASSINATURA (RUBRICA): _____ Observação: _____

TESTEMUNHA: _____ TESTEMUNHA: _____

1611105500



CTC RECIFE PE PLO
BIANCA MEDEIROS ESPINOLA
RUA ROBERTO FRANCO DE OLIVEIRA 77
JOSE AMERICO DE ALME
58074-119 JOAO PESSOA PB



7209036539416240000002793430011217

PAISAGEM
Data de Emissão: 10/11/2017
Data de Vencimento: 12/12/2017

S/0105500



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Bianca Medeiros Espíndola,

RG nº _____, data de expedição ____/____/____, Órgão _____,

CPF nº 0153249414, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Roberto Franco de Oliveira</u>
Número	<u>77</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>João Américo</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58074119</u>
Telefone de Contato	<u>988636133</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 10/08/2018

Assinatura do Declarante: Bianca M. Espíndola





1738728

Atendimento : 1738728 Prontuário : 385473 Data/Hora : 05/02/2018 8:05:01

Paciente : BIANCA MEDEIROS ESPINOLA Sexo : FEMININO

Nascimento : 20/04/1986 Idade : 31 anos 9 meses 18 dias Doc :

Endereço : RUA ROBERTO FRANCO DE OLIVEIRA Num : 77

Bairro : JOSE AMERICO DE ALMEIDA Cidade : JOAO PESSOA

Convênio : UNIMED JOAO PESSOA Plano : PLANO COM REDUTOR

Carteira : 00335200001002710 Tipo : ATENDIMENTO (URGÊNCIA)

Mãe : SUELMA MEDEIROS ESPINOLA

Classificação de Risco Senha : A0022 Usuário : NOEMIA ALVES DE BRITO (COREN : 286921)

Hora do Tótem : 07:48:35 Início Classificação : 07:52:58 Fim Classificação : 07:53:49

Prioridade : AMARELO - URGENTE Especialidade : CIRURGIA GERAL

Queixa Principal : PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU VITIMA DE COLISAO MOTOXCARRO COM QUEIXAS DE DOR EM MSD - PÉ ESQUERDO
NEGA DM/HAS/ALERGIA

Fluxograma/Sintoma : PROBLEMAS EM EXTREMIDADES Discriminadores : DOR MODERADA?

Observação :

Sinais Vitais

FSC COMA DE GLASGOW ADULTO:15) (NIPS - DE 0 A 28 DIAS:7) (SPO2: 99 %)

Alergias



Assinatura
Alberto Urquiza Wanderley
PACIENTE/RESPONSÁVEL

CONFERE COM ORIGINAL
Hosp. Alberto Urquiza Wanderley



UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por:M1873
Em: 05/02/2018 08:32

Paciente...: 385473 - BIANCA MEDEIROS ESPINOLA Dt. Nasc: 20/04/1986 Idade.: (31a 9m 18d)
Atendimento: 1738728 Serviço: CIRURGIA GERAL
Unid. Int.: Leito...: Internação.: 05/02/2018 - Hr. Int.: 08:05 Dias Int.: 0 | Nome da Mãe ...: SUELMA
MEDEIROS ESPINOLA Convênio...: UNIMED JOAO PESSOA
Médico.: ELIVALDO SALES DE TOLEDO - CRM 001873
FUNÇÃO: MEDICO (A) COOPERADO | Prescrição...: 2398474 | Data...: 05/02/2018 | Hr...: 08:29
Diagnóstico...: | Cid...: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
Peso...: | Altura...: | Sup. Corporea...:

1ª VIA



Classificação de Risco:URGENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA - PA

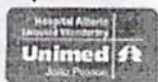
MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
3 RINGER COM LACTATO BOLSA 500ML	2	BOLSA		IV	AGORA	[05/02] 08:29
4 DIPIRONA 500MG/ML AMPOLA 2ML Obs.: associar 10ml de agua destilada	1	AMPOLA C/2ML		IV	AGORA	[05/02] 08:31
-> AGUA PARA INJECAO 10ML (EMB. PLASTICA)	1	AMPOLA				
-> SERINGA DESC. 10ML SEM AGULHA LUER SLIP	1	UNIDADE				
-> AGULHA DESCARTAVEL 25X7	1	UNIDADE				

9 *TRAMAL 100mg - 1 SF 100mg/20*

Dr. Elivaldo S. Toledo
033-001873
Hospital Unimed J.P.
ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM 001873



COPIAR PARA O PACIENTE
UNIMED JOAO PESSOA



Paciente...: 385473 - BIANCA MEDEIROS ESPINOLA Dt. Nasc: 20/04/1986 Idade.: (31a 9m 18d)
Atendimento: 1738728 Serviço: CIRURGIA GERAL
Unid. Int.: Leito... Internação.: 05/02/2018 - Hr. Int.: 08:05 Dias Int.: 0 | Nome da Mãe ...: SUELMA
MEDEIROS ESPINOLA Convênio...: UNIMED JOAO PESSOA
Médico...: ELIVALDO SALES DE TOLEDO | Prescrição...: 2399742 | Data...: 05/02/2018 | Hr.: 14:43
Diagnóstico...: | Cid...: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
Peso...: | Altura...: | Sup. Corporea...:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.....: ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA - CRM: 005221
FUNÇÃO: MEDICO (A) COOPERADO

1ª VIA



Classificação de Risco:URGENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
6 TYLEX 7,5MG COMPRIMIDO	1	COMPRIMIDO		VO	AGORA	[05/02] 14:43

ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA
CRM 005221



CONFERE COM ORIGINAL
Hosp.Alberto Urquiza Wanderley



UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por:M5221
Em: 05/02/2018 14:45

Paciente...: 385473 - BIANCA MEDEIROS ESPINOLA Dt. Nasc.: 20/04/1986 Idade.: (31a 9m 18d)
Atendimento: 1738728 Serviço: CIRURGIA GERAL
Unid. Int.: Leito.: Internação.: 05/02/2018 - Hr. Int.: 08:05 Dias Int.: 0 | Nome da Mãe ...: SUELMA
MEDEIROS ESPINOLA Convênio...: UNIMED JOAO PESSOA
Médico...: ELIVALDO SALES DE TOLEDO | Prescrição...: 2399748 | Data...: 05/02/2018 | Hr.: 14:44
Diagnóstico...: | Cid.: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
Peso...: | Altura...: | Sup. Corporea...:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO...: ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA - CRM: 005221
FUNÇÃO: MEDICO (A) COOPERADO


1ª VIA



Classificação de Risco:URGENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
7 IMOBILIZACAO DE MEMBRO SUPERIOR					AGORA	[05/02] 14:44
Obs.: axila pamar						


ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA
CRM 005221





UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por:M1873
Em: 05/02/2018 08:28

Paciente...: 385473 - BIANCA MEDEIROS ESPINOLA Dt. Nasc: 20/04/1986 Idade.: (31a 9m 18d)
Atendimento: 1738728 Serviço: CIRURGIA GERAL
Unid. Int.: Leito.: Internação.: 05/02/2018 - Hr. Int.: 08:05 Dias Int.: 0 | Nome da Mãe ...: SUELMA
MEDEIROS ESPINOLA Convênio...: UNIMED JOAO PESSOA
Médico...: ELIVALDO SALES DE TOLEDO - CRM 001873
FUNÇÃO: MEDICO (A) COOPERADO | Prescrição...: 2398446 | Data...: 05/02/2018 | Hr...: 08:18
Diagnóstico...: | Cid...: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
Peso...: | Altura...: | Sup. Corporea...:

1ª VIA



Classificação de Risco:URGENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA - PA

EXAMES DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1	RX PUNHO DIREITO:A.P. - LAT. - OBLIQUAS ; Exame: 558602 Justificativa: contusão punho direito					
2	RX MAO DIREITA ; Exame: 558602 Justificativa: contusão mão direita					

Elivaldo S. Toledo
033001873
Unimed JP
ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM 001873



CONFERE COM ORIGINAL
Hosp.Alberto Urquiza Wanderley



UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por:M4127
Em: 05/02/2018 11:48

Paciente...: 385473 - BIANCA MEDEIROS ESPINOLA Dt. Nasc: 20/04/1986 Idade.: (31a 9m 18d)
Atendimento: 1738728 Serviço: CIRURGIA GERAL
Unid. Int.: Leito...: Internação.: 05/02/2018 - Hr. Int.: 08:05 Dias Int.: 0 | Nome da Mãe ...: SUELMA
MEDEIROS ESPINOLA Convênio...: UNIMED JOAO PESSOA
Médico...: ELIVALDO SALES DE TOLEDO | Prescrição...: 2389212 | Data...: 05/02/2018 | Hr.: 11:48
Diagnóstico...: | Cid...: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
Peso...: | Altura...: | Sup. Corporea...:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.....: ORLANDO CAVALCANTI DE F FILHO - CRM: 004127
FUNÇÃO: MEDICO (A) COOPERADO

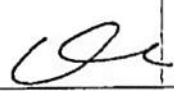
1ª VIA



Classificação de Risco:URGENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
5 RX PUNHO DIREITO:A.P. - LAT. - OBLIQUAS ; Exame: 558635 Justificativa: DOR NO PUNHO						


ORLANDO CAVALCANTI DE F FILHO
CRM 004127



Paciente: 385473 - BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

Idade: 31 Anos 9 Meses 16 Dias

Data de Nascimento: 20/04/1986

Prestador Assistente: ELIVALDO SALES DE TOLEDO

Conselho / Número Cons.: CRM 001873

Função: MEDICO (A) COOPERADO

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 1738728

Leito:

Admissão: 05/02/2018 08:05

Convênio: UNIMED JOAO PESSOA

Plano: PLANO COM REDUTOR

EVOLUÇÃO: 2398433 (FECHADO)Responsável: ELIVALDO SALES DE TOLEDO - CRM 001873
/ CIRURGIA GERAL

Data de Referência:

05/02/2018

Data/Hora do Documento:

05/02/2018 08:13

paciente vitima de acidente de motocicleta, levando a contusão no punho e mão direita. nega dor nas demais partes do corpo.

Dr. Elivaldo S. Toledo
033 001873
Hospital Unimed JP
ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM 001873



UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1
MVPÊP - Prontuário Eletrônico do Paciente
Parecer Médico

Página 1 de 1
Emitido por: ELIVALDO SALES DE TOLEDO
Em: 05/02/2018 08:38

Dados do Paciente:

Paciente: 385473 BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

Idade: 31 Anos 9 Meses

Data de Nascimento: 20/04/1986

Dados da Internação:

Atendimento: 1738728

CID: S802 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA

Convênio: 3 UNIMED JOAO PESSOA

Dt Internação: 05/02/2018

Serviço: CIRURGIA GERAL

Leito:

Enfermaria:

Unidade:

Solicitação do Parecer:

Código: 6306

Data: 05/02/2018

Prestador: ELIVALDO SALES DE TOLEDO

Especialidade: 33 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Descrição: CONTUSÃO NO PUNHO E MÃO DIREITA

ELIVALDO SALES DE TOLEDO

CRM 001873



Atendimento: 1738728

Paciente: BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

Data de Nascimento: 20/04/1986

Médico Assistente: ELIVALDO SALES DE TOLEDO

Prestador Responsável: HERICA HALANA NUNES DE BRITO

Conselho / Número COREN 335067

Idade: 31 Anos 9 Meses

Leito Atual:

Setor: PA - POSTO / OBS. GERAL - HP

Função: TECNICO EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data de Referência: 05/02/2018

Data anotação: 05/02/2018

Hora anotação: 16:39

Responsável: HERICA HALANA NUNES DE BRITO

Leito:

Anotação

ORTOPEDIA

09:30 - PACIENTE REALIZOU PARECER COM O ORTOPEDISTA VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM DOR EM MSD E PÉ ESQUERDO, REALIZADO AVALIAÇÃO E EXAME FISICO, SOLICITADO EXAME DE IMAGEM (RX SEM TALA).

14:45 - PACIENTE REAVALIADA LOGO APOS EXAME, ADMINISTRADO MEDICAÇÃO VO CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA E COLOCADO IMOBILIZADOR TIPO AXILO PALMAR. LIBERADA COM ORIENTAÇÕES E RECEITA.



HERICA HALANA NUNES DE BRITO
COREN 335067



MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 06/02/2018 18:05:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: BIANCA MEDEIROS ESPINOLA RG: 195662920020 PESO:
IDADE: 31 Anos SEXO: FEMININO ALTURA:
Data de Nascimento: 20/04/1986
PRESTADOR ASSISTENTE: ELIVALDO SALES DE TOLEDO
DATA DE ATENDIMENTO: 05/02/2018 08:05:01 ATENDIMENTO: 1738728 TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 Dia(s)
CONVÊNIO: UNIMED JOAO PESSOA PLANO: PLANO COM REDUTOR

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):
DIAGNÓSTICO INICIAL: S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
DIAGNÓSTICO DE ALTA: S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO

EXAMES

DATA DO PEDIDO EXAMES

05-02-2018 RX - MAO OU QUIRODACTILOS
05-02-2018 RX - PUNHO
05-02-2018 RX - PUNHO

TRATAMENTO TERAPÊUTICO

PRESTADOR ELIVALDO SALES DE TOLEDO

ÚLTIMA: 05/02/2018

EVOLUÇÃO

paciente vítima de acidente de motocicleta, levando a contusão no punho e mão direita. nega dor nas demais partes do corpo.

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS CONSULTA

PROCEDIMENTO DE ALTA:



Dr. Elivaldo S. Toledo
033 091873
Hospital Alberto Urquiza Wanderley
ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM-001873



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 450076

1 - Registro ANS 321044		2 - Número da Guia Principal 201800261346	
3 - Data de Autorização		4 - Data de Vencimento da Guia	
5 - Nome do Beneficiário 00335200001002710		6 - Nome do Beneficiário BIANCA MEDEIROS ESPINOLA	
7 - Nome do Solicitante 110176		8 - Nome do Solicitante UNIMED J. PESSOA COOPERATIVA DE TRAB. MEDICO	
9 - Nome do Profissional Solicitante ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA		10 - Conselho Profissional 6	
11 - Número no Conselho 005221		12 - UF 25	
13 - Código CBO 225270		14 - Assinatura do Profissional Solicitante	
15 - Código da Operação 110176		16 - Nome do Contratado UNIMED J. PESSOA COOPERATIVA DE TRAB. MEDICO	
17 - Tipo de Atendimento 2		18 - Data do Atendimento 05/02/2018	
19 - Indicação Clínica 20110176		20 - Descrição Instituição de membro superior	
21 - Tipo de Atendimento 2		22 - Data do Atendimento 05/02/2018	
23 - Indicação Clínica 20110176		24 - Descrição Instituição de membro superior	
25 - Tipo de Atendimento 2		26 - Data do Atendimento 05/02/2018	
27 - Indicação Clínica 20110176		28 - Descrição Instituição de membro superior	
29 - Tipo de Atendimento 2		30 - Data do Atendimento 05/02/2018	
31 - Indicação Clínica 20110176		32 - Descrição Instituição de membro superior	
33 - Tipo de Atendimento 2		34 - Data do Atendimento 05/02/2018	
35 - Indicação Clínica 20110176		36 - Descrição Instituição de membro superior	
37 - Tipo de Atendimento 2		38 - Data do Atendimento 05/02/2018	
39 - Indicação Clínica 20110176		40 - Descrição Instituição de membro superior	
41 - Tipo de Atendimento 2		42 - Data do Atendimento 05/02/2018	
43 - Indicação Clínica 20110176		44 - Descrição Instituição de membro superior	
45 - Tipo de Atendimento 2		46 - Data do Atendimento 05/02/2018	
47 - Indicação Clínica 20110176		48 - Descrição Instituição de membro superior	
49 - Tipo de Atendimento 2		50 - Data do Atendimento 05/02/2018	
51 - Indicação Clínica 20110176		52 - Descrição Instituição de membro superior	
53 - Tipo de Atendimento 2		54 - Data do Atendimento 05/02/2018	
55 - Indicação Clínica 20110176		56 - Descrição Instituição de membro superior	
57 - Tipo de Atendimento 2		58 - Data do Atendimento 05/02/2018	
59 - Indicação Clínica 20110176		60 - Descrição Instituição de membro superior	
61 - Tipo de Atendimento 2		62 - Data do Atendimento 05/02/2018	
63 - Indicação Clínica 20110176		64 - Descrição Instituição de membro superior	
65 - Tipo de Atendimento 2		66 - Data do Atendimento 05/02/2018	
67 - Indicação Clínica 20110176		68 - Descrição Instituição de membro superior	
69 - Tipo de Atendimento 2		70 - Data do Atendimento 05/02/2018	
71 - Indicação Clínica 20110176		72 - Descrição Instituição de membro superior	
73 - Tipo de Atendimento 2		74 - Data do Atendimento 05/02/2018	
75 - Indicação Clínica 20110176		76 - Descrição Instituição de membro superior	
77 - Tipo de Atendimento 2		78 - Data do Atendimento 05/02/2018	
79 - Indicação Clínica 20110176		80 - Descrição Instituição de membro superior	
81 - Tipo de Atendimento 2		82 - Data do Atendimento 05/02/2018	
83 - Indicação Clínica 20110176		84 - Descrição Instituição de membro superior	
85 - Tipo de Atendimento 2		86 - Data do Atendimento 05/02/2018	
87 - Indicação Clínica 20110176		88 - Descrição Instituição de membro superior	
89 - Tipo de Atendimento 2		90 - Data do Atendimento 05/02/2018	
91 - Indicação Clínica 20110176		92 - Descrição Instituição de membro superior	
93 - Tipo de Atendimento 2		94 - Data do Atendimento 05/02/2018	
95 - Indicação Clínica 20110176		96 - Descrição Instituição de membro superior	
97 - Tipo de Atendimento 2		98 - Data do Atendimento 05/02/2018	
99 - Indicação Clínica 20110176		100 - Descrição Instituição de membro superior	

Impresso por: ACESSOPRD Data/Hora: 05/02/2018 14:45:12

Atendimento: 1736728

Convênio: UNIMED JOAO PESSOA



1736728



CONFERE COM ORIGINAL
Hosp. Alberto Urquiza Wanderley



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 449976

ÁREA
AMARELA

1 - Registro ANS 321044		2 - Número da Guia Principal		3 - Data de Análise		4 - Data de Entrega da Guia		5 - Número da Guia Afiliada pelo Operadora	
6 - Número da Carteira 00335200001002710		7 - Validade da Carteira		8 - Nome BIANCA MEDEIROS ESPINOLA		9 - Cartão Nacional de Saúde		10 - Juntamento a PR	
11 - Código na Operadora 110176		12 - Nome do Contratado UNIMED J. PESSOA COOPERATIVA DE TRAB. MEDICO		13 - Nome do Profissional Solicitante ORLANDO CAVALCANTI DE F. FILHO		14 - Conselho Profissional 6		15 - Número no Conselho 004127	
16 - UF 25		17 - Código CBO 225270		18 - Assinatura do Profissional Solicitante Orlando Cavalcanti de F. Filho CPF: 203.458.574-58		19 - Assinatura do Contratado		20 - Assinatura do Beneficiário	
21 - Caráter Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 05/02/2018		23 - Indicação Clínica DOR NO PUNHO		24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento 40801112	
26 - Descrição 88 - Punho		27 - Data Solic. 1		28 - Data Atend.		29 - Data de Realização do Procedimento		30 - Data de Realização do Exame	
31 - Código CUNES 3056724		32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação de Atendimento (Atendente ou Delegado Responsável)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo do Encaminhamento ao Atendimento		36 - Data	
37 - Data Final		38 - Tabela 40 - Código do Procedimento		39 - Descrição		40 - Data		41 - Via	
42 - Rec.		43 - Fec.		44 - Fec. Finais/Atorno		45 - Valor Unidade(R\$)		46 - Valor Total(R\$)	
47 - Data		48 - Data		49 - Data		50 - Data		51 - Data	
52 - Data		53 - Data		54 - Data		55 - Data		56 - Data	
57 - Data		58 - Data		59 - Data		60 - Data		61 - Data	
62 - Data		63 - Data		64 - Data		65 - Data		66 - Data	
67 - Data		68 - Data		69 - Data		70 - Data		71 - Data	
72 - Data		73 - Data		74 - Data		75 - Data		76 - Data	
77 - Data		78 - Data		79 - Data		80 - Data		81 - Data	
82 - Data		83 - Data		84 - Data		85 - Data		86 - Data	
87 - Data		88 - Data		89 - Data		90 - Data		91 - Data	
92 - Data		93 - Data		94 - Data		95 - Data		96 - Data	
97 - Data		98 - Data		99 - Data		100 - Data		101 - Data	
102 - Data		103 - Data		104 - Data		105 - Data		106 - Data	
107 - Data		108 - Data		109 - Data		110 - Data		111 - Data	
112 - Data		113 - Data		114 - Data		115 - Data		116 - Data	
117 - Data		118 - Data		119 - Data		120 - Data		121 - Data	
122 - Data		123 - Data		124 - Data		125 - Data		126 - Data	
127 - Data		128 - Data		129 - Data		130 - Data		131 - Data	
132 - Data		133 - Data		134 - Data		135 - Data		136 - Data	
137 - Data		138 - Data		139 - Data		140 - Data		141 - Data	
142 - Data		143 - Data		144 - Data		145 - Data		146 - Data	
147 - Data		148 - Data		149 - Data		150 - Data		151 - Data	
152 - Data		153 - Data		154 - Data		155 - Data		156 - Data	
157 - Data		158 - Data		159 - Data		160 - Data		161 - Data	
162 - Data		163 - Data		164 - Data		165 - Data		166 - Data	
167 - Data		168 - Data		169 - Data		170 - Data		171 - Data	
172 - Data		173 - Data		174 - Data		175 - Data		176 - Data	
177 - Data		178 - Data		179 - Data		180 - Data		181 - Data	
182 - Data		183 - Data		184 - Data		185 - Data		186 - Data	
187 - Data		188 - Data		189 - Data		190 - Data		191 - Data	
192 - Data		193 - Data		194 - Data		195 - Data		196 - Data	
197 - Data		198 - Data		199 - Data		200 - Data		201 - Data	
202 - Data		203 - Data		204 - Data		205 - Data		206 - Data	
207 - Data		208 - Data		209 - Data		210 - Data		211 - Data	
212 - Data		213 - Data		214 - Data		215 - Data		216 - Data	
217 - Data		218 - Data		219 - Data		220 - Data		221 - Data	
222 - Data		223 - Data		224 - Data		225 - Data		226 - Data	
227 - Data		228 - Data		229 - Data		230 - Data		231 - Data	
232 - Data		233 - Data		234 - Data		235 - Data		236 - Data	
237 - Data		238 - Data		239 - Data		240 - Data		241 - Data	
242 - Data		243 - Data		244 - Data		245 - Data		246 - Data	
247 - Data		248 - Data		249 - Data		250 - Data		251 - Data	
252 - Data		253 - Data		254 - Data		255 - Data		256 - Data	
257 - Data		258 - Data		259 - Data		260 - Data		261 - Data	
262 - Data		263 - Data		264 - Data		265 - Data		266 - Data	
267 - Data		268 - Data		269 - Data		270 - Data		271 - Data	
272 - Data		273 - Data		274 - Data		275 - Data		276 - Data	
277 - Data		278 - Data		279 - Data		280 - Data		281 - Data	
282 - Data		283 - Data		284 - Data		285 - Data		286 - Data	
287 - Data		288 - Data		289 - Data		290 - Data		291 - Data	
292 - Data		293 - Data		294 - Data		295 - Data		296 - Data	
297 - Data		298 - Data		299 - Data		300 - Data		301 - Data	
302 - Data		303 - Data		304 - Data		305 - Data		306 - Data	
307 - Data		308 - Data		309 - Data		310 - Data		311 - Data	
312 - Data		313 - Data		314 - Data		315 - Data		316 - Data	
317 - Data		318 - Data		319 - Data		320 - Data		321 - Data	
322 - Data		323 - Data		324 - Data		325 - Data		326 - Data	
327 - Data		328 - Data		329 - Data		330 - Data		331 - Data	
332 - Data		333 - Data		334 - Data		335 - Data		336 - Data	
337 - Data		338 - Data		339 - Data		340 - Data		341 - Data	
342 - Data		343 - Data		344 - Data		345 - Data		346 - Data	
347 - Data		348 - Data		349 - Data		350 - Data		351 - Data	
352 - Data		353 - Data		354 - Data		355 - Data		356 - Data	
357 - Data		358 - Data		359 - Data		360 - Data		361 - Data	
362 - Data		363 - Data		364 - Data		365 - Data		366 - Data	
367 - Data		368 - Data		369 - Data		370 - Data		371 - Data	
372 - Data		373 - Data		374 - Data		375 - Data		376 - Data	
377 - Data		378 - Data		379 - Data		380 - Data		381 - Data	
382 - Data		383 - Data		384 - Data		385 - Data		386 - Data	
387 - Data		388 - Data		389 - Data		390 - Data		391 - Data	
392 - Data		393 - Data		394 - Data		395 - Data		396 - Data	
397 - Data		398 - Data		399 - Data		400 - Data		401 - Data	
402 - Data		403 - Data		404 - Data		405 - Data		406 - Data	
407 - Data		408 - Data		409 - Data		410 - Data		411 - Data	
412 - Data		413 - Data		414 - Data		415 - Data		416 - Data	
417 - Data		418 - Data		419 - Data		420 - Data		421 - Data	
422 - Data		423 - Data		424 - Data		425 - Data		426 - Data	
427 - Data		428 - Data		429 - Data		430 - Data		431 - Data	
432 - Data		433 - Data		434 - Data		435 - Data		436 - Data	
437 - Data		438 - Data		439 - Data		440 - Data		441 - Data	
442 - Data		443 - Data		444 - Data		445 - Data		446 - Data	
447 - Data		448 - Data		449 - Data		450 - Data		451 - Data	
452 - Data		453 - Data		454 - Data		455 - Data		456 - Data	
457 - Data		458 - Data		459 - Data		460 - Data		461 - Data	
462 - Data		463 - Data		464 - Data		465 - Data		466 - Data	
467 - Data		468 - Data		469 - Data		470 - Data		471 - Data	
472 - Data		473 - Data		474 - Data		475 - Data		476 - Data	
477 - Data		478 - Data		479 - Data		480 - Data		481 - Data	
482 - Data		483 - Data		484 - Data		485 - Data		486 - Data	
487 - Data		488 - Data		489 - Data		490 - Data		491 - Data	
492 - Data		493 - Data		494 - Data		495 - Data		496 - Data	
497 - Data		498 - Data		499 - Data		500 - Data		501 - Data	
502 - Data		503 - Data		504 - Data		505 - Data		506 - Data	
507 - Data		508 - Data		509 - Data		510 - Data		511 - Data	
512 - Data		513 - Data		514 - Data		515 - Data		516 - Data	
517 - Data		518 - Data		519 - Data		520 - Data		521 - Data	
522 - Data		523 - Data		524 - Data		525 - Data		526 - Data	
527 - Data		528 - Data		529 - Data		530 - Data		531 - Data	
532 - Data		533 - Data		534 - Data		535 - Data		536 - Data	
537 - Data		538 - Data		539 - Data		540 - Data		541 - Data	
542 - Data		543 - Data		544 - Data		545 - Data		546 - Data	
547 - Data		548 - Data		549 - Data		550 - Data		551 - Data	
552 - Data		553 - Data		554 - Data		555 - Data		556 - Data	
557 - Data		558 - Data		559 - Data		560 - Data		561 - Data	
562 - Data		563 - Data		564 - Data		565 - Data		566 - Data	
567 - Data		568 - Data		569 - Data		570 - Data		571 - Data	
572 - Data		573 - Data		574 - Data		575 - Data		576 - Data	
577 - Data		578 - Data		579 - Data		580 - Data		581 - Data	
582 - Data		583 - Data		584 - Data		585 - Data		586 - Data	
587 - Data		588 - Data		589 - Data		590 - Data		591 - Data	
592 - Data		593 - Data		594 - Data		595 - Data		596 - Data	
597 - Data		598 - Data		599 - Data		600 - Data		601 - Data	
602 - Data		603 - Data		604 - Data		605 - Data		606 - Data	
607 - Data		608 - Data		609 - Data		610 - Data		611 - Data	
612 - Data		613 - Data		614 - Data		615 - Data		616 - Data	
617 - Data		618 - Data		619 - Data		620 - Data		621 - Data	
622 - Data		623 - Data		624 - Data		625 - Data		626 - Data	
627 - Data		628 - Data		629 - Data		630 - Data		631 - Data	
632 - Data		633 - Data		634 - Data		635 - Data		636 - Data	
637 - Data		638 - Data		639 - Data		640 - Data		641 - Data	
642 - Data		643 - Data		644 - Data		645 - Data		646 - Data	
647 - Data		648 - Data		649 - Data		650 - Data		651 - Data	
652 - Data		653 - Data		654 - Data		655 - Data		656 - Data	
657 - Data		658 - Data		659 - Data		660 - Data		661 - Data	
662 - Data		663 - Data		664 - Data		665 - Data		666 - Data	
667 - Data		668 - Data		669 - Data		670 - Data		671 - Data	
672 - Data		673 - Data		674 - Data		675 - Data		676 - Data	
677 - Data		678 - Data		679 - Data		680 - Data		681 - Data	
682 - Data		683 - Data		684 - Data		685 - Data		686 - Data	
687 - Data		688 - Data		689 - Data		690 - Data		691 - Data	
692 - Data		693 - Data		694 - Data		695 - Data		696 - Data	
697 - Data		698 - Data		699 - Data		700 - Data		701 - Data	
702 - Data		703 - Data		704 - Data		705 - Data		706 - Data	
707 - Data		708 - Data		709 - Data		710 - Data		711 - Data	
712 - Data		713 - Data		714 - Data		715 - Data		716 - Data	
717 - Data		718 - Data		719 - Data		720 - Data		721 - Data	
722 - Data		723 - Data		724 - Data		725 - Data		726 - Data	
727 - Data		728 - Data		729 - Data		730 - Data		731 - Data	
732 - Data		733 - Data		734 - Data		735 - Data		736 - Data	
737 - Data		738 - Data		739 - Data		740 - Data		741 - Data	
742 - Data		743 - Data		744 - Data		745 - Data		746 - Data	
747 - Data		748 - Data		749 - Data		750 - Data		751 - Data	
752 - Data		753 - Data		754 - Data		755 - Data		756 - Data	
757 - Data		758 - Data		759 - Data		760 - Data		761 - Data	
762 - Data		763 - Data		764 - Data		765 - Data		766 - Data	
767 - Data		768 - Data		769 - Data		770 - Data		771 - Data	
772 - Data		773 - Data		774 - Data		775 - Data		776 - Data	
777 - Data		778 - Data		779 - Data		780 - Data		781 - Data	
782 - Data		783 - Data		784 - Data		785 - Data		786 - Data	
787 - Data		788 - Data		789 - Data		790 - Data		791 - Data	
792 - Data		793 - Data		794 - Data		795 - Data		796 - Data	
797 - Data		798 - Data		799 - Data		800 - Data		801 - Data	
802 - Data		803 - Data		804 - Data		805 - Data		806 - Data	
807 - Data		808 - Data		809 - Data		810 - Data		811 - Data	
812 - Data		813 - Data		814 - Data		815 - Data		816 - Data	
817 - Data		818 - Data		819 - Data		820 - Data		821 - Data	
822 - Data		823 - Data		824 - Data		825 - Data		826 - Data	
827 - Data		828 - Data		829 - Data		830 - Data		831 - Data	
832 - Data		833 - Data		834 - Data		835 - Data		836 - Data	
837 - Data		838 - Data		839 - Data		840 - Data		841 - Data	
842 - Data		843 - Data		844 - Data		845 - Data		846 - Data	
847 - Data		848 - Data		849 - Data		850 - Data		851 - Data	
852 - Data		853 - Data		854 - Data		855 - Data		856 - Data	
857 - Data		858 - Data		859 - Data		860 - Data		861 - Data	
862 - Data		863 - Data		864 - Data		865 - Data		866 - Data	

unimed

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador **449693**

ÁREA AMARELA

1 - Registro ANS 321044

2 - Número da Guia Principal

3 - Data da Autorização

4 - Setor

5 - Data Validade da Guia

6 - Número da Guia Autorizada para Operações

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 00335200001002710

8 - Validade da Carteira

9 - Nome **BIANCA MEDEIROS ESPINOLA**

10 - Cód. Nacional de Saúde

11 - Atendimento a RH

Dados do Solicitante

12 - Código na Operadora 110176

13 - Nome do Contratado **UNIMED J. PESSOA COOPERATIVA DE TRAB. MEDICO**

14 - Nome do Profissional Solicitante **ELIVALDO SALES DE TOLEDO**

15 - Conselho Profissional 6

16 - Número no Conselho 001873

17 - UF 25

18 - Código CBO 225225

19 - Assinatura do Solicitante

20 - Assinatura do Contratado

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter Alodim 2

22 - Data da Solicitação 05/02/2018

23 - Indicação Clínica **contusão mão direita.**

24 - Tabela 22

25 - Código do Procedimento 4001120

26 - Descrição **Diplo**

27 - Qtd. Sess.

28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 110176

30 - Nome do Contratado **UNIMED J. PESSOA COOPERATIVA DE TRAB. MEDICO**

31 - Código CNEC 2056724

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (Acidente ou Doença Ressecada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fm. Realiz.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Sexo Prof.	49 - Grau Prof.	50 - Código na Operadora CPT	51 - Nome do Profissional	52 - Cons. Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observações / Justificativas

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Outros Materiais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impressão por: ACESSOPRD Data/Hora: 05/02/2018 08:28:54

Atendimento: 1738728 Convênio: UNIMED JOAO PESSOA

1738728



Bianca M. Espínola

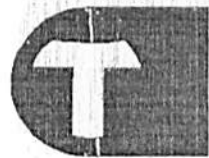


Imagem Radiográfica

Diagnóstico Frat. Escapóide UDS
Ute: Exame RC em Anexo

Osteo péso problemática o tratamento
Ortopédico pl Alívio dos Sint
mas e reparo da lesão ligamentar
punto e da Fratura Escapóide d
Urgência

Assinatura
Dr. Antônio Lacerda
CRM-PB 5078
Tel. 991422753 / 991441982

07.03.18



Rua Miriam Barreto Rabelo, 591. Aeroclube
João Pessoa | PB - CEP 58036-690 - Tel: (83) 3578 3000

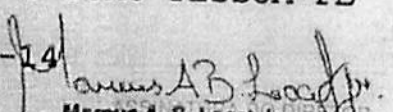



www.ortotraumamedical.com.br

f /ortotraumamedicalcenter

@ortotraumamedical

Diretor Técnico: André Luis Lopes Gomes de Siqueira CRM 6207/PB



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.407.286
DATA DE EXPEDIÇÃO	07/12/2015
NOME	BIANCA MEDEIROS ESPINOLA
FILIAÇÃO	JONAS VICENTE ESPINOLA SUELMA MEDEIROS ESPINOLA
NATURALIDADE	SAO LUIS-MA
DOC ORIGEM	CASAM N.7483 FLS.83 LIV.B-31 CARTORIO 12°C JOÃO PESSOA-PB
DATA DE NASCIMENTO	20/04/1986
CPF	015.302.494-14
 Marcus A. B. Lacet Jr. Chefe do Núcleo DE 29/08/93	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DA PARAÍBA	
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL	
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA	
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	
P-917	
	
 ASSINATURA DO TITULAR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	



DETRAN-PB Departamento Estadual
de Transito da Paraíba

DEMONSTRATIVO DOS PAGAMENTOS

Usuário

Nome: LAERTHE DE MENEZES		CPF/CNPJ 07417166407		Nosso Número 0	
Placa MOP9267	Chassi 9C2KD03208R006722	Código Renavan 941881679	Data Vencimento 31/10/2018	Data Emissão 05/10/2018 15:25:40	Valor Documento 0,00
Discriminação dos Débitos:					
Multas:					
Na Estrada da vida, nao de carona para a dengue nem para a zika.					
05/10/2018 15:25:40					



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

MOP9267

2018

Imprimir Consulta

MOP9267

PASSA / MOTOCICLET

GASOLINA

HONDA/NXR150 BROS KS

2007 2008

PARTICULAR AMARELA

28/09/2018

Último Licenciamento: 2018

Proprietário: *****

Placa: MOP9267

Combustível: GASOLINA

Marca/Modelo: HONDA/NXR150 BROS KS

Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET

Ano de Fabricação: 2007

Ano Modelo: 2008

Categoria: PARTICULAR

Cor Predominante: AMARELA

Vencimento Licenciamento: 28/09/2018

Observação:

Restrição:

Financeira:

Município: JOAO PESSOA

Situação: EM CIRCULACAO

Data da Consulta: 05/10/2018

JOAO PESSOA

05/10/2018





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Bianca Medeiros Espimela
DATA DO ACIDENTE 05/02/2018 CPF DA VÍTIMA 015.302.494-14
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Bianca Medeiros Espimela
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É Bianca Medeiros Espimela
ENDEREÇO DO PORTADOR R. Roberto Franco de Oliveira
Nº 47 COMPLEMENTO - BAIRRO João Ameriuer
CIDADE João Pessoa UF PB CEP 58074-119
E-MAIL TELEFONE (83) 98863-6133

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 05/20/2018

IDENTIDADE 4407.286

ASSINATURA Bianca Medeiros Espimela

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367180/18

Vítima: BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

CPF: 015.302.494-14

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 05/02/2018

Titular do CPF: BIANCA MEDEIROS
ESPINOLA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

BIANCA MEDEIROS ESPINOLA : 015.302.494-14

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/10/2018
Nome: BIANCA MEDEIROS ESPINOLA
CPF: 015.302.494-14

BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/10/2018
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA