

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

Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190548544

Vítima: EDMILSON BEZERRA

Data do Acidente: 09/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDMILSON BEZERRA

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



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

Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190548544

Vítima: EDMILSON BEZERRA

Data do Acidente: 09/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDMILSON BEZERRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

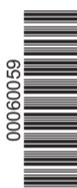
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 14 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190548544

Vítima: EDMILSON BEZERRA

Data do Acidente: 09/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDMILSON BEZERRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



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

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190548544 **Vítima: EDMILSON BEZERRA**

Data do Acidente: 09/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDMILSON BEZERRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal
100%

Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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: EDMILSON BEZERRA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 001

Agência: 000002235-7

Conta: 000010008050-2

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, retorno 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.

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

0330332 / 9

3 - CPF da vítima:

935.609.494-91

4 - Nome completo da vítima:

Acimeng Bezerra

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Acimeng Bezerra

6 - CPF:

935.609.494-91

7 - Profissão:

Nenhum

8 - Endereço:

13 de maio

Nº:

37

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Jardim das Rosas

12 - Cidade:

Aracaju - SE

13 - Estado:

SE

14 - CEP:

59250-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

83 491428063

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

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

28 - Vítima Sim
teve filhos? Não

29 - Se tinha filhos, informar
Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deu
nascer (não nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima
teve irmãos?

Sim

Não

33 - Vítima deu
parto/vivô vivos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar
Vivos: Falecidos:

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

34

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data:

Acimeng Bezerra
19/09/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
0330332-19	535.609.494-91	Aline Bezerra	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
N.º Empregado	J3 de maio	5N	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Zona Rural	Aracaju - SE	SE	59250-000
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD):	83 491468065

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR			
17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	R\$1.00 A R\$1.000,00	R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: 2235	CONTA: 80 50
[Informar o dígito se existir]	[Informar o dígito se existir]	[Informar o dígito se existir]	[Informar o dígito se existir]

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE			
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):			
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou	<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou	<input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.	
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.			

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE						
23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (aduzir)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

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

MORTE	34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não autorizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: CPF: Data da testemunha:
				39 - 2º Nome: CPF: Data da testemunha:
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	40 - Local e Data: <i>Aracaju, Pernambuco, 24-09-2019</i>			41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) <i>Aline Bezerra</i>

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	43 - Assinatura do Procurador (se houver)
44 - Assinatura da testemunha <i>Edilson Alves Bezerra</i>	

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190548544
Nome do(a) Examinado(a): Edmilson Bezerra
Endereço do(a) Examinado(a): 13 de Maio/n, S/N
Zona Rural Lagoa de Dentro PB CEP: 58250-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 2313435
Data local do acidente: [09/07/2019]
Data local do exame: [21/10/2019] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

TCE COM HSA LAMINAR TEMPORAL + TRAUMATISMO NO JOELHO DIREITO COM ENTORSE LIGAMENTAR.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DO TCE E DO TRAUMATISMO NO JOELHO.
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.**

Data da Alta: 27/09/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA EM JOELHO EM DIREITO, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO EM 30 GRAUS, INSTABILIDADE COM GAVETA ANTERIOR POSITIVA E LACKMAM POSITIVO, DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO DIREITO, REFERE QUEIXAS DE TONTURA, REFERE TER APRESENTADO CRISE CONVULSIVA EM USO CONTÍNUO DE HIDANTAL 100MG E RISPERIDONA DE 2MG.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO DIREITO COM DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA, APRESENTA CRISES CONVULSIVAS E QUEIXAS DE TONTURA.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

JOELHO - Lado Direito

Região Corporal (Sequela):

LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO SENSO DE ORIENTAÇÃO ESPACIAL E DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPÓRAL

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- VIII.(*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 02/2019

Ocorrência nº. 503/2019

DELEGACIA DE POLICIA
DE JACARAÚ
Estado da Paraíba

Aos 13 dias de setembro de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de JACARAÚ/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) Kennedy de Carvalho Andrade, às 14h:10min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

EDMILSON BEZERRA, conhecido por , RG nº 2.313.435-SSP/PB, CPF nº 535.609.494-91, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: divorciado, profissão: aposentado, filho(a) de Manoel Amaro Bezerra e Severina André do Nascimento, natural de Lagoa de Dentro/PB, nascido(a) em 06/10/1958, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua 13 de maio, nº 24, bairro: Centro-Lagoa de Dentro/PB, tendo como ponto de referência: , fone(s) para contato: (83) 000-000.

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

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) DATA DO FATO: 9 de julho de 2019;
- 3) HORÁRIO: 0h:0min;
- 4) LOCAL: PB-085 nº , bairro -Lagoa de Dentro/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: hospital de emergência e traumas de João Pessoa;
- 6) O COMUNICANTE/VITIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? PREJUDICADO.

9) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

SUNDOWN/WEB 100, NIV: 94J1XFBB88M065251, ano/modelo: 2008, cor prata, placa: MOA-5175/PB, licenciada em nome de MARIA DAS GRAÇAS DE LIMA.

10) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

NÃO HOUVE

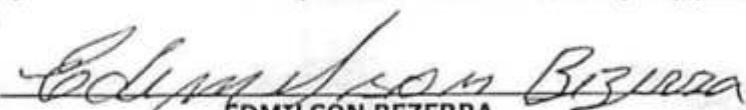
11) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE o notificador conduzia a motocicleta acima mencionada quando o farol do veículo apagou, fazendo o notificador bater em algo (não lembra o quê) e perdeu a consciência; QUE em seguida foi socorrido para o hospital de Traumas de João Pessoa.

12) OBSERVAÇÕES:

ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE 30 DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).

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


EDMILSON BEZERRA

Comunicante


Kennedy de Carvalho Andrade
Escrivã(o)/AgenteMat. nº 155.335-6



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

0330332 / 9

3 - CPF da vítima:

935.609.494-91

4 - Nome completo da vítima:

Acimeng Bezerra

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Acimeng Bezerra

6 - CPF:

935.609.494-91

7 - Profissão:

Nenhum

8 - Endereço:

13 de maio

Nº:

37

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Jardim das Rosas

12 - Cidade:

Aracaju - SE

13 - Estado:

SE

14 - CEP:

59250-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

83 491428063

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

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

28 - Vítima Sim
teve filhos? Não

29 - Se tinha filhos, informar
Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deu
nascer (não nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima
teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar
Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou
pais/avós vivos?

Sim

Não

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

34

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data:

Jacuí-Pé, 24-09-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

9 | Page

www.crestatele.com.br - PEDRO GONCALVES - CNES: 122019 - TEL: 55221670

GOVERNO  DE DA PARÁBA A O TRABALHO
segue

Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDMILSON BEZERRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02235-7

CONTA: 000010008050-2

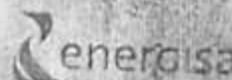
Nr. da Autenticação 50CEA5432D258483

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segundaria de conta.

Boleto para sempre pagamento da nota fiscal fornecida pela energisa. N° 029.645.874



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR 230, KM 25 - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 - INSC. FIS. 10.316.422-4

DADOS DO CLIENTE

MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA
RUA 13 DE MAIO 345
LAGOA DE DENTRO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/299214-7

REFERENCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
AGO/2019	16/08/2019	35	23/08/2019	R\$ 32,40

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190.00009 02624.912008 05167.829174 9 79900000003240

Pagador: MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA CNPJ/CPF: 531.141.164-34

RUA 13 DE MAIO 345 - CENTRO - LAGOA DE DENTRO / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120005167829	0002992142011908	23/08/2019	R\$ 32,40	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR230 KM 25, S N. - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Sócio: Instituto Lúcio

GOVERNO DA PARÁBA
SEGUE o trabalho

AV. ORESTES LÍBIA, s/n - PEDRO CONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332186700

Boletim de Atendimento: 1176018



Identificação do paciente

ID 017787	Nome EDUARDO BEZERRA	Sexo Masculino		
Data de nascimento 06/10/1988	Idade 60 anos 9 meses 3 dias	Estado civil DIVORCIADO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prazação 84817
Mais SEVERINA ANDRADE NASCIMENTO				
Eucalifado FUNDAMENTAL COMPLETO				
DDD Celular 32	Celular 98800000	DDD	Teléfono	
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	NP/CID 59804632640387		
Local de procedência LAGOA DE DENTRO		Type MUNICÍPIO	UF PB	
Email NAO INFORMADO	Naturalidade LAGOA DE DENTRO	CEP 58260000	Logradouro TREZE DE MAIO	
Endereço			Bairro CENTRO	
CEP 58260000	Município da residência LAGOA DE DENTRO	UF PE		
Número 24	Complemento			
Admissão				
Data e Hora 09/07/2019 21:18:31	Número de pulseira 1000007638021	Conselho sus		
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clinica		11 SET. 2019
Classificação de risco			Origem do paciente TRABALHO	
Coréu de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	



Indicadores e Transporte

Caso policial Nº	Paro de batida Nº	Vaga de ambulância Nº	Trauma Nº
Modo de transporte SAMU		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA x mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Rádio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultra-som/gelatina []
Dados clínicos						

Paciente vítima de acidente, com referência a dor no peito d, Tórax e MBD, SFG, consciente -
orientada.

Diagnóstico

Atendido por
ELIANA VIEIRA DA SILVA

CID
CID-10
CORONARICO-268-EN
Centro de Saúde de São José

Imprimir



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	Edmilson Bezerra
DATA DE NASCIMENTO	06/10/58
NOME DA MÃE	Severina Andre do Nascimento

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	84917
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1176016
DATA DO ATENDIMENTO	09/07/19
HORA DO ATENDIMENTO	21:16
MOTIVO DO ATENDIMENTO	Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S)	Traumatismo craniano
CID 10	S06.5

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, trazido pelo SAMU,vítima de acidente de moto,refere cefaléia,dor em pulso direito,dor em tórax e MID,nega perda da consciência ou vômitos,apresenta edema importante em olho D,glasgow 15

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio,coluna cervical

Rx tórax,punho D,joelho D,tomozelos D

USG(fast)

TC:HSA laminar temporal

Rx:sem anormalidades

USG:normal.

RESULTADOS DOS EXAMES:



TRATAMENTO:

Tratamento conservador de trauma craniano



ALTA HOSPITALAR: 15/07/19
DATA DA EMISSÃO: 06/09/19

Dr. Juan-Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



ÁREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Balanç
SOCILSON BEZERRA	1176016	09/07/2019 21:18:31	
Data da nascença	Idade	Sexo	Telefone da Contato
08/10/1958	60a 8m. 4d	Masculino	(03) 98000000
Mae		CNS	Prontuário
SEVERINA ANDRADE NASCIMENTO		99900432840387	84917
Endereço	Bairro	Município	UF
TREZE DE MAIO, 24	CENTRO	LAGOA DE DENTRO	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	FRANCISCO KARTNEY BARRETO PEDROSA	5904/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
09/07/2019 21:18:31		09/07/2019 23:17:19	

ANAMNESE

PACIENTE SOFREU TRAUMA EM MBD. E MID. APRESENTANDO DOR FORTE EM JOELHO D. E EM OMBRO E COTOVelo D.; AO EXAME: MÚLTIPLES ESCORNIOS; NÃO COOPERATIVO; EXAME FÍSICO PREJUDICADO; CO: SOLICITO NOVAS RADIOGRAFIAS; REAVALIAR APÓS LIBERAÇÃO DAS OUTRAS CLÍNICAS.

MEDICAÇÃO

TRAMADOL 5000 MG INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA I.V. AGORA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE BRACO DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE COTOVelo DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE BACIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

Conduta

Em observação

EDMILSON BEZERRA

Boletim registrado por: ILMA VIEIRA DA SILVA em 09/07/2019 21:17:16

Dr. Francisco Kartney Barreto Pedroso
Ortopedia e Traumatologia
CRM PB 1004169
FRANCISCO KARTNEY BARRETO PEDROSO
(03) 9804169

LIFE ASSESSORIA
24 SET. 2019
CORRETORA DE SEGUROS

LIFE ASSESSORIA
16 SET. 2019
CORRETORA DE SEGUROS





Identificação do paciente

ID 1176016	Nome EDMILSON BEZERRA			Sexo Masculino
Data de nascimento 09/10/1988	Idade 30 anos 8 meses 11 dias	Estado civil DIVORCIADO(A)	Religião NÃO INFORMADA	Prontuário 84817
Mãe SEVERINA ANDRADE NASCIMENTO				
Escolaridade FUNDAMENTAL COMPLETO				
DDD Celular 83	Celular 867626050	DDD	Telefone	
Tipo documento NÃO INFORMADO	Número documento	Nº Cns 888004532640387		
Local de procedência LAGOA DE DENTRO		Type MUNICÍPIO	UF PB	
Email	Naturalidade LAGOA DE DENTRO	CEP/R		

Endereço

CEP 58250000	Município da residência LAGOA DE DENTRO	UF PB	Logradouro TREZE DE MAIO
Número 24	Complemento	Bairro CENTRO	

Admissão

Data e Hora 08/07/2019 21:16:31	Número da pulseira 1000007638021	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente TRABALHO		
Cárdier de atendimento	Motivo de atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saída Não	Via de embalagem Não	Trauma Não
Modo de transporte	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉搏 60	Temperatura 36.5
--------------	-----------	---------------------

Exames complementares

Roentgen X []	Sangue []	Urina []	TC []	Usope []	ECG []	Ultrasonografia []
----------------	------------	-----------	--------	-----------	---------	---------------------

Dados clínicos

10 SET. 2019

Diagnóstico

Atendido por
ILMA VIEIRA DA SILVA

CID

Tempo
44seg

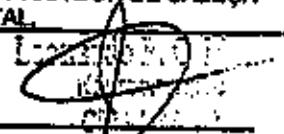
Imprimir



Documento de Alta

Nome: EDIMILSON BEZERRA			Número Prontuário: 84917
Data de Nascimento: 06/10/1998	Sexo: Masculino	Data de Internação: 10/07/2019 17:16:27	Data de Alta: 15/07/2019 15:10:30
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: conduta=TRATAMENTO CONSERVADOR. ANTICONVULSIVANTE. SINTOMÁTICOS.			
Resumo da Internação: resumointernacao=PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO COM TCE EM 09/07/19. EVOLUINDO COM CEFALÉIA E CONFUSÃO MENTAL. NO MOMENTO, SEM INTERCORRÊNCIAS. EF.: GLASGOW 14/15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS. RECEBE ALTA ESTÁVEL, SEM QUEIXAS OU INTERCORRÊNCIAS, SOM ORIENTAÇÕES AOS FAMILIARES.			
Resultado de Exames: resultadoExames=TC DE CRÂNIO DE CONTROLE: Aumento volumétrico nas partes moles extracranianas das regiões frontal e periorbitária à esquerda, relacionado ao trauma. Não há evidência de fraturas desalinhadas, sangramento intracraniano bem como de coleções líquidas extra-axiais acima ou abaixo do lâminio. O sistema ventricular é de topografia, morfologia e dimensões normais. As substâncias branca e cinzenta apresentam coeficientes de alienação aos raios-x normais. Aspecto anatômico das cisternas da base e da profundidade dos hemisferios cerebrais. Ausência de desvio de estruturas centromedianas.			
Tratamento: tratamento=TRATAMENTO CONSERVADOR. ANTICONVULSIVANTE. ANTIHIBIOTICO. SINTOMÁTICOS.			
Diagnóstico: S06.9 - Traumatismo intracraniano, não especificado			
Recomendações: recomendacoes= AGENDAR CONSULTA DE RETORNO NO AMBULATÓRIO DE NEUROCIRURGIA (HTOP) EM 30 DIAS. . CONTINUAR DE OBSERVAÇÃO NEUROLOGICA DOMICILIAR. - RETORNAR AO HOSPITAL DE TRAUMA SE APRESENTAR SINAIS DE ALERTA: DESMAIOS, CONVULSÕES, VÔMITOS, SONOLENCIA EXCESSIVA, CONFUSÃO MENTAL, PERDA DA FORÇA MUSCULAR OU OUTROS SINAIS NEUROLOGICOS. - FAZER USO DE MEDICAÇÕES SINTOMÁTICAS PARA DOR DE CABEÇA LEVE E TONTURA, SE NECESSÁRIO. EM CASO DE PIORA DOS SINTOMAS, RETORNAR AO HOSPITAL.			

Data: 15/07/2019


LEONARDO PEREIRA DA COSTA
MATIAS
CRM: 6028 - PB





AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Saída
EDMILSON BEZERRA	1176016	09/07/2019 21:16:31	
Data de nascimento	Idade	CNS	Telefone de Contato
05/10/1968	50a 9m 4d	698004532640387	(83) 30000000
Mae	Sexo		Prontuário
SEVERINA ANDRADE NASCIMENTO	Masculino		84917
Endereço	Bairro	Município	LIF
TREZE DE MAIO, 24	CENTRO	LAGOA DE DENTRO	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA	60167PB
Date/Hora Clasificação		Date/Hora Prescrição	
09/07/2019 21:16:31		10/07/2019 16:22:46	

ANAMNESE

ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA DO SEGMENTO CEFALICO:REFERE CEFALÉIA AO EXAME:GLASGOW 14.REFERE CEFALÉIA, ESCORIAÇÕES NA FACE, HEMATOMA PERIORBITARIO A DIREITA, SEM DÉFICIT MOTOR APENDICULAR, EUPNEICO, HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL. TC DE CRANIO:HSA-T+HSDA LAMINAR A ESQUERDA. CD: EXAMES DE SANGUE+INTERNACÃO.

DIETA

DIETA, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V, 24H, DURANTE 24 HORA(S)
AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), DILUIR 1,0 MG

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 12/12H, DURANTE 60 MIN(S)

Diluir

RANITIDINA 50MG/2ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

FENITOINA 50MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 5ML), DILUIR 2,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

CUIDADOS

AFERIR PA E FC

CABECEIRA ELEVADA A 30°

OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA

HGT 6/6HS





AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente	EDMILSON BEZERRA	BAE	Data/Hora Entrada	Data Saída
Data de nascimento	08/10/1955	1176016	09/07/2019 21:19:31	
Mês		Sexo	CNS	Telefone de Contato
SEVERINA ANDRADE NASCIMENTO		Masculino	898004532640357	(83) 990003000
Endereço	TREZE DE MAIO, 24	Bairro	Município	Pronunciado
Acidente	QUEDA / OUTROS	CENTRO	LAGOA DE DENTRO	84917
Data/Hora Classificação	08/07/2019 21:18:31	Motivo	Profissional	UF
		ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MOURIBE ARRUDA FEIJINTO	PB
			Data/Hora Prescrição	Nº Cons. Regional
			10/07/2019 09:25:23	7522/PB

ANAMNESE

#Ortopedia# >> Paciente vítima de acidente de trânsito relata dor em MSD e MID >> Ao exame ADM preservado, sem deformidade anatômica em membros >> Radiografia sem sinais de fraturas HD: Contusão em membros CD: Alta da ortopedia Prescrevo AINES para domicílio Em OBS pela NRC

Conduta

Em observação

Mouribe Arruda Feijintó
Nº CRM 01002099755/MO
Nº CRF 7522 / CRM-RE 21142

EDMILSON BEZERRA

MOURIBE ARRUDA FEIJINTO
(CRM: 7522/PB)

Boletim registrado por: ILMA VIEIRA DA SILVA em 09/07/2019 21:17:15





AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baliza
EDIMILSON BEZERRA	1176016	09/07/2019 21:18:31	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
08/10/1938	60a 9m 4d	Masculino	(83) 99000000
Mãe			Pronúncio
SEVERINA ANDRADE NASCIMENTO			84917
Endereço	Bairro	Município	UF
TREZE DE MAIO, 24	CENTRO	LAGOA DE DENTRO	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MICHELLY MELLINNY QUEIROGA GOMES	11628/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
09/07/2019 21:18:31		10/07/2019 01:30:32	

ANAMNESE

REAVALIAÇÃO USG FAST NÃO EVIDENCIOU ALTERAÇÕES ALTA DA CIRURGIA GERAL, AOS CUIDADOS DAS OUTRAS ESPECIALIDADES.

Conduta

Em observação

Dra. Michelly Queiroga Gomes
Nº 1. Cirurgia Geral
CRM PB 11.628

EDIMILSON BEZERRA

MICHELLY MELLINNY QUEIROGA GOMES
(CRM: 11628/PB)

Boletim registrado por: ILMA VIEIRA DA SILVA em 09/07/2019 21:17:15



Nome	Matrícula
Usúario:	JANSEN
Senha:	1176016

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome:	Edmilson Bezerra	Data de Nascimento:	08/10/1950	Idade:	60a 9m 7d	Sexo:	MASCULINO	Nº:	1176016	Nº Prontuário:	0000 Prescrição
Mês de Atendimento:	Enfermaria / Leito	ÁREA VERDE ENF 36 / LEITO - 014	Salvações da Prescrição:	13/07/2019 17:38:52 - 14/07/2019 17:30:00							
Convenio:	Masculina	Sonhos:									
		Data da entrada:	08/07/2019 21:16:31	Data da liberação:	10/07/2019 17:16:27	Promedicação na:	30 20h 20min	Promedicação no:	20h 15min		
Noite do atendimento:	Besse	U.M.	Orientação do Uso:	Via de Admin.	Veloc. Inf.	Pox:	Aparecimento				
10 CABEÇERA ELEVADA A 30°.	0.0										
11 HOGAR D'OR											
12 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0										

Assinatura por:

data:

Dr. Jansen Henriquez
Cirurgião-Dentista

Assinatura e Selo/emb. do Profissional

24 SET 2019

10 SET 2019



JANSEN HENRIQUES CEZARINO

CRM: 11305

Assinatura e Selo/emb. do Profissional

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Item: 1234567897
Identific.: JOSE RAIMUNDO
Boleto: 1176016

Nome EDILSON BEZERRA Razão do Admitimento Comunicação	Data de Nascimento 08/10/1958	Idade 80a 9m 6d	Sexo MASCULINO	Nº 176016	Nº Prontuário 84917	Data Prescrição 12/07/2019 14:19:15
	Entfermaria / Leito AREA LARANJA - UDC B / LEITO - 002	Valedoso da Prescrição 12/07/2019 17:00:00 - 13/07/2019 17:00:00				

Medicamento
Senna

	Data de entrada: 08/07/2019 21:16:31	Data de internação: 18/07/2019 17:16:27	Pernambucado na: 2d 10h 13min	Pernambucado no: 1d 23h 13min
1. DURETA	00			

2. SPROTACEROL 1000MG FRASCO		ORAL		
3. CEFALOTINA 10.000U/ml 2	1,0	ML		

4. OPIRONA 1000MG AMARELA 2000		EV.		
5. OXIBUTETRAMIDA 1000MG 100%	10,0	ML		

6. ZAL		EV.		
7. OXIBUTETRAMIDA 1000MG 100%	10,0	ML		

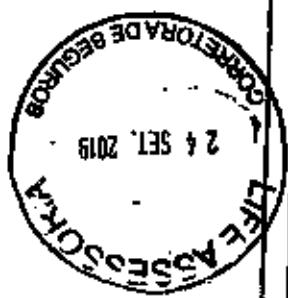
8. PUDERMA 1000MG 100%		EV.		
9. FENITROTAZEPAM 100MG 100%		EV.		

10. ANDECA 100%	2,0	ML		
11. CLOFENOXICO 100ML	10,0	ML		

12. ALPENP PA E FE	0,0			

Reimpresos por:

JOSE RAMALHO DA SILVA NETO
CRM: 77703





Cruz Vermelha HOSPITAL ESTADUAL DE MERGÊNCIA E TRAUMA SENIOR HOSPITAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA								
Nome EDIMILSON BEZERRA		Data de Nascimento 06/10/1958	Idade 60a 9m 6d	Sexo MASCULINO	Nº 1176016	Nº Prontuário Ba917	Barcode	
Motivo do Atendimento Convenio		Enfermaria / Leito AREA LARANJA - UDC B / LEITO - 002			Validade da Prescrição 12/07/2019 17:00:00 - 13/07/2019 17:00:00	Data Prescrição 12/07/2019 14:19:15	Usuário: JOSE RAMALHO	
		Matrícula			Senha	Bolsão 1176016		
Nome do medicamento		Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admin.	Veloc. Inf.	Pes	Aparecimento
10 CABECEIRA ELEVADA A 30°		0.0						
11: HGTV@HS		0.0						
12 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA		0.0						

JOSE RAMALHO DA SILVA NETO

Ch. 11105

Assinatura e Carimbo do Profissional

dha:



Cruz Vermelha Brasileira HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HÉLIO

Usuário:	THAISE AGRA
Boleto:	1176016

PREScrição MÉDICA

Nome EDIMILSON BEZERRA		Data de Nascimento 06/10/1958	Idade 60a 9m 5d	Sexo MASCULINO	Nº 1176016	Nº Prontuário 54917	Data Prescrição 11/07/2019 08:21:43	
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito AREA LARANJA - UDC B / LEITO - 002		Validade da Prescrição 11/07/2019 17:00:00 - 12/07/2019 17:00:00				
Convenio				Matrícula	Senha			
				Data da entrada: 09/07/2019 21:16:31	Data da Internação: 10/07/2019 17:16:27	Permanência na 1d 11h 6min	Permanência no 15h 6min	
Nome do medicamento		Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admin.	Veloc. Inf.	Pos	Aproname
1	DIETA + líquido	0,0			ORAL			
2	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	2000,0	ML		E.V.	24H		
3	CEFALOTINA 1G - D(1/7) de 1	1,0	MG		E.V.	6/6H		
	Diluir em ÁGUA DESTILADA	10,0	ML					
4	DIFRORIX 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.	6/6H		
	Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML					
5	ONDANISTETRINA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	4,0	ML		E.V.	6/6H		
	Diluir em ÁGUA DESTILADA	10,0	ML					
6	RANTIDINA 80MG/3ML (AMPOLA 3ML)	2,0	ML		E.V.	12/12H		
	Diluir em ÁGUA DESTILADA	10,0	ML					
7	FENITOINA 50MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 5ML)	2,0	ML		E.V.	6/6H		
	Diluir em ÁGUA DESTILADA	10,0	ML					
8	CETOFLOPENO 100 MG	100,0	MG		E.V.	12/12H		
	Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML					
9	TAFERNAPE F.C	0,0	LIT					

Reimpresso por:
dia:



THAISE AGRA TEIXEIRA
CRM: 5247

0,1% 1000ML Água Inje
atenção

(10/07/2019)

Assinatura e Carimbo do Profissional

ESTADO DE RIO GRANDE DO SUL - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - HOSPITAL ESTADUAL DE MÉDICA E TRAUMA SENADOR HENRIQUE

DRAFT
1987 MAR 27

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome		Data de Nascimento		Idade		Sexo		Nº		NP Procedente		Data Procedente					
EDMILSON BEZERRA		06/10/1988		60s fm Sd		MASCULINO		1178016		64917		11/07/2019 08:21:43					
Brinco do Aprendizado		Enfermaria / Letto		AREA LARANJA - UDC B / LEITO - 002		Validade da Prescrição		11/07/2019 17:00:00 - 12/07/2019 17:30:00		Sexta							
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação do Uso	Via de Admin.	Veloc. Inf.	Peso	Aproximamento										
10 CABECERA ELEVADA A 30°	0,0																
11 HOT & HS	0,0																
12 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0,0																

THAISE AG
TEIXEIRA
CR 1347

卷之三

200

Assinatura e Carimbo do Profissional



HOSPITAL ESTADUAL DE MERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HENRIQUE VIEIRAS

Dokt

PRESCRIÇÃO MÉDICA

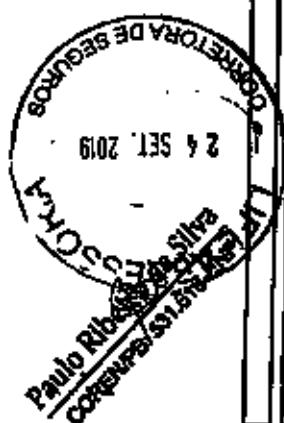
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Adm.	Veloc. Inf.	Pes	Aproximando
1 DUETA	0,0			ORAL			
2 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO BOMBO)	2000,0	ML		EV	24H		17.3.4
3 CEFALOTINA 1G	1,0	MG		EV	60H		17.25.08.14
4 DOPAURINA 300 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		EV	60H		17.22.05.14
5 CHLORAMPEPROMA 400MG/ML (AMPOLA 2ML)	4,0	ML		EV	60H		17.20.05.14
6 RAMDIPINA 500MG/ML (AMPOLA 2ML)	10,0	ML		EV	12/12H		17.09
7 MAPOLA 500ML	2,0	ML		EV	60H		17.09.09
8 CETOPIROFENO 1000MG	100,0	MG		EV	12/12H		17.09
9 SÓLUCAO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 10ML)	100,0	ML		EV	12/12H		17.09
9 APERDURPA 0,0%	0,0						

Rödgrönstående part

四

MAURO DE FREITAS GUERRA, TERRA

CRMA: 6.01.RI



HOSPITAL ESTADUAL DE SOROCABA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Date: _____
Name: _____

Relatório de Prescrição						
Nome:		Data da Prescrição:				
EDMILSON BEZERRA						
Medico do Acompanhamento		Dia de Nascimento	Hora	Sexo	Nº	Data Prescrição
		08/10/1958	06h 30m 4d	MASCULINO	1176018 R4917	10/07/2019 08:25:14
Correto		Endereço / Lote				
		Mais Detalhe				
		Validade da Prescrição:				
		10/07/2019 08:35:00 - 11/07/2019 08:35:00				
		Sexta				

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Unidade
05/07/2019 21:16:31			

Carlos Pereira da Silva Neto
Mestrado em Neurociências / UFGD

Rompresa para

WENCES FERREIRA DA SILVA NETO
CRM: 4660



Assinatura e Câmbio do Profissional

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Per	00000000000000000000000000000000
Usuário:	MAURO DE
Especialista	1176016

Name	Data de Nascimento	Idade	Sexo	Nº	Re-Prescrição	Data Prescrição
EDMILSON BEZERRA	05/07/1958	60a 8m 4d	MASCULINO	1176016	84917	10/07/2019 18:22:45
Médico do Abastecimento						
Comando						

Name	Data de Nascimento	Idade	Sexo	Nº	Re-Prescrição	Data Prescrição
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Ordem/ação de Uso			
10 Claseceria elevada a 30°	0,0		Via de Admín.	Vias, Inf.	Pos	Antazepam
11 Conservação da Consciência	0,0					
12 Gest Grav	0,0					

Retorno/reco por:

dia:

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA
CRM: 6016

Assinatura e Cartório do Profissional

Mauro de Freitas
CRM-PB 6016



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR HENRIQUE VERNALDO BRASILEIRO

612
RODRIGO 423

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Raimundo port

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA
CRM: 6018

Assinatura e Câmbio do Profissional

PRESCRICAO MEDICA	
Nome	EDMILSON BEZERRA
Sexo	MASCULINO
Nº	1176016
Nº Prontuario	84917
Entfermante / Uficio	09/07/2019 23:17:00 - 10/07/2019 23:17:00
Vadeade da Prescrição	09/07/2019 23:17:00
Medicamento	Sandha
Data de Internação:	09/07/2019 23:17:00
Nome do Recém-nascido	EDMILSON BEZERRA
Sexo	600 g m fd
Nº	06/10/1958
Entfermante / Uficio	09/07/2019 23:17:19
Vadeade da Prescrição	09/07/2019 23:17:00
Comentário	
Medicamento	
Data de Internação:	09/07/2019 23:17:00
Nome	

3 TRABALHO DE INJETAVEL	10	ML	E.V.	AGORA	93-30
Reimpresso por DR. TULLIO LIMA, U. P. F. M. Assinatura e Câmbio do Profissional					
<i>[Handwritten signature]</i>					
Dose	UM	Gratificação de Uso	Via de Admin.	Viaj. Int.	Pes
Forma de medicamento					
Data da entrada:	09/07/2019 23:17:31	Data da Internação:	Permaneça na	2h min	Formandinha no

FRANCISCO KARTNEY SARMENTO
CRM: 5804

[Signature]



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Av. Presidente Juscelino Kubitschek, 1000 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - 20041-000



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Saúde - Governo Lúcio

**GOVERNO DO
DA PARAÍBA** segue
o trabalho

AV. CRESTES LISBOA, 649 - PEDRO GONÇALVES
CEP: 5121221 - Tel:

Imprimido por: THAISE AGRA
TEIXEIRA
Em: 11/07/2019 08:32:16

Nome EDMILSON BEZERRA		Boleto de Atendimento 1174018	Data/Hora Entrada 08/07/2019 21:18:31	Data/Hora Saída
Data de nascimento 08/10/1958	Idade 59	Sexo Masculino	CNS 699004632840387	Prontuário 84917
Tempo de Internação 18h 18min		Convênio SUS		Plano DIURNO
Data de Entrada 08/07/2019 21:18:31	Data Internação 10/07/2019 17:16:27	Permanência na Unidade: 1d 19h 18min		Permanência no Leito: 18h 18min

Evolução Médica (THAISE AGRA TEIXEIRA - 11/07/2019 08:32:16)

Evolução

Procedimento

Descrição da Evolução

NEUROCIRURGIA

- RELATO DE ACIDENTE DE TRANSITO

ECG 14/15

TC CRANIO - HSA TRAUMATICA

TC COLUNA CERVICAL - SEM LESAO APARENTE

TC TORAX - SEM LESAO APARENTE

FAST -OK

LAB : NA 146 E C 1.36

CONDUTA: TC CRANIO CONTROLE

ACOMPANHAMENTO CONJUNTO COM ORTOPEDIA

Saúde: AREA LARANJA - UOC 8 - Leito: LEITO - 623

Profissional responsável pela informação: THAISE AGRA TEIXEIRA



Número Conselho: 5247





**Cruz Vermelha
Brasileira HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENAI JR H**

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Veneno

Nome	JOÃO VIEIRA
Sobrenome	JANSEN
Identidade	1176018

Nome	Data de Nascimento	Idade	Sexo	Nº	Nº Prescrição	Data Prescrição
EDUARDO FERREIRA	08/10/1968	60a 8m 7d	MASCULINO	1176018	84817	13/07/2019 17:30:52
Medicina do Aumentado	Enfermeira / Letra	Validade da Prescrição				
Cooperativa	ÁREA VERDE ENF 38 / LEITO - 014	13/07/2019 17:30:52 - 14/07/2019 17:00:00				
	Notificação	Data				
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Oral/depósito de uso	Via de Adm.	Veloc. inf.	Poss.
						Agravo/medida
1. CORTA	0,0			ORAL		
2. POLIVITAMÍNICA 9,9% (VITAMINAS)	2000,0	ML		EV.		
3. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
4. Água em ÁGUA DESTILADA	100,0	ML		EV.		
5. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
6. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
7. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
8. Água em ÁGUA DESTILADA	10,0	ML		EV.		
9. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
10. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
11. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
12. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
13. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
14. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
15. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
16. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
17. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
18. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
19. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
20. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
21. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
22. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
23. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
24. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
25. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
26. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
27. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
28. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
29. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
30. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
31. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
32. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
33. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
34. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
35. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
36. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
37. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
38. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
39. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
40. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
41. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
42. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
43. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
44. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
45. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
46. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
47. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
48. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
49. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
50. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
51. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
52. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
53. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
54. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
55. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
56. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
57. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
58. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
59. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
60. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
61. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
62. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
63. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
64. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
65. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
66. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
67. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
68. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
69. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
70. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
71. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
72. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
73. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
74. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
75. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
76. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
77. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
78. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
79. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
80. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
81. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
82. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
83. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
84. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
85. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
86. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
87. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
88. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
89. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
90. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
91. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
92. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
93. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
94. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
95. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
96. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
97. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
98. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
99. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
100. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
101. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
102. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
103. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
104. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
105. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
106. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
107. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
108. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
109. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
110. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
111. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
112. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
113. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
114. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
115. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
116. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
117. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
118. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
119. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
120. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
121. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
122. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
123. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
124. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
125. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
126. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
127. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
128. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
129. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
130. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
131. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
132. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
133. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
134. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
135. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
136. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
137. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
138. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
139. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
140. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
141. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
142. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
143. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
144. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
145. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
146. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
147. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
148. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
149. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
150. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
151. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
152. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
153. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
154. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
155. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
156. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
157. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
158. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
159. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
160. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
161. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
162. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
163. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
164. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
165. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
166. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
167. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
168. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
169. SULFATRÍTO - DEX/71 mg 3	1,0	ML		EV.		
170. SULFATRÍTO - DEX/7						



Assinatura e Cartimbo do Profissional

LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS CRM-6628

1 DIRETA	0,0												
2 SOLUGACAO FISIOLÓGICA 0,9% ITRASACO	2000,0	ML											
3 CEFALOTINA 10 - 0,5 / g	1,0	ML											
4 DIFRONGA 500 MIL (AMPOLA 1ML)	2,0	ML											
5 ONUANETICINA 1000 UMF (AMPOLA 1ML)	4,0	ML											
6 HANTIMINA 5000 UMF (AMPOLA 2ML)	2,0	ML											
7 FENITOINA 500 NORMAL (AMPOLA 1ML)	2,0	ML											
8 CETOPIPERIDENO 100 MG (AMPOLA 5ML)	100,0	ML											
9 AFERIR PAA FC	0,0												

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Ornamentação de uso	Via de Adm.	Vidro, lata, Pote	Armazenamento
ONDANESTETICO Paracetamol 0,9%	2,0	ML	09/07/2019 21:16:31	10/07/2019 17:16:27	Sd 12h 25ml	24 12h Adm
CEFALOTINA 10 - 0,5 / g	1,0	ML				
DIFRONGA 500 MIL (AMPOLA 1ML)	2,0	ML				
ONUANETICINA 1000 UMF (AMPOLA 1ML)	4,0	ML				
HANTIMINA 5000 UMF (AMPOLA 2ML)	2,0	ML				
FENITOINA 500 NORMAL (AMPOLA 1ML)	2,0	ML				
CETOPIPERIDENO 100 MG (AMPOLA 5ML)	100,0	ML				
AFERIR PAA FC	0,0					
DIRETA	0,0					
SOLUGACAO FISIOLÓGICA 0,9% ITRASACO	2000,0	ML				
CEFALOTINA 10 - 0,5 / g	1,0	ML				
DIFRONGA 500 MIL (AMPOLA 1ML)	2,0	ML				
ONUANETICINA 1000 UMF (AMPOLA 1ML)	4,0	ML				
HANTIMINA 5000 UMF (AMPOLA 2ML)	2,0	ML				
FENITOINA 500 NORMAL (AMPOLA 1ML)	2,0	ML				
CETOPIPERIDENO 100 MG (AMPOLA 5ML)	100,0	ML				
AFERIR PAA FC	0,0					
DIRETA	0,0					

PRESCRIGO MEDICA

CRM-6628 - MERGENCIA E TRAUMA SEN. JOR H

Centro Cirúrgico
Cirurgião-Dentista
Leonardo Pereira da Costa Matias

Medico de Anestesiologia

Medico de Reumatologia

Medico de Endocrinologia

Medico de Cardiologia

Medico de Gastroenterologia

Medico de Urologia

Medico de Ortopedia

Medico de Traumatologia

Medico de Reumatologia

Medico de Endocrinologia

Medico de Cardiologia

Medico de Gastroenterologia

Medico de Urologia

Medico de Ortopedia

Medico de Traumatologia

Medico de Reumatologia

Medico de Endocrinologia

Medico de Cardiologia

Medico de Gastroenterologia

Medico de Urologia

Medico de Ortopedia

Medico de Traumatologia

Medico de Reumatologia

Medico de Endocrinologia

Medico de Cardiologia

Medico de Gastroenterologia

Medico de Urologia

Medico de Ortopedia

Medico de Traumatologia

Medico de Reumatologia

Medico de Endocrinologia

Medico de Cardiologia

Medico de Gastroenterologia

Medico de Urologia

Medico de Ortopedia

Medico de Traumatologia

Medico de Reumatologia

Medico de Endocrinologia

Medico de Cardiologia

Medico de Gastroenterologia

Medico de Urologia

Medico de Ortopedia

Medico de Traumatologia

Medico de Reumatologia

Medico de Endocrinologia

Medico de Cardiologia

Medico de Gastroenterologia

Medico de Urologia

Medico de Ortopedia

Medico de Traumatologia

Medico de Reumatologia

Medico de Endocrinologia

Medico de Cardiologia

Medico de Gastroenterologia

Medico de Urologia

Medico de Ortopedia

Medico de Traumatologia

Medico de Reumatologia

Medico de Endocrinologia

Medico de Cardiologia

Medico de Gastroenterologia

Medico de Urologia

Medico de Ortopedia

Medico de Traumatologia

Medico de Reumatologia

Medico de Endocrinologia

Medico de Cardiologia

Medico de Gastroenterologia

Medico de Urologia

Medico de Ortopedia

Medico de Traumatologia

Medico de Reumatologia

Medico de Endocrinologia

Medico de Cardiologia

Medico de Gastroenterologia

Medico de Urologia

Medico de Ortopedia

Medico de Traumatologia

Medico de Reumatologia

Medico de Endocrinologia

Medico de Cardiologia

Medico de Gastroenterologia

Medico de Urologia

Medico de Ortopedia

Medico de Traumatologia

Medico de Reumatologia

Medico de Endocrinologia

Medico de Cardiologia

Medico de Gastroenterologia

Medico de Urologia

Medico de Ortopedia

Medico de Traumatologia

Medico de Reumatologia

Medico de Endocrinologia

Medico de Cardiologia

Medico de Gastroenterologia

Medico de Urologia

Medico de Ortopedia

Medico de Traumatologia

Medico de Reumatologia

Medico de Endocrinologia

Medico de Cardiologia

Medico de Gastroenterologia

Medico de Urologia

Medico de Ortopedia

Medico de Traumatologia

Medico de Reumatologia

Medico de Endocrinologia

Medico de Cardiologia

Medico de Gastroenterologia

Medico de Urologia

Medico de Ortopedia

Medico de Traumatologia

Medico de Reumatologia

Medico de Endocrinologia

Medico de Cardiologia

Medico de Gastroenterologia

Medico de Urologia

Medico de Ortopedia

Medico de Traumatologia

Medico de Reumatologia

Medico de Endocrinologia

Medico de Cardiologia

Medico de Gastroenterologia

Medico de Urologia

Medico de Ortopedia

Medico de Traumatologia

Medico de Reumatologia

Medico de Endocrinologia

Medico de Cardiologia

Medico de Gastroenterologia

Medico de Urologia

Medico de Ortopedia

Medico de Traumatologia

Medico de Reumatologia

Medico de Endocrinologia

Medico de Cardiologia

Medico de Gastroenterologia

Medico de Urologia

Medico de Ortopedia

Medico de Traumatologia

Medico de Reumatologia

Medico de Endocrinologia

Medico de Cardiologia

Medico de Gastroenterologia

Medico de Urologia

Medico de Ortopedia

Medico de Traumatologia

Medico de Reumatologia

Medico de Endocrinologia

Medico de Cardiologia

Medico de Gastroenterologia

Medico de Urologia

Medico de Ortopedia

Medico de Traumatologia

Medico de Reumatologia

Medico de Endocrinologia

Medico de Cardiologia

Medico de Gastroenterologia

Medico de Urologia

Medico de Ortopedia

Medico de Traumatologia

Medico de Reumatologia

Medico de Endocrinologia

Medico de Cardiologia

Medico de Gastroenterologia

Medico de Urologia

Medico de Ortopedia

Medico de Traumatologia

Medico de Reumatologia

Medico de Endocrinologia

Medico de Cardiologia

Medico de Gastroenterologia

Medico de Urologia

Medico de Ortopedia

Medico de Traumatologia

Medico de Reumatologia

Medico de Endocrinologia

Medico de Cardiologia

Medico de Gastroenterologia

Medico de Urologia

Medico de Ortopedia

Medico de Traumatologia

Medico de Reumatologia

Medico de Endocrinologia

Medico de Cardiologia

Medico de Gastroenterologia

Medico de Urologia

Medico de Ortopedia

Medico de Traumatologia

Medico de Reumatologia

Medico de Endocrinologia

Medico de Cardiologia

Medico de Gastroenterologia

Medico de Urologia

Medico de Ortopedia

Medico de Traumatologia

Medico de Reumatologia

Medico de Endocrinologia

Medico de Cardiologia

Medico de Gastroenterologia

Medico de Urologia

Medico de Ortopedia

Medico de Traumatologia

Medico de Reumatologia

Medico de Endocrinologia

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR HE

1000

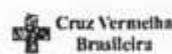
PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome				Data de Nascimento	Idade	Sexo	Nº	Nº Protocolado	Data Prescrição		
EDMILSON BEZERRA				08/10/1985	60a Sem Sol	MASCULINO	1176016	84817	15/07/2019 09:43:33		
Motivo do Atendimento				Esfornamento / Leto				Validade da Prescrição			
AREA VERDE ENF 36 / LETO - 014								15/07/2019 17:00:00 - 16/07/2019 17:00:00			
Comentário				Motivação				Sem Risco			
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação da Uso	Via de Admin.	Veloc. Inf.	Poss.	Aprendizado				
10 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0,0										
11 MOT. VIND.	0,0										
12 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0,0										
13: SORV + CRISP	0,0										

LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS
CRM: 6028

Assinatura e Cartório do Profissional

संस्कृत वाचन



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H

User	146019-00-12
Usuário	LEOPOLDO
Bolígm	1176016

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome EDIMILSON BEZERRA	Data de Nascimento 06/10/1958	Idade 60a 9m 8d	Sexo MASCULINO	Nº 1176016	Nº Prontuário 84917	Data Prescrição 14/07/2019 06:12:35	
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição 14/07/2019 17:00:00 - 15/07/2019 17:00:00				
Convenio			Matrícula	Senha			
			Data de entrada: 09/07/2019 21:16:31	Data da Internação: 10/07/2019 17:16:27	Permanência na 4d 8h 56min	Permanência no 1d 8h 33min	
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via da Admin.	Veloc. Inf.	Pos.	Aprazamento
1 DIETA	0,0			ORAL			
2 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	2000,0	ML		E.V.	24H		✓ 2 3 4
3 CEFALOTINA 10 - D4/7 de 4	1,0	MG		E.V.	6/6H		✓ 2 3 05 11
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML					
4 DIPIRONA 600 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.	6/6H		✓ 2 3 05 11
Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML					
5 CIRANDASETRONA 400/2ML (AMPOLA 2ML)	4,0	ML		E.V.	6/6H		✓ 2 3 09
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML					
6 IRANTIDINA 100/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.	12/12H		✓ 05
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML					
7 FENITOINA 500/2ML INJETAVEL (AMPOLA 5ML)	2,0	ML		E.V.	6/6H		✓ 07 09
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML					
8 CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG		E.V.	12/12H		✓ 05
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML					
9 AFERIR PA E FC	0,0						

05 - Arumar e recortar a CC1H - do antibiótico do paciente

Rampresso por:
data:

Dr. Leopoldo Viana Batista Neto
Cruzado Traumato-Ortopedista
CRM: 5960
Assinatura e Carimbo do Profissional

LEOPOLDO VIANA BATISTA NETO
CRM: 5960





Socia: AREIA VERDE DM# 38 Lote: LESTE - 614
Procedimento: Redoméstico; pete: Informações; LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS
Número Controle: 6028

CD: SUPORTE CLÍNICO + OBSERVACAO NEUROLOGICA.
 CHAMAR FAMILIARES PARA ALTA HOSPITALAR.
 Porges visualizadas des convalescences progressivas com transparência habitual.
 Ausenteza de desvio da estatura controladoras.
 As substâncias brancas e cinzentas apresentam coagulações de alenugado aos ralos-x normais.
 O sistema venicular é da topografia, morfológia e dimensões normais.
 Névoa na endovenosa das veias desalinadas, sangramento intracraniano bem como de colégios líquidos extra-axiais acima ou abaixo do teatro.
 Névoa ha endovenosa das veias desalinadas, sangramento intracraniano bem como de colégios líquidos extra-axials asquerosa, relacionando ao trauma.
 TC DE CRÂNIO DE CONTROLE: Aumento volumétrico nas partes maiores extracranianas das regiões frontais e parietais e periorbitá.
 EFE: GLASGOW 14/15, PUPILLAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS.

VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TCE EM 09/07/19, EVOLUINDO COM CEFALEIA E CONFUSÃO MENTAL NO MOMENTO, SEM INTERCORRENCIAS.

EVOLUGAO
 PROCEDIMENTO:
 DESCRICAO DA EVOLUGAO:
 ## NEURÓCIRURGIA ##



EVOLUGAO MEDICA /LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS - 1507/2019 09:55:02

Nome	EDMILSON BEZERRA	Dados de Atendimento	1176016	Bolírum de Atendimento	09/07/2019 21:16:31	Documento Endereço	CNS	Sexo	06/10/1989	Termos de Informação	Adm 45min	Data de Entrada	09/07/2019 21:16:31	Data Informação	10/07/2019 17:16:27	Promediativa na Unidade:	Sd 12h 41min	Promediativa no Leito:	2d 12h 38min	## NEURÓCIRURGIA ##
CNPJ:	445385 - RA: 8332165700	Impresso por: LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS	E-mail: 15/07/2019 09:55:31																	

GOVERNO ESTADUAL DE PARÁ
Hospital Estadual de Emergência e Trauma
SEGUINTE DA PARÁIBA

AV. ORESTE LISBOA, 59 - PEDRO GONDIIM
Limpoeiro por: LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS



Name EDIMILSON BEZERRA	Sexo Masculino	Belotim do Atendimento 1176016	Data/Hora Entrada 09/07/2019 21:18:31	Data/Hora Saída
Data de nascimento 08/12/1988	Idade 30	Convênio SUS	CNS 69004632640367	Prontuário 84917
Tempo de internação 1d 21h 1min		Permanência na Unidade: 2d 17h 1min		Plano de DIURNO
Data de Entrada 09/07/2019 21:18:31	Data Internação 10/07/2019 17:18:27			Permanência no Leito: 1d 21h 1min

Evolução médica (JOSE RAMALHO DA SILVA NETO - 12/07/2019 14:17:00)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

== NEUROCIRURGIA ==

RELATO DE ACIDENTE DE TRANSITO

ECG 14/15

TC CRANIO - HSA TRAUMATICA

TC COLUNA CERVICAL - SEM LESAO APARENTE

TC TORAX - SEM LESAO APARENTE

FAST -OK

PACIENTE EVOLUINDO COM QUADRO CLÍNICO E NEUROLÓGICO ESTÁVEIS, SEM RELATO DE INTERCORRÊNCIAS NAS ÚLTIMAS 24 HORAS.

NO MOMENTO VIGIL, CONTACTUANTE, ALGO DESORIENTADO,
MOBILIZANDO MEMBROS.

TAC DE CRÂNIO:

"Aumento volumétrico nas partes moles extracranianas das regiões frontal e periorbitária à esquerda, relacionado ao trauma.

Não há evidência de fraturas desalinhadas, sangramento intracraniano bem como de coleções líquidas extra-axiais acima ou abaixo do tentório.

O sistema ventricular é de topografia, morfologia e dimensões normais.

As aubalâncias branca e cinzenta apresentam coeficientes de atenuação aos raios-x normais.

Aspecto anatômico das estruturas da base e da convexidade dos hemisférios cerebrais.

Ausência de desvio de estruturas centromedianas.

Forças visualizadas das cavidades aéreas paranasais com transparência habitual."

CONDUTA:

ALTA DA NEUROCIRURGIA
AOS CUIDADOS DAS DEMAIS ESPECIALIDADES.

Setor: ÁREA LARANJA - UDC B - Leito: LEITO - 002
Profissional responsável pela informação: JOSE RAMALHO DA SILVA NETO

Número Consulta: 77703





[Visualizando o Código do Projeto](#)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
Ministério das Ciências

DENATRAN

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO

Nº 010440418426
CÓD. RENAVAM 20152600008888 PE YECULO

VIA 1 0096828189-3 00/00000000 2013

MARIA DAS GRACAS DE LIMA

NAME

CPF / CNPJ 04550748411 PLACA 94J1XFB8888065251

PLACA

CLASSE

ESPECIE/USO NOVO PB

COMBUSTIVEL

GASOLINA

PAS/MOTOMETRA/A/NO APLIC

PERÍODO

SINDCOM/DEBR 100 MARCA / MODELO

AÑO FAB.

2008

CATEGORIA P/CI

AÑO USO

2008

VENC. COTA UNICA 03/05/2013

VENC. / COTAS

PARTIC PRATA

CORRESPONDENTE

COTA UNICA IPVA PAGO EM 03/05/2013 1^a

VENC. / COTAS

FAVIA / IPVA 0 PARCELAMENTO / COTAS

2^a

FAVIA / IPVA 0 PREMIO TAREFAO (R\$) 0,00

DATA DE PAGAMENTO

03/05/2013

SEGURADO HAGO

OBSERVAÇÕES

H.F. AMORE CRED FINANC E INVEST SA

TRANSPENDIDO

GUARAPARI - PB LOCAL

DATA DE PAGAMENTO

10649 03/05/2013

Observações:





Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Edimilson Bezerra
 DATA DO ACIDENTE 09-04-2019 CPF DA VÍTIMA 535.609.494-91

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É

ENDERECO DO PORTADOR 13 ct prado
 N° 0/1 COMPLEMENTO - BAIRRO Jardim Runel
 CIDADE Dragão do Sul UF PR CEP 59250-000
 E-MAIL edimilsonbezerra@bol.com.br TELEFONE (55) 991925029

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 CONFIRME 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, TAI 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 DE 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, TAI COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- | | |
|---|--|
| VALORES DE INDENIZAÇÃO | <ul style="list-style-type: none"> • 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. |
| <ul style="list-style-type: none"> • 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, COM 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 24-09-2019IDENTIDADE 2.313.915ASSINATURA Edimilson Bezerra

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO

DATA

NOME

ASSINATURA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190548544 **Cidade:** Lagoa de Dentro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDMILSON BEZERRA **Data do acidente:** 09/07/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: TCE COM HSA LAMINAR TEMPORAL + TRAUMATISMO NO JOELHO DIREITO COM ENTORSE LIGAMENTAR.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA EM JOELHO EM DIREITO, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO EM 30 GRAUS, INSTABILIDADE COM GAVETA ANTERIOR POSITIVA E LACKMAM POSITIVO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO DIREITO, REFERE QUEIXAS DE TONTURA, REFERE TER APRESENTADO CRISE CONVULSIVA EM USO CONTÍNUO DE HIDANTAL 100MG E RISPERIDONA DE 2MG.

Resultados terapêuticos: HOUE RESOLUÇÃO DO TCE PORÉM RESULTOU EM CRISES CONVULSIVAS (FAZ USO DE HIDANTAL), REFERE QUEIXAS DE TONTURA, EXISTE INSTABILIDADE DO JOELHO DIREITO, COM GAVETA E LACKMAM POSITIVOS, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR COM PERDA DE 30 GRAUS DE FLEXÃO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO DIREITO..

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO JOELHO DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO SENSO DE ORIENTAÇÃO ESPACIAL E DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/10/2019

Conduta mantida:

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
Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190548544 **Cidade:** Lagoa de Dentro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDMILSON BEZERRA **Data do acidente:** 09/07/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
 COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: TCE COM HSA LAMINAR TEMPORAL + TRAUMATISMO NO JOELHO DIREITO COM ENTORSE LIGAMENTAR.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA EM JOELHO EM DIREITO, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO EM 30 GRAUS, INSTABILIDADE COM GAVETA ANTERIOR POSITIVA E LACKMAM POSITIVO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO DIREITO, REFERE QUEIXAS DE TONTURA, REFERE TER APRESENTADO CRISE CONVULSIVA EM USO CONTÍNUO DE HIDANTAL 100MG E RISPERIDONA DE 2MG.

Resultados terapêuticos: HOUVE RESOLUÇÃO DO TCE PORÉM RESULTOU EM CRISES CONVULSIVAS (FAZ USO DE HIDANTAL), REFERE QUEIXAS DE TONTURA, EXISTE INSTABILIDADE DO JOELHO DIREITO, COM GAVETA E LACKMAM POSITIVOS, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR COM PERDA DE 30 GRAUS DE FLEXÃO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO DIREITO..

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO JOELHO DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO SENSO DE ORIENTAÇÃO ESPACIAL E DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190548544 **Cidade:** Lagoa de Dentro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDMILSON BEZERRA **Data do acidente:** 09/07/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P2 P27)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: TCE

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0330332/19

Número do Sinistro: 3190548544

Vítima: EDMILSON BEZERRA

Data do acidente: 09/07/2019

CPF: 535.609.494-91

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDMILSON BEZERRA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

EDMILSON BEZERRA : 535.609.494-91

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/10/2019
Nome: EDMILSON BEZERRA
CPF: 535.609.494-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

EDMILSON BEZERRA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0330332/19

Vítima: EDMILSON BEZERRA

CPF: 535.609.494-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/07/2019

Titular do CPF: EDMILSON BEZERRA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDMILSON BEZERRA : 535.609.494-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/09/2019
Nome: EDMILSON BEZERRA
CPF: 535.609.494-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

EDMILSON BEZERRA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA