
Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200251756

Vítima: JOSE JOACILDO DE LIMA

Data do Acidente: 08/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE JOACILDO DE LIMA

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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200251756

Vítima: JOSE JOACILDO DE LIMA

Data do Acidente: 08/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), JOSE JOACILDO DE LIMA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Inscrição (a) (s) (p) (s) de cobertura	☒ DIAM (PESQUISA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	☒ INVALIDEZ PERMANENTE	☐ MORTE
2 - Nº do sinistro ou AQL	3 - CPV da vítima 101.871.094.94	4 - Nome completo da vítima JOSÉ DÁCILDO DE LIMA	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPRE Nº 463/2010	
- Nome completo: JOSE JOACILDO DE LIMA	
8 - Endereço:	6 - CPF: 101.871.094-94
9 - Idade: 588	9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: São Paulo	13 - Estado: PB
12 - Cidade: Catolé do Rocha	14 - CEP: 58.884-000
15 - E-mail: limajoaclodo@gmail.com	16 - Tel (DDD): (83) 99813-1146

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITÍMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 17 ANOS (INCLUIR O NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL):	19 - Período do Representante Legal:
F - Nome completo do Representante Legal:	20 - CPF do Representante Legal:

RENDIA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR	☐ R\$1,00 A R\$1.000,00	☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
☐ SEM RENDIA	☒ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00	☐ ACIMA DE R\$5.000,00

- DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICÁRIO DA INDENIZAÇÃO	☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, etc.)
---	---

[] CONTA POUPEIRANÇA (Corrente para os Bancos Afiliados. Abre-se em nome do) _____

☐ Itaú (341)	☐ Caixa Econômica Federal (104)
☐ Bradesco (237)	☐ Banco do Brasil (101)

AGÊNCIA: [][][][] **CONTA:** [][][][]

[x] CONTA CORRENTE (Saldo no banco) _____

Nome do BANCO: **BANCO DO BRASIL**

AGÊNCIA: 0585 **CONTA:** 30871

(Transferir o Saldo de uma conta para outra)

Torne-se o Segundo Liber a creditar na conta bancária informada, de multa titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro CIVIAT
e em sua direta, reconhecendo e dando ciência que não se encontra sob nenhuma obrigação financeira com relação ao crédito informado.

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

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

O direito e o procedimento de análise do meu pedido de indenização do seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMT concordando, desde lá, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, ao custo de R\$ 100,00 (cem reais), é assegurado a partir da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	☐ Solteiro	☐ Casado (no Civil)	☐ Divorçado	☐ Separado judicialmente	☐ Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Número de Parentes com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):				27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome e o endereço:	
28 - Se tinha filhos, informar:	30 - Vítima deixou nascituro(v)al(es)?				31 - Vítima teve irmãos?	32 - Se tinha irmãos, informar:
Vivos: ☐ Sim ☐ Não	Falecidos: ☐ Sim ☐ Não				Falecidos: ☐ Sim ☐ Não	Vivos: ☐ Sim ☐ Não
33 - Vítima possui/avida viciada?	33 - Vítima possui/avida viciada?					

cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devída, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem a condição de beneficiário. A Seguradora Líder poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da obrigação de pagar o prêmio, quando não houver comprovação de que o beneficiário tenha sido vítima de acidente de trânsito.

38 - 1ª | Nome: **Diêgo Martins Diniz**

CPF: 014.238.994-70
Luzio Martins Lima

Assinatura da testemunha
Francineldo Guedes Bezerra
39 - 28 | Nome:

CPF: 101.119.554-54

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

40 - Local e Data, Catolé do Rocha-PB, 15 de julho de 2020

41. Assinatura da vittima/beneficiário (declarante)

4.3 - Assinatura do Procurador

CERTIDÃO DE REGISTRO DE Ocorrência Nº 046548.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 046548.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Janaina Silva de Andrade, matrícula 1819666 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 17:12 min do dia 14/07/2020, na Delegacia Online, **JOSÉ JOACILDO DE LIMA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Agente Funerário, natural de Bom Sucesso, nascido(a) em 18/09/1992, idade 27, estado civil Casado (a), de cor Branca, filho(a) de MARIA DO CÉU PEREIRA DOS SANTOS e JOSÉ JOACY DE LIMA, CPF 101.871.094-94, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Macilon Cavalcante, nº 588, bairro São Paulo, na cidade de Catolê do Rocha/PB. CEP: 58884000, telefone(s) (83) 99813-1146, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 08/07/2020 16:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Outro; Local do Fato: Rua Benjamin Constant, Tabajara, Catolê do Rocha/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que sofreu um acidente de moto no dia 08/07/2020 por volta das 16 horas da tarde; que um carro a sua frente fez uma manobra brusca à esquerda sem sinalizar; que acabou se chocando com a lateral do carro; que foi jogado ao chão; que ficou em gritos com dores; que transeuntes chamaram o SAMU que fez o resgate; que foi levado para o Hospital Regional de Catolê do Rocha; que lá foram feitos os primeiros procedimentos; que após o Raio X foi identificada uma fratura da clavícula direita; que foi medicado, foi imobilizado o braço e ficou em observação; que estava de capacete e possui CNH AB; que a moto é em nome de seu Pai e está regular; que na hora do acidente estava indo comprar uma peça de um carro funérrio a mando de seu empregador; que não conhece o motorista do veículo, pois não o viu mais após ser levado pelo SAMU.

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

José Joacildo de Lima
JOSÉ JOACILDO DE LIMA

C131D6BD14A0500239295A8A2A3ADBC2

Código de Controle



ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@sedis.pb.gov.br.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, José Teófilo de Lima, portador da carteira de identidade nº 3726550 e inscrito no CPF/MF sob o nº 04.375.094-94, residente e domiciliado na Rua Macilhon Cavalcante, n.º 588, Cidade Catolândia - Bahia, Estado Paraná, 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:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

José Teófilo de Lima

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Catolândia - PB, 15 de julho de 2020

Local e data



Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: MONOFÁSICO
Pot.airo: 2- 245 - 130 - 5945
No Medidor: 000006871827

CADASTRE SUA FATIURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO LIGANDO O CÓDIGO: 000-17070087

R\$ 76,42

VENCIMENTO

13/07/2020

REFERÊNCIA
Jul / 2020

CONSUMO

89kWh

2.78 kWh
MEDIAN DAILY

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

CDI	Descrição	Quant	Tarifa/ Tributos	Valor Total (R\$)	Base Calc. ICMS (R\$)	Aliq. ICMS	ICMS Base Calc. (R\$)	PIS/Coins (R\$)	PIS/Coins - 0419% (R\$)	PIS/Coins (R\$)
0501	Consumo em kWh	89	0,788610	70,16	70,16	25	17,54	70,18	0,73	3,36
0507	LANÇAMENTO DE SERVIÇOS CONTRIBUIÇÃO ILLUM PUBLICA			7,49	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0509	BÔNUS ILLUM PUBLICA 10438/2002 12/2019			-1,25	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

TOTAL:	76.42	70.18	17.54	70.18	0.73	3.36
--------	-------	-------	-------	-------	------	------



PREFEITURA MUNICIPAL DE CATOLÉ DO ROCHA - PB
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

FICHA DE REGISTRO
IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

[illegible]

TIPO DE AGRAVO

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO	
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO	
☐ CLÍNICO	☐ QUAJE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO	
☐ DE SABARMENTO/OUTRO SABARMENTO	☐ QUAJE	MÉTODOS
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS	
☐ F.A.B.	☐ OUTROS	
☐ FALF (P.A.F.)		
☐ GINECO-OBSTÉTRICO		
☐ LESÕES TÉRMICAS		

ANTECEDENTES

☐ AIDS	☐ TOXICOMA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ TOXICOMA RENAL
☐ AVC	☐ TUBERCULOSE
☐ CIRROSIS REALIZADAS	☐ IMPERTINENCIA ARTERIAL
☐ CONVULSOES	☐ INTERMITENTES ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ TOXICOMA CARDIACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATORIOS
☐ TOXICOMA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: HCR RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____
MOTIVO DE TRANSPORTE
☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

Suspiro de patuno de Clavinda D. + Clavinda
Reyes

DADOS VITAIS

VIVA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUIDA; RESPIRAÇÃO: ☐ 30lpm ☒ 30lpm / PULSO RADICAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PMS: ☒ 90cm Hg ☐ 40cm Hg

PA: 130x90 FC 92 FR 18 TEMP - °C GLUCEMA 99 mg/dl - E. Com a 15 SpO2e102 - ☒ S102e102 - --

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐	Ansiiedade	☐	Desestabilização da VMA
☐	Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída	☐	Deficiência Autônoma
☐	Comunicação Verbal Prejudicada	☒	Dor Aguda
☐	Confusão Aguda	☐	Hipertermia
☐	Deambulação Prejudicada	☐	Hipotermia
☐	Débito Cardíaco Diminuído	☐	Integridade da Pele Prejudicada
☐	Náuseas	☐	Integridade Tissular Prejudicada
☐	Constipação	☐	Medo
☐	Incontinência Intestinal	☐	Intolerância à Atividade
☐	Eliminação Urinária Prejudicada	☐	Mucosa Oral Prejudicada
☐	Padrão Respiratório Ineficaz	☐	Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz
☐	Outros		

☐	Pulso Tátil Cardíaco	Insuficiente
☐	Pulso Insular	Gastrentestinal
☐	Pulso Tátil Renal	Insuficiente
☐	Temperatura	Insuficiente
☐	Troca de Gases	Prejudicada
☐	Ventilação Espontânea	Prejudicada
☐	VOLUME DE LÍQUIDOS	DEFICIENTES
☐	VOLUME EXCESSIVO DE LÍQUIDOS	
☐	Retenção Urinária	
☐	Percepção Sensorial	Perturbada
☐	Interação Social	Prejudicada

INTERVENÇÕES

SSUV + AUP Comm SRL + Teropda Hedecamentosa (Dipinano

+ ADD	Transducer Output
-------	-------------------

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Como, com respeito ao doutor de Oliveira D. Os Regos meaced a volume fo estava sentada a fo baixa nãodo o Capote. Redepdo intervençã por negatid mãica e encomendado as 11010K.

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

01 Soro Sanguíneo 01 APD
01 Jaleco 02 Aodutores
01 Equipa
01 Depressor

E.C.G.

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☒ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL ☐ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS:

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICOS

PROCEDIMENTOS

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBUT")
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA

☐ CRICOTIREIDOSTOMIA

☐ CÂNULA OROFARÍNGEA

☐ INTUBAÇÃO NASOOROTRAQUEAL

☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA

☐ OUTROS

TERAPÉUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

01 SCL

01 Depressor + APD + GU

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO

☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECLUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO

☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSICÃO DE TRANSPORTE

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☒ SENTADO ☐ ELEVACÃO DE CABEÇA (CABEÇA)

RECUSA

NOME: R.G.:

ASSINATURA:

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO:

CRM:

MAT:

ENFERMEIRO(A):

Nome: Mirabel Raposo de Jesus

COREN:

366 353

MAT:

COREN 08

AUXILIAR TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

COREN:

MAT:

CONDUCTOR:

COREN:

MAT:

MAT:

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PRONTO SOCORRO

43

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO		DATA		HORA		NÚMERO DO ATENDIMENTO	
JACQUIRA DE O. LIMA		08/07/2020		16:51:01		114171	

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
NOME		R.G.		NASCIMENTO		IDADE	
JOSE JOACILDO DE LIMA		10187109494		18/05/1982		27	
CPF		PROFISSÃO		NACIONALIDADE		SEXO	
10187109494		PROFISSÃO		BOM SUCESSO - PB		M	
ESTADO CIVIL		NOME DA MÃE		NOME DO PAI		PARDA	
CASADO(A)		MARIA DO CEU PEREIRA		JOSE JOACILDO DE LIMA			
RUA		Cidade		UF		CEP	
RUA MACILON CAVALCANTE		CATOLÉ DO ROCHA - PB		PB		5504306	
FORMA DE CHEGADA AO ATENDIMENTO		ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL		NÚMERO		MUNICÍPIO	
ESPONTÂNEA		X Francisco Guedes Bastos		586		SAO PAULO	
AMBULÂNCIA/MUNICÍPIO						TELEFONE	
						(83)9606-3639	

2 - SINAIS VITAIS							
PA	FC	PR	TEMP AXILAR	S/O2	GLICEMIA	mg/dl	
120x80 mmHg	89	99	36.5	99	99		

3 - ACOPLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO													
ESCORE DE GLASGOW													
VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL	AO	RV	RM	AP	TOTAL	1	2	3	4	5
									5	7	8	9	10

4 - ANAMNESE / EXAMES FÍSICOS			
HISTÓRIA BREVE			
Paciente vítima de acidente de moto, dan entrada no serviço querando-se de danos em ombro direito, apresenta leve contusão no pé trauma.			
COMPLEMENTOS			
REVALIAÇÃO			
ENFERMEIRO PLANTONISTA / COREN			

5 - SERVIÇOS REALIZADO (FATURAMENTO)			
DIAGNÓSTICO INICIAL			
trauma			
0301060029			

6 - EXAMES SOLICITADOS

☐	HEMOGRAMA+PLAQUETAS	☐	TGO + TGP	☐	PCR
☐	UREIA + CREATINA	☐	CKMB + CPK	☐	ELETCARDIOGRAMA
☐	GLICEMIA	☐	TROPONINA	☒	RAIO X de <u>Coronária D e E</u>
☐	AMILASE	☐	EAS	☐	TOMOGRAFIA: _____
☐	OUTROS: _____				

7 - PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐ SUTURA-TOTAL	☐ SOND VESICAL-TOTAL	☐ RET CORP ESTRA-TOTAL
☐ SNG/SNE-TOTAL	☐ LAVAG GÁSTRICA-TOTAL	☐ DRENAG ABCESSO-TOTAL
☐ PARACENTESE-TOTAL	☐ NEBUL/INALAÇÃO-TOTAL	☐ CURATIVO SIMPLES-TOTAL
☐ OUTROS DESCRIÇÃO: _____		

8 - ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

☐ INTERNAMENTO-SETOR: _____ ☐ ESPECIALID. MÉDICA _____

9 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

① Dexametasona + Ad $\in V$ (04) ampola 19.10
② framcel 100 mg + 100 ml SFD, 9.1. $\in V$, 17.10

10 - RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DATA	HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	SIGNATURA / CARIMBO
06/02/2020	17:40	Ref. da anamnese trazida pelo paciente, sua de volta ao trabalho de enfermagem que voltou a trabalhar com o paciente e morio de novo e voltou a trabalhar com o paciente. Ref. da anamnese trazida pelo paciente, sua de volta ao trabalho de enfermagem que voltou a trabalhar com o paciente e morio de novo e voltou a trabalhar com o paciente.	 ASSINATURA / CARIMBO
08.01.2019.03		Ref. da anamnese trazida pelo paciente, sua de volta ao trabalho de enfermagem que voltou a trabalhar com o paciente e morio de novo e voltou a trabalhar com o paciente.	 ASSINATURA / CARIMBO

11 - ACOMPANHAMENTO DE SINAIS VITAIS

[illegible]

12 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE

MOTIVO SAÍDA		REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA	
☐ ALTA MÉDICA	DATA: ____/____/____	UNIDADE DE	
☐ EVASÃO		DESTINO: _____	
☐ RECUSA DO TRATAMENTO		CIDADE: _____	
☐ ÓBITO	HORA: ____:____	DATA: ____/____/____	HORA: ____:____

Declaração

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, **JOSÉ JOACILDO DE LIMA, RG: 3.726.110 SSP/PB**, Residente e domiciliado na Rua Macilon Cavalcante - nº 588 - Loteamento: São Paulo – Catolé do Rocha - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar, por Dr. Eduardo Jorge V. de Araújo - CRM/12094, no dia 08 de julho de 2020. Deu entrada na Urgência e Emergência, trazido pelo SAMU, vítima de acidente de moto. Foram feitos os primeiros procedimentos e em seguida ficando em observação.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

Bruno R. C. Medeiros
Diretor Geral
Catolé do Rocha - PB

Thaiz Clea de Oliveira Medeiros

Diretor Geral

Mat. 188.655-0

Catolé do Rocha – PB, 13 de julho de 2020.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB Nº 015456360849
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 000. RENAVAM 20190000523862-2 EXERCÍCIO
1 0086903529-0 00/00000000 2019

NOME
JOSE JOACY DE LUNA

CPF / CNPJ 40031802320 PLACA MOU8829/PB

PLACA ANT. / UF NOVO PB CHASSI 9C2KD03106R001048

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/NAK150 BROS ESD ANO FAB. 2005 ANO MOD. 2006

CAP / POT / CIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS 1*

FAIXA L.P.V.A. 00/00/0000 2*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 13/11/2019

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL CATOLE DO ROCHA-PB DATA 29/11/2019

31623



Assinatura

19763

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 015456360849 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 29/11/2019

VIA 1 CPF / CNPJ 40031802320 PLACA MOU8829/PB

RENAVAM 00869035290 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ESD

ANO FAB. 2005 CAT. TARIF. 9 Nº CHASSI 9C2KD03106R001048

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) ***** DENATRAM (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) SEGURO TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) P A G O

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 13/11/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.608/0001-04

19763-0843005-20191129



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins de Direito, que

José Francisco de Lira

encontra-se com

CID *542.0*

, necessitando ausentar-se de suas atividades

profissionais, por um período de

45 (quarenta e cinco)

e cinco dias

, a partir desta data.

08 / 01 / 20

Dr. Daniel B. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9248

Médico - CRM - Carimbro

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO: _____ UF: _____
CRM: _____ CIDADE: _____
ENDEREÇO COMPLETO: _____
TELEFONE: _____

Paciente: *Levi J. de Lima*
Endereço: *Quilombo do Boque - PB*
Prescrição: *Uso Oral*
- Amoxicilina 500mg - 63 ct.
18mar de 2020, a 18 de mai.

[Assinatura]

Data: *20/20/20*

Dr. Eduardo Jorge V. de Araújo
MBA
CRM/PB: 12854

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME COMPLETO: _____
IDENT.: _____ ÓRG. EMISSOR: _____
END.: _____
CIDADE: _____ UF: _____
TELEFONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA: _____ / _____ / 20 _____
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____

Sr.(a) José Tereza

== RECEITUÁRIO ==

Solicitado ?

Inobilizadora para clavícula

(inobilizadora e 8)

09/04/20

[Assinatura]
Dr. Luizel B. Cavalcante
~~Ortopedia e Traumatologia~~
CRM-PB 9248

Sr.(a)

Tere Teodoro

RECEITUÁRIO

Fx clavícula

ttto conservador

Retorno

23/07/20

Dr. Daniel B. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9248



Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: MONOFASICO
Pot: 2 - 245 - 130 - 5345 Nº Medidor: 00008871527

UNIDADE COM 7008-7

VENCIMENTO
13/07/20

CONSUMO
89kWh

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

CCI	D=crição	Quant	Tarifa c/ Tributos	Valor Base Calc Total (R\$)	Alig ICMS (R\$)	ICMS Base Calc (R\$)	PIS/COFINS (R\$)	PIS/COFINS (R\$)
0601	Consumo em kWh	89	0,788610	70,18	25	17,54	70,18	0,73
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							3,36
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			7,48	0	0,00	0,00	0,00
0999	BÔNUS/TAIPULE 10438/2002/12/2019			-1,25	0	0,00	0,00	0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200251756 **Cidade:** Catingueira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE JOACILDO DE LIMA **Data do acidente:** 08/07/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR, EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 01 05 //
DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA
ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ
PERMANENTE.
CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0198500/20

Vítima: JOSE JOACILDO DE LIMA

Data do acidente: 08/07/2020

CPF: 101.871.094-94

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE JOACILDO DE LIMA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE JOACILDO DE LIMA : 101.871.094-94

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.