DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
2ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
8ª Delegacia Distrital da Capital

POLÍCIA CIVIL
PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00088.01.2020.1.02.008

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00088.01.2020.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:06 horas do dia 18 de agosto de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Geraldo Batinga da Silva, matrícula 1332775, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia Civil, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu **Julião Paulo de Oliveira**, conhecido(a) por Julião, RG nº 1761329 SEDS./PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Benicia Maria da Conceição e Não Declarado, natural de Pocinhos/PB, nascido(a) em 04/03/1964 (56 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº s/n, bairro Ligeiro, tendo como ponto de referência Posto de Saúde Local., na cidade de Campina Grande/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Projetada, nº s/n, Posto de Saúde Local., Campina Grande/PB, bairro Ligeiro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 23/02/20 15:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **Art. 129, § 6º do CPB (Lesão corporal culposa).**

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo I/Shineray XY 50 , marca Shineray, tipo de veículo motocicleta, cor branca, ano 2013/2014, UF: PB, placa QFR-0244, chassi LXYXCBL02E0265540, renavam 01125946404, características gerais: Cadastrada Em Nome de Angelas Maria F de Castro Almeida.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que, na tarde do dia 23 de fevereiro do ano fluente,o Notificante se deslocava na motocicleta já discriminada, objetivando deixar sua esposa no Shoping do centro da cidade de Campina Grande, onde reside e ao retornar para sua residência, precisamente nas imediações do Posto de saúde no bairro de Catolé e, quando da necessidade de livrar um buraco, acionou o freio dianteiro, a motocicleta derrapou, o Notificante perdeu o controle e assim, sofreu uma queda, consequentemente, foi socorrido ao Hospital de Traumas de Campina Grande, onde foi submetido a procedimento cirúrgico, conforme Laudo Médico apresentado.

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

João Pessoa/PB, 18 de agosto de 2020.

EVERALDO MARTINS DA COSTA
Escrivão de Polícia Civil

JULIÃO PAULO DE OLIVEIRA
Noticiante

Seguradora LÍDER

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:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	839.282.514-49	JULIÃO PAULO DE OLIVEIRA

DADOS CADASTRAIS

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:
JULIÃO PAULO DE OLIVEIRA	839.282.514-49

7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
PEDREIRO	RUA PROJETADA	S/N	

11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
LIGEIRO	CAMPINA GRANDE	PB	58100-000

15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):
	(83) 98805-6654

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:

☒ RECUSO 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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: STONE PAGAMENTOS S.A
AGÊNCIA: 0001 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 551607 5 (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (vai 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA, 15/09/2020

Julião Paulo de Oliveira
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: 859.282.514-49 | Nome completo da vítima: JULIÃO PAULO DE OLIVEIRA

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: JULIÃO PAULO DE OLIVEIRA | CPF: 859.282.514-49

Profissão: PEDREIRO | Endereço: RUA PROJETADA | Número: S/N | Complemento: AP. 302

Bairro: LIGEIRO | Cidade: CAMPINA GRANDE | Estado: PB | CEP:

E-mail: | Tel (DDD): (83) 98805-6654

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NU PAGAMENTOS S.A

AGÊNCIA: 0001 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 10003590 7 (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, João Pessoa, 25/08/20

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Antônio Dados de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

BOLETO PARA PAGAMENTO

energisa

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc.Est. 16.051.639-1

Nº 007.225.916

DADOS DO CLIENTE

JAISE ISABEL DE QUEIROZ
RUA PROJETADA S/N QD: A1L2, BL18 AP: 302
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/290706-1

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUL/2020	28/07/2020	78	04/08/2020	R$ 27,38

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 10/08/2020

Pagador: JAISE ISABEL DE QUEIROZ CNPJ/CPF: 023.839.654-13
RUA PROJETADA S/N QD: A1L2, BL18 AP: 302 - LIGEIRO - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360002344965	000290706202007	04/08/2020	R$ 27,38	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA 08.826.596/0001-95
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5

PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:2113199 **CLASS. DE RISCO: VERMELHO**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 23/02/2020
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : acolhimento

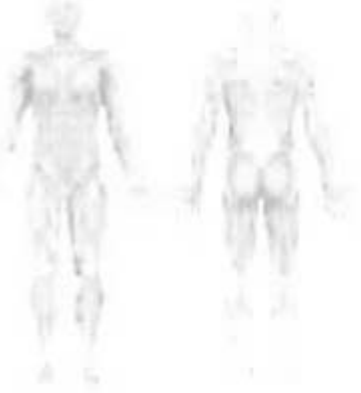
PACIENTE: JULIAO PAULO DE OLIVEIRA* 54 ANOS* CG SAMU

Endereço:	CEP:	Nascimento:31/12/1969
	Sexo:M	Telefone:
Cidade:	Idade:6/2020	Bairro:
Nome da Mãe:	RG:	Nº:0
Responsável:	CPF:	Profissão:
Estado Civil:	Data de Atend:23/02/2020	CNS:
Motivo: ACIDENTE DE MOTO QUEDA DE MOTO	Hora: 16:03:52	CONVÊNIO:SUS

OBS FICHA: SEM DOCUMENTOS

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão	19. Fratura osso metatarso
2. Amputação	20. Fratura osso pelve
3. Avulsão	21. Hematoma
4. Contusão	22. Hipoglicemia/convulsão
5. Crepitação	23. Laceração
6. Dor	24. Lesão tendinosa
7. Edema	25. Luxação
8. Empalamento	26. Mordedura
9. Enfisema subcutâneo	27. Movimento torácico paradoxal
10. Emagrecimento	28. Objeto Encravado
11. Equimose	29. Obstrução
12. Hemiparesia	30. Paralisia
13. Hemorragia	31. Parestesia
14. Contusão	32. Perfuração
15. Queimadura	33. Queimadura
16. Corte/contusão	34. Retração
17. Ruptura/contusão	35. Sinais de hipovolemia
18. Ruptura/laceração	36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____ % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau
DIGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO COM QUEDA DA MOTO E DESPRIVOLDAPE DE CAPACETE. GCS 15 (E) APRESENTA-SE HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL E SEM DEMAIS ALTERAÇÕES AO EXAME FÍSICO.

ALERGIA: Ø

MEDICAMENTOS: Ø

PATOLOGIAS:

RAIO X REALIZADO EM: 23/02/2020

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) _____

Glasgow 15 PA_____ HGT:_____ Sat02_____

EXAMES SOLICITADOS:
( )Laboratoriais
( )Gasometria arterial
( )Tomografia Computadorizada
( )Ultrassonografia:
( )Radiografias: B.E. TORAX
( )_____

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: ORTOPEDIA / _____ às ___:___ Dia___/___/___

Especialista: _____ / _____ às ___:___ Dia___/___/___

MÉDICO SOLICITANTE _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Danilo Carvalho
Cirurgião Geral
Videolaparoscopia
CRM-PB 9963

EXAME RECOMENDADO / PEDIDO MÉDICO

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

( ) Cirurgia _____

( ) Internação (onde) _____

( ) Atendimento ambulatorial _____

( ) Alta hospitalar / ( ) Alta revelia

( ) Encaminhar outro

( ) Óbito

Jaiz Isabel de Queiroz

(Assinatura do responsável quando necessário)

SERVIÇOS UTILIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CID	HORA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 23/02/2020
Data: 23/02/2020
Paciente: **JULIAO PAULO DE OLIVEIRA* 54 ANOS* CG SAMU Idade: 02020 N° ATEND: 2113199**

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 23/02/2020 HORA : 16:04:27

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : QUEDA DE MOTO

SINAIS VITAIS
HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ( )SIM (X)NÃO HAS ( )SIM (X)NÃO
DEF. MOTORA ( )SIM (X)NÃO

ALERGIAS : NEGA
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL : BOM
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

( ) CONVULSÃO ( ) INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
( ) DESORIENTADO ( ) AGITADO ( ) COOPERATIVO ( ) DEPRESSIVO ( ) APÁTICO
( ) IRRITADO ( ) DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

( ) FEBRE ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) EXANTEMA
( ) PRURIDO ( ) DISPNÉIA (X) DOR ( ) INAPETENCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL
( ) ANAFILAXIA ( ) FLEBITE ( ) INAPETENCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL
( ) EPIGASTRALGIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA ( ) SIBILOS ( ) TOSSE

ESCALA DE DOR: DOR BASTANTE FORTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA DO ENFERMEIRO/COREN

OBS: SAMU CG DEIXOU PCT NA VERMELHA E SAIU SEM FAZER FICHA OU PASSAR O CASO PARA EQUIPE DO SETOR

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Data da internação: 23/02/2020 Hora: 17:17:15

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
2 - CNES: 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
4 - CNES: 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: SEM DOCUMENTOS
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 2113246
7 - CARTÃO DO SUS:
8 - DATA DE NASCIMENTO: 31/12/1969
9 - SEXO: Masc [ ] Fem [X]
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD Nº DE TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº,BAIRRO): , 0 ,
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
14 - CÓDIGO MUNICÍPIO: 0
15 - UF:
16 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
#ORTOPEDIA# RELATO DE DOR E DEFORMIDADE DO TORNOZELO DIREITO APOS ACIDENTE MOTOCICLISTICO, NEGA OUTRAS QUEIXAS ORTOPEDICAS. RX: FRATURA TORNOZELO DIREITO (TRIMALEOLAR) CD: INTERNACAO HOSPITALAR PARA TTO CIRURGICO VPM

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
NECESSIDADE DE TTO CIRURGICO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
EXAME FISICO + RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA TORNOZELO ESQUERDO
21 - CID 10 PRINCIPAL:
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
26 - CLÍNICA:
27 - CARATER DA INTERNAÇÃO: 02
28 - DOCUMENTO: (X) CNS ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016294174142
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: TAMMER GOMES DE MORAIS
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 23/02/2020
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - Nº DO BILHETE:
38 - SÉRIE:
39 - CNPJ EMPRESA:
40 - CNAE DA EMPRESA:
41 - CBOR:
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
44 - COD. ORGÃO EMISSOR:
45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
46 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-000 Data: 28/02/2020
Boletim de Emergência (B.E.) – Modelo 03 NOME : Wagner Luiz Egito de Araujo

PARAÍBA Governo do Estado

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: JULIAO PAULO DE OLIVEIRA

Data da Internação: 23/02/2020 **Data da Alta:28/02/2020**

Registro:2113246

Tempo de Permanência:-18316
Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final:FRATURA DO MALEOLO LATERAL

Principais Exames:EXAME FISICO + EXAME DE IMAGEM + EXAME LABORATORIAL

Cirurgia:OATEOSINTESE **Data:28/02/2020**

Equipe:
Cirurgião:RICARDO AMORIM FILHO
Aux 1:EULER FABRICIO ALVES CRUZ
Aux 2:ANA MARIA DA SILVA ANSELMO
Aux 3:
Aux 4:
Anestesista:
Medicamentos:

Resumo Clinico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações):PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO, FOI REALIZADO OSTEOSINTESE SEM INTERCORRENCIAS

Orientações:SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR, ATESTADO MÉDICO, ORIENTAÇÕES ORTOPEDICAS E SOBRE LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA

Medicações para Casa::PRESCREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 07 DIAS, DIPIRONA 1G VO 6/6H CASO DOR, LOXONIN 60 MG VO 8/8H POR 06 DIAS

Condições de Alta::Melhorado

Data28/02/2020

Assinatura/Carimbo
Wagner Luiz Egito de Araujo

RESPONSÁVEL : Wagner Luiz Egito de Araujo

Número do Prontuário: 183872 DATA DA CIRURGIA: 27/02/2020

Número do Atendimento: 2113246 Clin: ORTOPEDIA 1 Enf: 9 Leit: 4

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JULIAO PAULO DE OLIVEIRA

Data da Internação: 23/02/2020

Atendimento:2113246

Diagnostico Pré-Operatório:FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia:OSTEOSSINTESE **Data da Cirurgia:27/02/2020**

Equipe:
Cirurgião:RICARDO AMORIM FILHO
Aux 1:EULER FABRICIO ALVES CRUZ
Aux 2:ANA MARIA DA SILVA ANSELMO
Aux 3:
Instrumentador:KÉCIA
Anestesista:FERNANDO ANTONIO COSTA WANDERLEY
Tipo de anestesia:RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:SIM.

Acidente Durante Operação:NÃO.

Descrição da Operação:
1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. INCISÃO EM FACE LATERAL DE TORNOZELO ESQUERDO + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA;
4. REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO DE FRATURA;
5. OSTEOSSÍNTESE COM PLACA TERÇO TUBULAR DE 8 FUROS + 6 PARAFUSOS CORTICAIS SOB FLUOROSCOPIA;
6. INCISÃO EM FACE MEDIAL DE TORNOZELO ESQUERDO + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA;
7. REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO DE FRATURA;
8. OSTEOSSÍNTESE COM 1 PARAFUSO ESPONJOSO ROSCA PARCIAL + 1 ARRUELA SOB FLUOROSCOPIA;
9. LAVADO DE FERIDA OPERATÓRIA + SUTURA + CURATIVO.

Data 27/02/2020

Assinatura/Carimbo
Euler Fabricio Alves Cruz

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMARIA: — | LEITO: — | Nº PRONTUÁRIO: —

FOLHA DE ANESTESIA

NOME: Julio Paulo de Oliveira | IDADE: 65 a | SEXO: M | COR: B

DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
27-02-80	130-70	80	—	—	—	—

TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS
	4.3	12,5	37,6	—	—	—

URINA: N

AP. RESPIRATÓRIO: N | ASMA: N | BRONQUITE: N

AP. CIRCULATÓRIO: N | ELETROCARDIOGRAMA: N

AP. DIGESTIVO: N | DENTES: — | PESCOÇO: — | AP. URINÁRIO: —

ESTADO MENTAL: vivido | ATARAXICOS: — | CORTICOIDES: — | ALERGIA: N | HIPOTENSORES: N

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura Tornozelo | ESTADO FÍSICO: I | RISCO: —

ANESTESIAS ANTERIORES: —

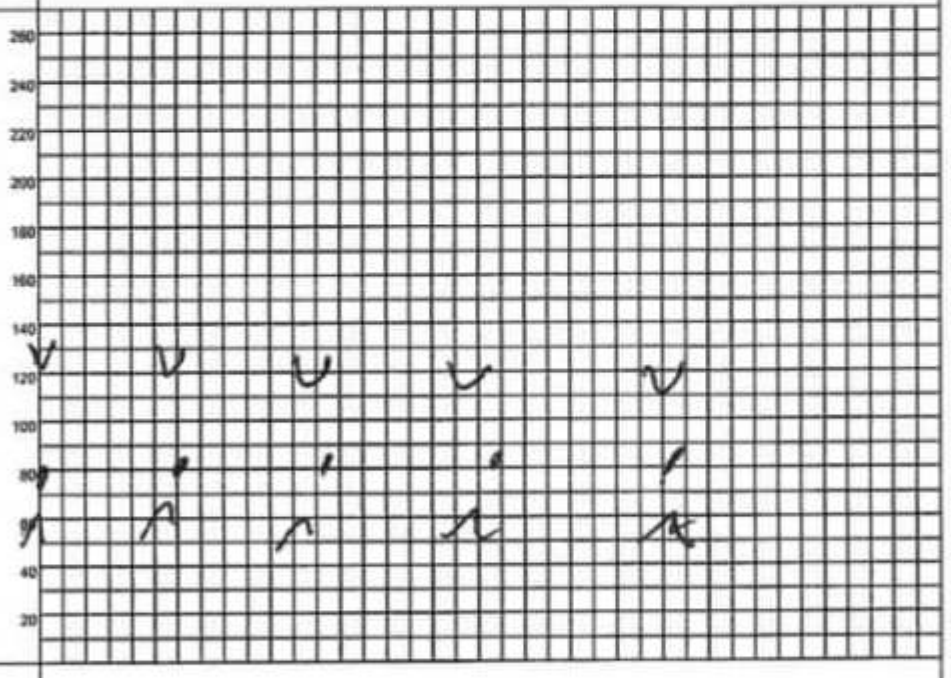
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: — | APLICADA ÀS: — | EFEITO: —

AGENTE ANEST. SICOS: 0°

LÍQUIDOS: (F) (F) (F)

CÓDIGOS: PULSO: O - RESPIRAÇÃO; AX - ANESTESIA; O - OPERAÇÃO

VP. ARTER.



INDUÇÃO

Satisf.: ____ Excit.: ____ Tosse: ____

Laringo esparmo: ____ Lenta: ____

Náuseas: ____ Vômitos: ____

Outros: ____

MANUTENÇÃO

ANESTESIA SATISF.: Sim ____ Não ____

Não, por quê? ____

DESPERTAR

Reflexos na SO: ____

Obstr.: ____ Co_2: ____ Excit: ____

Náuseas: ____ Vômitos: ____

Outros: ____

Com cânula:

Paro o Leito Sim ____ Não ____

CONDIÇÕES:

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES: —

POSIÇÃO: —

AGENTES: Hesc-[illegible] + Dimaz-[illegible] + cefazol-2 G

TÉCNICA: Raqui

OPERAÇÃO: Trat. cir. Fract. Tornozelo

CIRURGIÕES: Esparmo

ANESTESISTAS: Wanderley

OBSERVAÇÕES: —

CÂNULAS: —

Dr. Fernando A. C. Mendes
ANESTESIOLOGIA
CRM 1660

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.

PERDA SANGUÍNEA: —

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Julião Paulo de Oliveira Idade: 56 anos
Convênio: SUS Data: 27-02-20
Procedimento: T. cirúrgico de Fratura de Tornozelo (E)

Cirurgião: Drº Ricardo Auxiliar: Drº Eulles Anestesista: Drº Wandeley

Inicio: 16:25 Término: 17:20 Anestesia Raqui

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Conciência
17:30	155x78	59	98%	Suely	—	Consciente
18:00	140x80	58	96%	Suely	-	Consciente
18:30	136x78	52	97%	Suely + Andr	-	Consciente
19:28	142x79	68	97%	[illegible]	—	Consciente

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:

Assinatura Anestesista Circulante

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Julião Paulo de Oliveira DN: 23.02.64

QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO
	Sala 05	SUS	56 anos	2213246

GOVERNO DA PARAÍBA
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
Ala Ana

CIRURGIA: T. Esq. Fratura di Tornozelo (E) CIRURGIÃO: Dr. Ricardo + Dr. Yulli + Dr.

ANESTESIA: Raqui ANESTESIA: Dr Wanderley

INSTRUMENTADORA: DATA: 27.02.2020 INÍCIO: 16:25 FIM: 17:20

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostomia	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Catet. p/ Oxig.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepan amp.	03	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaino % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Profenid amp.		Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sufupak	
01	~~Protocaine 1%~~ Neosaurobupivacaina		Furacim ml		Fio de Algodão Sufupak	
01	~~Qualicin ml~~ morfina 0-2		Gaze Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca	
	Rapifen amp.		H.O. ml	02	Mononylon 2-0	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	02	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.	01	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	03	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	04	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Gentamicina amp.	10 P.	Luvas ~~8.5~~ procedimento			
	Glicose amp.		Oxigênio l/ml			
	Gluconato de Cálcio amp.		Polifax			
	Hemacel ml		PVPI Degermante ml			
	Heparina ml		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	10 ml	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	04	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Metronidazol		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Profenid	01	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Sustanon amp.		Sonda foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástica		W-ETICON	
			Sonda Uretral nº	01	placa Tubos de Fixação 08 furos	
			Sterychem ml	03	parafuso nº 16	
			Torneirinha	02	parafuso nº 18	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml	01	pino Lapidoso nº 40	
02	Agulha desc. 25 x 1		Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28		Latese			
	Agulha desc. 3 x 4.5	05	Eletrodos			
	Agulha p/ raque nº 25					
200 ml	Álcool de Enfermagem 70%					
	Álcool iodado ml					
	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	% ml					

EQUIPAMENTOS

(X) Oximetro de Pulso	( ) Foco Auxiliar
( ) Serra	( ) Eletrocautério
( ) Desfibrilador	( ) Oxicapiógrafo
( ) Foco Frontal	(X) Cardiomonitor
(X) Fonte de Luz	( ) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
COREN-PB 001.227.391-TE

CLEAN TESTE VAPOR / STEAM INTEGRADOR QUÍMICO
TIPO E/ISO 11140-1
LOTE CL5150819
VAL. 15-AGO-2021
Referência:

Comunicação de Utilização de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - CUOPME

HOSPITAL: [illegible]

CORTICAL
MATERIAL ORTOPÉDICO

Av. Francisca Moura, 336A - Centro
João Pessoa-PB CEP: 58013-440
Fone: (83) 3034 5400
E-mail: vendas@cortical.com.br
financeiro@cortical.com.br

FORNECEDOR

NOME DO PACIENTE: [illegible]

PROCEDIMENTO: [illegible]

REGISTRO: [illegible] DATA: [illegible]

CONVÊNIO: [illegible] MEMBRO OPERADO: E

NOME DO MÉDICO: [illegible]

QUANT.	DESCRIÇÃO DO MATERIAL	CÓDIGO	ANVISA	MARCA	Nº LOTE
01	[illegible]	[illegible]	[illegible]		
05	[illegible]	[illegible]			
01	" "	nº 16			
01	" esparadrapo [illegible]	10 cm	nº 40		

Comunicamos que utilizamos o (s) material (ais) aqui descrito (s) no paciente supra citado.

24 de [illegible] de [illegible]

[illegible]

Responsável pelo fornecimento

Recebido por S. Anselmo
Dra. Ana Maria de [illegible]
Ass. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1761329 DATA DE EXPEDIÇÃO 24 AGO 0[illegible]

NOME JULIÃO PAULO DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO Genicia Maria da Conceição

Pocinhos-PB 04.03.1964

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert.Nasc.3616,Liv.A-4,Fls.06,

DOC. ORIGEM Cart. de Pocinhos-PB

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

PORTARIA Nº 7.168 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI.P.12

ANALFABETO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 01317669448 1

11639676140

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

RRT 20170190074227-4

VIA	COD RENAVAM	RNTRC
1	0112594640-4	00/00000000

NOME/ENDEREÇO

ANGELAS MARIA F DE CASTRO ALMEIDA
R ALCIDES TRAVASSOS RAMOS 125
VELAME
58419343 CAMPINA GRANDE-PB

CPF/CNPJ	PLACA
84824697468	QFR0244/PB

NOME ANTERIOR

ASIA MOTOS COMERCIO E S DE M LTD

PLACA ANT/UF	CHASSI
NOVO PB	LXYXCBL02E0265540

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/CICLOMOTO/NAO APLIC	GASOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
I/SHINERAY XY 50 Q	2013	2014

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 P/49 /CI	PARTIC	BRANCA

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMINIO

N.Motor : 1P39FMAE060149 0

CARTÓRIO DE OFÍCIO E

DATA

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DETRAN - PB Nº
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
EXERCÍCIO 2019
NOME / ENDEREÇO
****
PLACA QFR0244
ESPÉCIE / TIPO PASSA / CICLOMOTOR
COMBUSTÍVEL GASOLINA
MARCA / MODELO I/SHINERAY XY 50 Q
ANO FAB. 2013
ANO MOD 2014
CATEGORIA PARTICULAR
COR PREDOMINANTE BRANCA
IPVA 30/06/2020
SEGURO OBRIGATÓRIO
OBSERVAÇÕES
LOCAL CAMPINA GRANDE
DATA 03/03/2020
DENATRAN
CONTRAN

QFR0244

Imprimir Consulta

Último Licenciamento: **2019**
Proprietário: **********
Placa: **QFR0244**
Combustível: **GASOLINA**
Marca/Modelo: **I/SHINERAY XY 50 Q**
Espécie/Tipo: **PASSA / CICLOMOTOR**
Ano de Fabricação: **2013**
Ano Modelo: **2014**
Categoria: **PARTICULAR**
Cor Predominante: **BRANCA**
Vencimento Licenciamento: **30/06/2020**
Observação:
Restrição:
Financeira:
Município:**CAMPINA GRANDE**
Situação: **EM CIRCULACAO**
Data da Consulta:**03/03/2020**

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	839.282.514-49	JULIÃO PAULO DE OLIVEIRA

DADOS CADASTRAIS

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:
JULIÃO PAULO DE OLIVEIRA	839.282.514-49

7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
LIGEIRO	RUA PROJETADA	S/N	

11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
LIGEIRO	CAMPINA GRANDE	PB	58100-000

15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):

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:

☒ RECUSO 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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 5892 (0) CONTA: 23280 (7)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: ( ) CONTA: ( )
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (vai 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA, 29/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200309909 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JULIAO PAULO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 23/02/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 6

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0243417/20

Vítima: JULIAO PAULO DE OLIVEIRA

Data do acidente: 23/02/2020

CPF: 839.282.514-49

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JULIAO PAULO DE OLIVEIRA

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JULIAO PAULO DE OLIVEIRA : 839.282.514-49

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 28/08/2020 Nome: JULIAO PAULO DE OLIVEIRA CPF: 839.282.514-49	Data do cadastramento: 28/08/2020 Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO CPF: 114.261.744-03
JULIAO PAULO DE OLIVEIRA	LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

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: 08/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JULIAO PAULO DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05892-0

CONTA: 000010023280-9

Nr. da Autenticação 44F6CC89AFD1D758

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, 01 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200309909 **Vítima: JULIAO PAULO DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: 23/02/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIAO PAULO DE OLIVEIRA

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

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, 11 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200309909 **Vítima: JULIAO PAULO DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: 23/02/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JULIAO PAULO DE OLIVEIRA

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

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

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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, 21 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200309909 **Vítima: JULIAO PAULO DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: 23/02/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JULIAO PAULO DE OLIVEIRA

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

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

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: 859.282.514-49 | Nome completo da vítima: JULIÃO PAULO DE OLIVEIRA

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: JULIÃO PAULO DE OLIVEIRA | CPF: 859.282.514-49

Profissão: PEDREIRO | Endereço: RUA PROJETADA | Número: S/N | Complemento: AP. 302

Bairro: LIGEIRO | Cidade: CAMPINA GRANDE | Estado: PB | CEP:

E-mail: | Tel (DDD): (83) 98805-6654

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NU PAGAMENTOS S.A

AGÊNCIA: 0001 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 10003590 7 (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, João Pessoa, 25/08/20

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Antônio Dados de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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