
Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190412462

Vítima: SEBASTIAO RODRIGUES MIGUEL

Data do Acidente: 08/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEBASTIAO RODRIGUES MIGUEL

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

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:

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: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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.

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 do 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (foi 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.

34 - Impugnação digital da vítima ou beneficiário não atestada 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

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 0568/2019

Natureza da ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO

Data do fato: 08/04/2019 hora: 15:00 HORAS

Local do fato: Itaporanga-PB

NOTIFICANTE

NOME: **SEBASTIÃO RODRIGUES MIGUEL**, alcunha "****", Nacionalidade: Brasileiro, naturalidade: Gloria de Dourados-MS, idade: xx anos, nascido em 23/01/1981, cor/raça: Parda, Estado Civil: Solteiro, Profissão: Agricultor, Escolaridade: fundamental incompleto, documento: RG 2.477.865 SSP/PB, filiação: Luiz Clementino Miguel e de Raimunda Rodrigues Miguel, endereço: Rua Jose Luiz de França nº 176 Centro Diamante-PB, referência: xx - Telefone: (xx)xx.

VÍTIMA

NOME: **A NOTIFICANTE**, alcunha "xxx", Nacionalidade: xx, naturalidade: xx, idade: xx anos, nascido em xx/xx/xx, cor/raça: ***, Estado Civil: ***, Profissão: xx, Escolaridade: ***, documento: xx, filiação: xx e de xx, endereço: ***** xx, referência: xx.

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: que na data e hora acima citada, o notificante disse que quando vinha da cidade de Piancó-PB para a cidade de Diamante-PB proximo a Agrovila Jesus Cristo na BR-361 na Cidade de Itaporanga-PB, disse que saiu de dentro do mato um Jumento e dai não deu para desviar e colidiu com o animal Jumento e caiu no asfalto e fraturou os dois braços e foi socorrido pelo o SAMU de Itaporanga-PB levando para o Hospital Distrital Dr. Jose Gomes da Silva e no outro dia foi transferido para o Hospital Deputado Janduy Carneiro da Cidade de Paos-PB a onde fez cirurgia conforme os laudos que vai anexos, sua motocicleta era uma HONDA/NXR 150 BROS ES, Alcool/Gasolina, ano 2013/2013, cor Preta, placa QFM-0795-PB, chassi nº 9C2KD0550DR364246 de propriedade do notificante. Nada mais a consignar.

Itaporanga-PB, 22 de Abril de 2019.

Sebastião Rodrigues Miguel

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Policial responsável pelo registro: Sergio Luiz de Sousa
Mat.:137.627-7

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
04 JUL. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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:

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: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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.

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 do 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (foi 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.

34 - Impugnação digital ou impressa do beneficiário 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

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABORAÍ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AMBUULANTE DE URGÊNCIA - SAMU - 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA ATENDIMENTO ATR

IDENTIFICAÇÃO/OCCORRÊNCIA

HORA: 14:30

08.04.2019 ID: 287 Paciente: Sebastião Rodrigues Idade: 38 Sexo: FEM ☒ MASC
BR 361 Bairro: Médico Regulador: Dr. Elenio

Apresentação: PM Resgate/Bombeiro Resgate PRP CIPRAN STRANS Gênero: Nenhum Outro

Tipo de Atendimento: Solicitado por Terceiros Recusou Atendimento Situação da Atendimento: Local não encontrado Outro

TIPO DE AVALIAÇÃO NATUREZA DA OCORRÊNCIA LESÃO DO PACIENTE

<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	<input type="checkbox"/> Pediátrico	Sinais e Sintomas:
<input type="checkbox"/> Agudo	<input type="checkbox"/> Polimórfico	meça
<input type="checkbox"/> Crônico	<input type="checkbox"/> Quase-Alojamento/Alojamento	Mecanismo:
<input type="checkbox"/> Desaparecimento	<input type="checkbox"/> Oclusão	Passado Médico:
<input type="checkbox"/> Entrocassido	<input type="checkbox"/> Onética	Lesões e Agentes Ingeridos:
<input type="checkbox"/> FCB	<input type="checkbox"/> Outros	Agentes e Lesões Ingeridos:
<input type="checkbox"/> FCB	<input type="checkbox"/> Outros	Agentes e Lesões Ingeridos:

EXAME FÍSICO

Pálido Cianótico Líquido Sudoroso Polifônico
Anúria Dispnico Taquipnéia Hemostase Hemostase TCE TRM Fratura Contusão PCR

Tipo de Ferimento e Local:

Queixas Principais do PACIENTE:

dor em punho E (fratura fechada) e D, dor em mandíbula

Tratamento/Destino:

Tratamento: HDI Responsável: Jari Função: Médica

Sinais e Sintomas:

VIAA: Direta Obstruída Respiração: Normal Saturação Capilar: Normal

PA: 110x80 mmHg FC: 100 bpm PR: - SpO2: 96 % Glicemia Capilar: 116 mg/dl Coma: 15

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de Enfermagem:

Anestesia Capacidade Adaptativa Intracraniana Comunicação Verbal Prejudicada Confusão Aguda Deambulação Prejudicada
Débito Cardíaco Diminuído Desobstrução Ineficaz das VVAA Distúrbio Atividade Dor Aguda Hipotermia Hipotermia
Integridade da Pele Prejudicada Integridade Tissular Prejudicada Medula Integridade Atividade Mucosa Oral Prejudicada Padrão
respiratório Ineficaz Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz Perfusão Tissular Cardiovascular Ineficaz Perfusão tissular Gastrointestinal
Ineficaz Perfusão Tissular Renal Ineficaz Termorregulação Ineficaz Trauma de Membros Prejudicada Ventilação Espontânea Prejudicada
Volume de Líquidos Deficientes Volume Excessivo de Líquidos Náuseas Retenção Urinária Percepção Sensorial Perturbada
Integridade Social Prejudicada Incontinência Intestinal Eliminação Urinária Prejudicada Constipação Outros:

Intervenções:

Imobilização de membros + collar cervical + prancha rígida + AVP + 55W

Evolução de Enfermagem:

Paciente consciente, orientada, vítima de queda de moto, apresenta excoriação pela coroa e fratura + luxação de punho E/D, dor na mandíbula. Jodo E, feito protocolo de fixação, AVP e medicação e encaminhado ao HDI.

Identificação da Equipe:

Médico: Fernando
Enfermeiro: Arlon
Téc. de Enfermagem: Arlon

RAE
COREN:
COREN

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
04 JUL. 2019
PROTOCOLO
AQ. JOÃO PESSOA

Atendimento Recusou atendimento Abandonou o atendimento Abandonou o atendimento Abandonou o atendimento

1500

151

152

RG/CPF:

Plática/Medicamentos (Prescrição Direta ou por Telemedico):

SRL 500ml + tilatil clomp EV + dipiusna clomp EV

Estado Clínica:

Exame Médico:

Exames Realizados: Desobstrução vias áreas - Intubação Naso/Orotraqueal - Cânula Orofaringea - Cricotireoidostomia
Ventilação Mecânica (Manual) - Respirador - Inalação de Oxigênio O₂ - Drenagem Torácica - Massagem Cardíaca Externa
Desfibrilação/Cardioversão - Controle de Hemorragia - Curativo - Punção Venosa - Sonda Gástrica - Sonda Vesical
Inalação - Inalação - Colar Cervical - Outros

Normal - Alterado - Não Realizado

MATERIAIS USADOS (Medicamentos e Materiais)

SRL 500ml
equipo de soros
Gelato n: 18
Tilatil clomp
Seringas
Água destilada

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEL	ESCORE
Abertura ocular	4 3 2 1
Resposta verbal	5 4 3 2 1
Resposta motora	6 5 4 3 2 1
TOTAL (MÁXIMO)	15
TOTAL (MÍNIMO)	3
INTUBAÇÃO	

Exame Gineco-Obstétrico:

Abortamento - Hemorragia Vaginal - Normal

EXTENSÃO DE QUEIMADURAS CÁLCULO DA ÁREA CORPORAL

ADULTO

CRIANÇA

QUANTO MAIS PROFUNDO O FERIMENTO, MAIOR O GRAU

Queimaduras de primeiro grau só causam vermelhidão. Já as de quarto grau vão até o osso



PRIMEIRO GRAU
Só as células da pele estão envolvidas. Devido ao calor, as células da pele ficam vermelhas e inchadas, podendo causar dor.



SEGUNDO GRAU
Como a queimadura vai mais fundo, uma parte da pele é destruída. O plasma (líquido) da pele vaza, causando bolhas, e pode causar dor.



TERCEIRO GRAU
Como a queimadura vai ainda mais fundo, a pele e os tecidos subjacentes são destruídos. Isso pode causar dor.



QUARTO GRAU
Como a queimadura vai até o osso, toda a pele e os tecidos subjacentes são destruídos. Isso pode causar dor.

$$NR \text{ gotas/min} = \frac{V \text{ (ml)}}{T \text{ (h)}} \times 3$$

$$NR \text{ microgotas/min} = \frac{V \text{ (ml)}}{T \text{ (h)}}$$

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: 16/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEBASTIAO RODRIGUES MIGUEL

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02176-8

CONTA: 000010033269-2

Nr. da Autenticação 3E4C291EB6F0A5C7

RAMUNDA RODRIGUES MIQUEL
RUA PROJETADA S/N - CENTRO
DIAMANTINA/PE CEP: 55994-000 (AG 154)

Ligação MONOFÁSICA
Cidade REC-MTC B1/ RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro 5-155-210-2000 Referência AC112018
Medidor 00002517392 Emissão 12/04/2019



ENERGISA PARÁIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Estrada Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PE - CEP 58071-680
CNPJ nº 06.183.000/40 - Insc. Est. 16.015.823-0

Não faturamos Cotas de Energia Elétrica N°029.296.582
Cota por Data Automática: 05/07/2019

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Abr / 2019	12/04/2019	14/05/2019	028.196.214-01

UC (Unidade Consumidora): 6732264-8

Canal de contato

Declaração de Quitação Atual de Débitos
Conforme previsto na Lei 12.067 de 29 de junho de 2009,
informamos a quitação dos débitos referentes aos fatura-
mentos regulares de energia elétrica desta unidade
consumidora vencidos no mês de 2019 e nos anos ante-
riores. Esta declaração substitui, para o comprovante de
cumprimento das obrigações do consumidor, as que-
relhas dos faturamentos mensais dos débitos de ele-
tricidade referentes, e dos anos anteriores.
Ja conhece os nossos perfis nas redes sociais? Deixe a gente no
Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn e YouTube para
acompanhar as nossas novidades, como dicas de economia,
segurança, inovações sobre serviços, informações sobre
investimentos, oportunidades de trabalho e muito mais!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 14/03/19	Leitura 8327	Data 12/04/19	Leitura 8394	
			67	29

Demonstrativo		Quantidade	Tarifa G	Voto Base Calc. Anl	XT (P&T) Base Calc. Po (P&T)	Outro (P&T)
CC	Descrição	Tributo Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS	Imp. Calc. (R\$)	(1,0487%) (R\$ 8655%)
0801	Consumo em kWh	67.600,9829610	55,53	55,58	25	13,89
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS					
3907	CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA	1,43	0,00	0	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 03/2019	0,20	0,00	0	0,00	0,00
0825	MULTA 03/2019	1,20	0,00	0	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2019	0,22	0,00	0	0,00	0,00

CC: Classe de Classificação do Item	TOTAL	66,52	55,58	13,89	55,58	0,00	2,77
Tarifa de Tributos	0,811778						

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

04 JUL. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800 022 1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

Pelo exposto, eu Edilson Rodrigues dos Santos

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 039.242.064 / 1.09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Sebastião Rodrigues Miguel Inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.396.761 / 62

do sinistro de DPVAT cobertura invalido da Vítima Sebastião Rodrigues Miguel

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.396.761 / 1.62, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Eurádio Figueiredo</u>	Número: <u>22</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>centro</u>	Cidade: <u>Taporanga</u>	Estado: <u>P.B</u>
E-mail: <u>edilson.rodrigues@hmail.com</u>	CEP: <u>58780000</u>	
		Tel.(DDD): <u>999471520</u>

Local e Data: Taporanga 14/05/2019

Edilson Rodrigues dos Santos
Assinatura do Declarante



CÓDIGO DA UNIDADE: 2341204 CGC/CPF: 08.778.268.0018/09

NOME: HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA

END.: RUA OSWALDO CRUZ, 183

MUNICÍPIO: ITAPORANGA ESTADO: PARAIBA UF: 25

Tipo de Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO

Nome: SEBASTIAO RODRIGUES MIGUEL

Raça/Cor: PARDA

Dt. Nasc: 23/01/1981 Idade: 38 ano(s) mês(es) de idade dia(as) de idade Sexo: M

Mãe: RAIMUNDA CANDIDO

Profissão: AGRICULTOR(A)

Documento:

Endereço: RUA JOSE LUIS DE FRANÇA

Nº: 0

Bairro: CENTRO

Município-UF - CEP - IBGE: DIAMANTE - PB - 58994000 - 250500

Telefone para contato (00) 0000-0000

CNS: 708903785643618

CADASTRO:

Data e Hora da impressão da ficha: 08/04/2019 15:14:06

363006

SSVV

PESO: PA: TEMP.:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente vítima de que
do de moto com
fratura no antebraço
e pulso E

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

Fora medicado com Tylenol
+ dipirona

RESULTADOS

1.

2.

3.

4.

☐ 01 - ELETIVO

CARÁTER D

☐ 02 - URGÊNCIA

Hora de atendimento

☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALH☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAM

PROCEDIME

DIAGN

Fratura

MEDICAÇÃO:

☐ 1. PRESCRITA☐ OBSERVAÇÃO☐ 2. APLICADA☐ OUTRO HOSPITA

SERVIÇOS REALIZADOS: C

1. 10310111

2. 10310110

3. 111111

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) A

Lúcia de Fátima D. Lem

MÉDICA

MEDICINA CRM

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU

ASS. DO REVISOR TÉCNICO

CARIMBO

CEPCIONISTA: HDI

HDI

FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	38587	PRONTUÁRIO	21790
DATA	09/04/2019	HORA	14:30
OCORRÊNCIA	URGENCIA	OPERADOR	TMEDEIROS
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	ITAPORANGA - HOSPITAL REGIONAL DE ITAPOR		
MÉDICO	JOAO HERBET SUASSUNA LAUREANO		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA		
PACIENTE	SEBASTIAO RODRIGUES MIGUEL	IDADE	38a 2m
		GÊNERO	MASCULINO
FILIAÇÃO I	RAIMUNDA RODRIGUES MIGUEL		
FILIAÇÃO II	LUIZ CLEMENTINO MIGUEL		
CIDADE	DIAMANTE	PB	58994000
ENDEREÇO	RUA JOSE LUIZ DE FRANCA S/N		
BAIRRO	CENTRO		
NATURALIDADE	GLORIA DE DOURADOS		
TELEFONE		CELULAR	83987603247
C.N.S.	708903785643618	IDENTIDADE	2477865
C.P.F.	039.396.764-62	REG. NAC.	
NASCIMENTO	23/01/1981	COR	PARDO
EST. CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	AGRICULTOR

RESPONSÁVEL SEBASTIAO RODRIGUES MIGUEL Ass. Resp./Paciente *Francineide F. Miguel da Silva*

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

*Quem estava com o paciente
em um acidente*

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

sem alterações

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO

Fratura do fêmur da perna direita

CID

DADOS DA SAÍDA

Data

12/04/19

Hora

Min

MOTIVO

() Alta Curado

☒ Alta Melhorado

() Alta a Pedido

() Transferência

☒ Evasão

() Óbito

MÉDICO/CRM

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CHES	2605473
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEP JARDIMY CARNEIRO
ENDEREÇO	RUA HORACIO NOBREGA, 5/N
CIDADE	PATOS UF PB

CNPJ 08.778.268/0023/76

CLASSIF. RISCO	BRANCO
ORIGEM	ITAPORANGA - HOSPITAL REGIONAL DE ITAPOR
PACIENTE	SEBASTIAO RODRIGUES MIGUEL

HOME SOCIAL

FILIAÇÃO 1 RAIMUNDA RODRIGUES MIGUEL

NASCIMENTO 23/01/1981

PROFISSÃO	AGRICULTOR
-----------	------------

ENDEREÇO RUA JOSE LUIZ DE FRANCA

CIDADE	DIAMANTE
...	...

TELEPHONE

CN5 708903785643618 R.G 2477865

ESTADO CIVIL SOLTEIRO

FILIAÇÃO II	LUIZ CLEMENTINO MIGUEL
IDADE	38a 2m COR PARDO

no	BAIRRO	CENTRO
U.F. PB	CEP	58994000
	CELULAR	83987603247
CPF 039.396.764-52		RE

F.A.A	38575
ATIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA

09/04/2019 Horário: 19:37

CARATER	02	URGENCIA
---------	----	----------

CONVENIO	SUS AMBULATORIO
----------	-----------------

TRANSPORTE: TRANSP OUTROS ORGAOS PUBLICOS

MARCELO AUGUSTO MOREIRA SERAFIM

PRONTUÁRIO 21798

OPERADOR	MMAIA
TIPO DE SERVICIO	URGENCIA E EMERGENCIA

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Francisco Clemente Miguel de Silva

PESO: _____ FAN _____ X _____ mmHg TEMP: _____

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

SOLICITAÇÃO DE PARECER

DIAGNOSTICO

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

OBSERVAÇÃO ☒ SIM ☐ NÃO

MÉDICO/CNM/CNS

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGÍA

ESTADIAAMENTO PELO SISTEMA TNH

0.301040079

Cirurgiões: D. J. Allen Anestesistas: D. J. Allen

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>SEBASTIÃO RODRIGUES NISOL</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia <u>13/4/14</u>	Enf.	Leito
Cirurgião <u>Genaro J. J.</u>	1º Auxiliar <u>JUNES</u>	
Anestesista <u>AUGUSTO</u>	Tipo de Anestesia <u>bloq. plexo</u>	
Diagnóstico Pré-Operatório <u>PRATUNA SATOA 331 AMB. Dm.</u>		
Tipo de Cirurgia <u>OSTEOMIOMECIA AMB. Dm</u>		
Diagnóstico Pós Operatório <u>O MESMO</u>		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia <u>NÃO</u>		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Técnica e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Visuais

① genuflexão em 90º. ② anestesia e analgesia. ③ bloq. plexo. ④ incisão universal. ⑤ plano. ⑥ do nódulo com placa metálica de 10x10 cm. ⑦ sutura. ⑧ acurção de ferida nódulo-ultra distal com 1 fio. ⑨ fio 1/8. ⑩ 100% álcool-pálida

S. J. J.

PACIENTE: Selenia Raimundo Lucio

QT: 116 LEITO: 01 CONVÊNIO: SIS IDADE: 38 anos REGISTRO: 21790

CIRURGIA: Tratamento da hérnia de L1/L2 CIRURGIÃO: Dr. Sérgio

ANESTESIA: Raque ANESTESISTA: Dr. René

INSTRUMENTADORA: Exon DATA: 15.04.2019 INÍCIO: 15:30 FIM: 17:00



NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	<input checked="" type="checkbox"/>	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de infusão	<input checked="" type="checkbox"/>	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	<input checked="" type="checkbox"/>	Lâmina de bisturi
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical	<input checked="" type="checkbox"/>	Seringa 3 ml
<input checked="" type="checkbox"/>	TX. Sala	<input checked="" type="checkbox"/>	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	<input checked="" type="checkbox"/>	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	<input checked="" type="checkbox"/>	Seringa 20 ml
<input checked="" type="checkbox"/>	TX. Colimetro de Pulso	<input checked="" type="checkbox"/>	Eletrodos desc.
	Neocin	<input checked="" type="checkbox"/>	Atadura de Crepom 16cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
<input checked="" type="checkbox"/>	Thiopenal Propofol		Atadura Gessada 10 cm
	Quelcin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
<input checked="" type="checkbox"/>	Fentanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
<input checked="" type="checkbox"/>	Xilocaina a 2%	<input checked="" type="checkbox"/>	Espandrapo
	Etodimidato		Xilocaina Gel
	Ketslar	<input checked="" type="checkbox"/>	Álcool 70%
	Publicovalina 0,5%	<input checked="" type="checkbox"/>	PVPi Tintura
	Dimorf	<input checked="" type="checkbox"/>	Gases
	Lanexat 0,5 ml	<input checked="" type="checkbox"/>	Algodão Hidrófilo
	Narcas		Algodão Ortopédico
	Forans		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Agulha Descartável
<input checked="" type="checkbox"/>	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmin		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
<input checked="" type="checkbox"/>	Estaflocina		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Duxtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
<input checked="" type="checkbox"/>	Diofrona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 3000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Yliacil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abocata 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		

1. Winkel - D -

M. Nylon 30

Nome do Paciente:

Sebastião Rodrigues de Aguiar

Nº Prontuário:

Data da Cirurgia:

15.04.2019

Enf.:

Leito:

Cirurgião:

Dr. Zecônio

1º Auxiliar:

Dr. Drigo

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesia:

Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré- Operatório:

Fratura de rádio distal
com desvio vól. .

Tipo de Cirurgia:

Tto cirúrgico .

Diagnóstico Pós- Operatório:

O mesmo -

Relatório Imediato do Patologista:

Lii -

Exame Radiológico no ato:

Sim

Acidente Durante a Cirurgia:

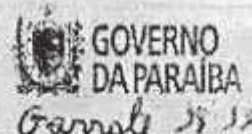
Lii -

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- 1) Ponto de DDH sob anestesia.
- 2) Carroçamento com fixação de Smack.
- 3) Anestesia.
- 4) Colocação de campos cirúrgicos.
- 5) Incisão vól.
- 6) Incisão por pleura.
- 7) Redução + fixação com placa de apoio
vól. + fios K.
- 8) Lavagem.
- 9) Sutura.
- 10) Anestesia 11) Tapa.

RELATÓRIO DE CIRURGIA

PACIENTE: <i>Sebastião Rodrigues Miguel</i>				
QT:	LEITO: <i>1604</i>	CONVÊNIO: <i>SUS</i>	IDADE: <i>38</i>	REGISTRO: <i>21790</i>
CIRURGIÃO: <i>Trat Cir. Frot. Ródis D</i>		CIRURGIÃO: <i>Dr. Fernando Ines</i>		
ANESTESIA: <i>Bloqueio</i>		ANESTESISTA: <i>Dr. Augusto</i>		
INSTRUMENTADORA: <i>George</i>		DATA: <i>17/04/83</i>	INÍCIO: <i>08:00</i>	FIM:

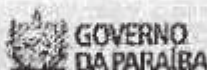


NOTA DE SALA - MATERIAL

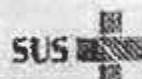
QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi <i>24</i>
X	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
X	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
X	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano	1	Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10 cm
1	Quelcin <i>Hypocaina</i>		Sonda Uretral
1	Ravulon <i>Bupivacaina</i>		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	X	Espadrado
	Etodimidate		Xilocaína Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	X	PVPI Tintura
	Dimorf	X	Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan	1	Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufento		Vaselina Estéril
	Diazepan		Aguilha Descartável
	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
1	Dixat <i>Amidometrona</i>		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
1	Rlexit <i>Amidometrona</i>		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
1	Polycot 0 s/ agulha <i>Wang 10</i>		Polycot 2-0 c/ agulha
1	Polycot 2-0 s/ agulha <i>Nylon 50</i>		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	1	<i>fio de Costura n° 02.0</i>

Posição: *Prone* para o leito sim ☒ não ☐
Agentes: *10/02* Cânula: *Pr*
Técnica: *Bien SUSP 15:4543* Operação: *Fahr 4/2*
Cirurgiões: *SESOM* Anestesiistas: *A. M. L. R.*

EVmlo



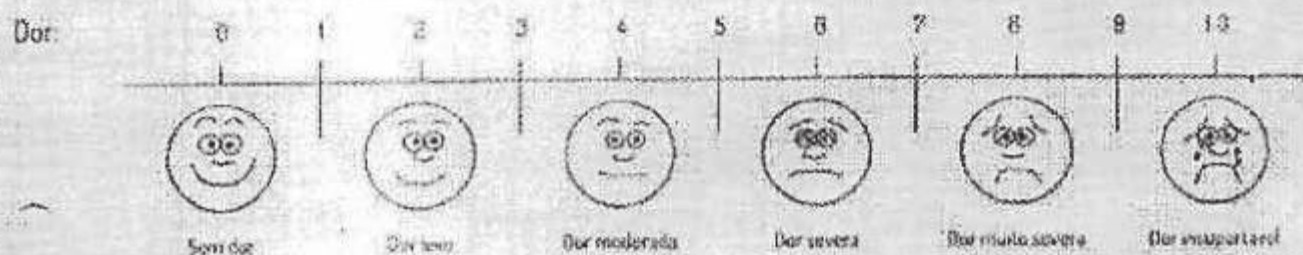
SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



P/M/Genitório

ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data 04/04/19 Hora 13 h 32 Gênero MC 34 anos
 Nome/Nome Social Silvânia Rodrigues Nogueira
 Origem* Hospital Distrital de Estoril Regulado? ☒ Sim ☐ Não
 Queixa principal/História atual da doença/Início dos sintomas _____ Encaminhado? ☒ Sim ☐ Não
 Motivo do atendimento* DOZ
 Cliente De Pronto
 Transporte De outro serviço público
 Alergia? ☒ Não ☐ Sim _____
 Uso de medicação? ☒ Não ☐ Sim _____
 Doença prévia? ☒ Não ☐ Sim _____
 Temp. _____ °C Pulso _____ bpm Resp. _____ irpm SpO₂ _____ % PA 110/80 mmHg HGT _____ mg/DL



Classificação de Risco: ☐ Vermelho ☐ Amarelo ☒ Verde ☐ Azul

Especialidade Médica Ortopedia

Acompanhante: ☐ JS/ Acomp. (Setor Crítico) ☐ JS/ Acomp. (paciente consciente, orientado e capaz de autocuidado)
☐ Acomp. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 ☒ Acomp. p/ paciente com cond. clínica limitadora

* Consultar tabela para preenchimento

Rafaela da Silva Lopes
 231.353-204
 Enfermeira/Cambor

Diagnóstico: _____
Data: 13/04/19. _____

COMPLIDO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO
DA PARÁIBA

SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE

SWS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS

[illegible]

✓ 06:00 h

12:00 h

18:00 h

24:00 h

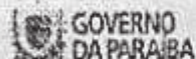
Tax: 36°C	P: bpm	Tax: 36°C	P: bpm	Tax: 33.6°C	P: bpm
R: SpO_2 : %	R: SpO_2 : %	R: SpO_2 : %	R: SpO_2 : %	R: SpO_2 : %	R: SpO_2 : %
PA: 100 x 80	PA: 130 x 80	PA: 130 x 80	PA: 130 x 80	PA: 100 x 60	PA: 100 x 60
HGT: mg/dl	HGT: mg/dl	HGT: mg/dl	HGT: mg/dl	HGT: mg/dl	HGT: mg/dl
Diurese: ml	Diurese: ml	Diurese: ml	Diurese: ml	Diurese: ml	Diurese: ml

Francisca Dantas da Silva
416144-TC

João Paulo Santos Felizardo
Téc. em Informática
CORELPA 240.422

[illegible]

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
CLÍNICA CIRÚRGICA



SECRETARIA
DE SAÚDE

11.4.2011

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - DIURNO	INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - NOTURNO
<p>Paciente em CAB em pré-operatório da cirurgia de ressecção da mama direita, com queimadura de 1º grau na pele da mama direita, com queimadura de 1º grau na pele da mama direita, com queimadura de 1º grau na pele da mama direita.</p>	<p>24h - Paciente evolui em CAB, consciente, orientado, calmo, hidratado, normotenso, normoventilado, normo-oxigenado, sem febre, sem dor, sem náusea e vômito, sem alteração de estado de consciência, sem alteração de estado de consciência, sem alteração de estado de consciência.</p>
<p>Assinatura e carimbo de Enfermeiro</p> <p>Conceição Ferreira Enfermeira COREN-PB 381.373</p>	<p>Assinatura e carimbo de Enfermeiro</p> <p>Fabiany Mychelle de Almeida Nunes Enfermeira COREN-PB 381.373</p>
ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO	ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO
<p>Paciente consciente, colaborante, sem alteração de estado de consciência, sem alteração de estado de consciência, sem alteração de estado de consciência.</p>	<p>Paciente consciente, colaborante, sem alteração de estado de consciência, sem alteração de estado de consciência, sem alteração de estado de consciência.</p>
<p>Assinatura e carimbo do Técnico</p> <p>Sandra de Oliveira Santana Técnica de Enfermagem COREN-PB 1168473</p>	<p>Assinatura e carimbo do Técnico</p> <p>Maria Angélica Técnica de Enfermagem COREN-PB 943571</p>

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
CLÍNICA CIRÚRGICA

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
CLÍNICA CIRÚRGICA

[illegible]

Paciente: Thalita

Setor/Enfermaria: 16

Leito: 04

Diagnóstico:

Data: 12/04/19 -

COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
JANDUHY CARNEIRO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

INTERCOR

1.						
2.	1) Outa Guad					laurety
3.						
4.	2) Sulp /epougado					no penon
5.						
6.	3) Dipna /amp 106/65	12	18	24	08	
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						

Dr. Thalita
Oncologista
CRM 5217 - TST 7518

Visita Médica: Data

SINAIS VITAIS

06:00 h

12:00 h

18:00 h

Tax: °C	P: bpm	Tax: 36.6°C	P: bpm	Tax: 36.8°C	P: bpm
R: irpm	SpO ₂ : %	R: irpm	SpO ₂ : %	R: irpm	SpO ₂ : %
PA: x	mmHg	PA: 100 x 60	mmHg	PA: 107 x 70	mmHg
HGT: mg/dl		HGT: mg/dl		HGT: mg/dl	
Diurese: ml		Diurese: ml		Diurese: ml	

Dr. Thalita
Oncologista
CRM 5217 - TST 7518

Dr. Thalita
Oncologista
CRM 5217 - TST 7518

Diagnóstico: _____
Data: 15/10/12. _____

COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
LANDUHY CARNEIRO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

INTERCORRELATIONS

1. Test line appears RPA

3. 5KHz, 1000 ml (10)

5. Asatone 1/2 M @ 6/8 hr

7. *Ziphiocarpus* + *sp.*, (E) 6/6 hr

8. Таблица 404 и 405, (2) Ойхот

11. 19 mm 100 μ + 100 μ 50.96 @ 82845

13. $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$ (E) $\frac{1}{4} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{8}$

15. non section FAI (60) 8'8 1/2 SW

15. *Handwritten text*

16. *Blank*

17. *Handwritten text*

17. *850-45*
18. *Dr. Saelom Wanderley*
19. *Ortopedia e Traumatologia*
20. *CRM/RN 6131 CRM/RB 7024*

20. _____

21. _____

22.

23.

06:00 h	ham	Tax:
---------	-----	------

Tax:	°C	P:	bpm	Tax:
R:	irpm	SpO ₂ :	%	R:

PA:	x	mmHg	PA:
HGT:		mg/Dl	HGT:
			Plasma:

Diurese:	ml	Diurese:
----------	----	----------

SINAIS VITAIS

18:00 h

Visita Médica: Da

12:00 h

06:00 h

06:00 h				12:00 h			
Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm
R:	irpm	SpO ₂ :	%	R:	irpm	SpO ₂ :	%
PA:	x	mmHg		PA:	x	mmHg	
HGT:		mg/Dl		HGT:		mg/Dl	
Diurese:		ml		Diurese:		ml	

Ullmann
107 423

51.5 mg/L

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	
INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - DIURNO	INTERCORRÊNCIAS DO ENFERMEIRO - NOTURNO
<p>19hs - Paciente prostrado da cama verde, com os os ANOS imobilizados, nega HAS e DM. Segue os cuidados da enfermagem.</p>	<p>Paciente recebeu quimioterapia. Seque os membros do membro de enxada. -</p>
<p>Assinatura e carimbo do Enfermeiro</p> <p>ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - DIURNO</p>	<p>Assinatura e carimbo do Enfermeiro</p> <p>ANOTAÇÕES DO TÉCNICO - NOTURNO</p> <p>09 04 19 Paciente consciente e orientado, administração da medicação com 10ml de pilsenico 100mg. Oca atenção do SSU e segue aos cuidados de enfermagem.</p>
<p>Assinatura e carimbo do Técnico</p>	<p>Assinatura e carimbo do Técnico</p>

54 5 25 70

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

[illegible]

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Sebastião Rodrigues

Da Clínica: ORL

Enfermaria: 16

A Clínica: CRP

Leito: 04

Motivo da consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo)

Doi torçao

Data: 11/11/11

Assinatura do Médico Consultante

PARECER:

Paciente W. S. S. de 45 anos
de sexo masculino
Referido dor no Tórax
normal.

TORAX NORMAL

Gilson José Venâncio da Silva
Cirurgia Geral
CREMEPE 11774 CRM-PB 7507
CPF: 127.443.524-20

Data: 11/11/11

Assinatura do Médico Especialista

Paciente: Sebastião Rodrigues
 Setor/Enfermaria: 46 Leito: 04

Diagnóstico:
 Data: 16/01/19

COMPLEXO HOSPITALAR
 REGIONAL DEPUTADO
 JANDUHY CARNEIRO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

INTERCOR

1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						

Visita Médica: Data

SINAIS VITAIS

06:00 h

12:00 h

18:00 h

Tax: <u>36,4</u> °C	P:	bpm	Tax: <u>36,9</u> °C	P:	bpm	Tax: <u>36,7</u> °C	P:	bpm
R:	irpm	SpO ₂ : %	R:	irpm	SpO ₂ : %	R:	irpm	SpO ₂ : %
PA: <u>170</u> x <u>90</u>	mmHg	PA: <u>130</u> x <u>70</u>	mmHg	PA: <u>130</u> x <u>80</u>	mmHg	HGT:	mg/Dl	
HGT:	mg/Dl	HGT:	mg/Dl	HGT:	mg/Dl	Diurese:	ml	
Diurese:	ml	Diurese:	ml	Diurese:	ml			

Luciana
 Luciana Camacho Neves
 Tec. Enfermagem
 COREN-PA 00000

Ana Rúbia de Oliveira
 Tec. em Enfermagem
 COREN-PA 893.320

12 Rúbia de Oliveira
 Tec. em Enfermagem
 COREN-PA 893.320

Paciente: Glentia Rodrigues Diagnóstico:
 Setor/Enfermaria: 26 Leito: 04 Data: 11/04/19 - :

COMPLEXO HOSPITALAR
 REGIONAL DEPUTADO
 JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO
 DO ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE
 SAÚDE



PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS		INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS	
1.	Ureter livre				
2.					
3.					
4.	ecolp. hepatomegalia				
5.					
6.	filotil 40, 1x1x1.				
7.					
8.	hipocloro 200, 1x1x1.				
9.					
10.					
11.	transd 50, 1x1x1.				
12.					
13.					
14.	C.C.-90				
15.					
16.	SSV				
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					

SINAIS VITAIS

06:00 h		12:00 h		18:00 h		24:00 h	
Tax: 35.4°C	P: 37.8°C	Tax: 36.8°C	P: 37.8°C	Tax: 36.4°C	P: 37.8°C	Tax: 36.4°C	P: 37.8°C
R: 120 x 60	R: 120 x 40	R: 120 x 40	R: 120 x 40	R: 120 x 40	R: 120 x 40	R: 120 x 40	R: 120 x 40
PA: 100 x 60	PA: 100 x 40	PA: 100 x 40	PA: 100 x 40	PA: 100 x 40	PA: 100 x 40	PA: 100 x 40	PA: 100 x 40
HGT: 100	HGT: 100	HGT: 100	HGT: 100	HGT: 100	HGT: 100	HGT: 100	HGT: 100
Diurese: 100	Diurese: 100	Diurese: 100	Diurese: 100	Diurese: 100	Diurese: 100	Diurese: 100	Diurese: 100

Assinatura: [Assinatura]
 Nome: [Nome]
 COREN: 943571

Assinatura: [Assinatura]
 Nome: [Nome]
 COREN: 943571

Assinatura: [Assinatura]
 Nome: [Nome]
 COREN: 943571

Assinatura: [Assinatura]
 Nome: [Nome]
 COREN: 943571

RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 38587

DATA 09/04/2019

HORA 14:30

MÉDICO JOAO HERBET SUASSUNA LAUREANO

PRONTUÁRIO 21790

OPERADOR: TMEDEIROS

PACIENTE	SEBASTIAO RODRIGUES MIGUEL
----------	----------------------------

IDADE 38a 2m

RESUMO CLÍNICO:

Vitipes & STROPERES MORT

DIAGNÓSTICO:

DIAGNÓSTICO: fastio com arto (C) (SS2.5)

CID-10: F41.90 Recd @ (Duff SE) (552.3)

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:

REALIZADOS:

Osteointerosseal Rosas C + D Piro + Piro

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

Port 356. 51 Ave. Curran rd. Penn

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

Am Busters on 6/20

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado (X) Melhorado () Inalterado () Óbito

DESTINO () Residência () Atendimento domiciliar

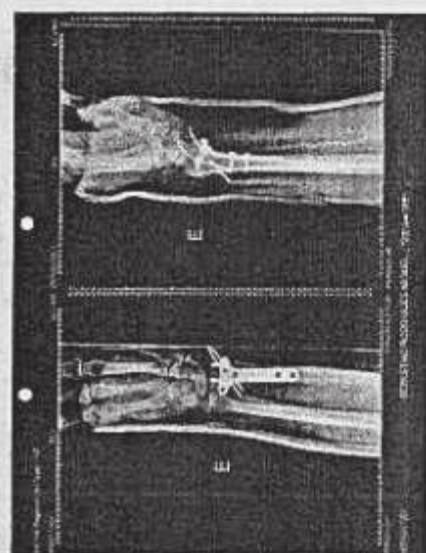
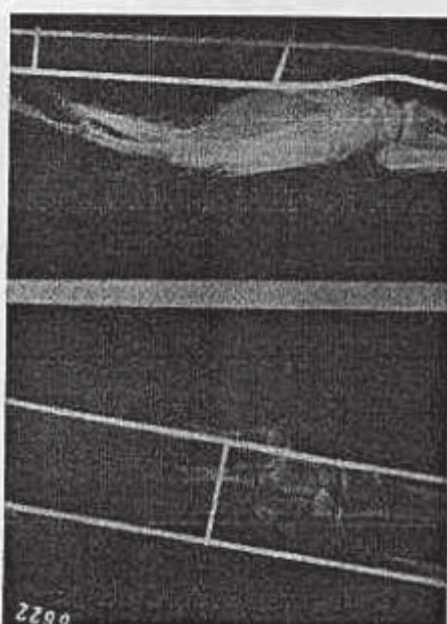
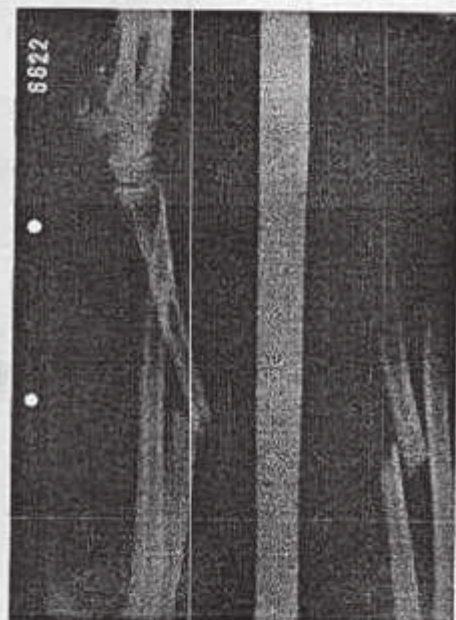
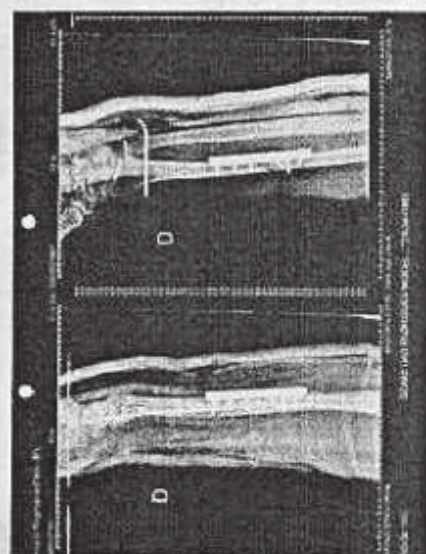
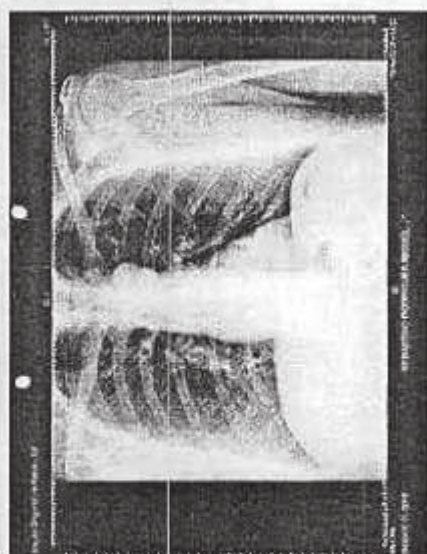
() Transferência para

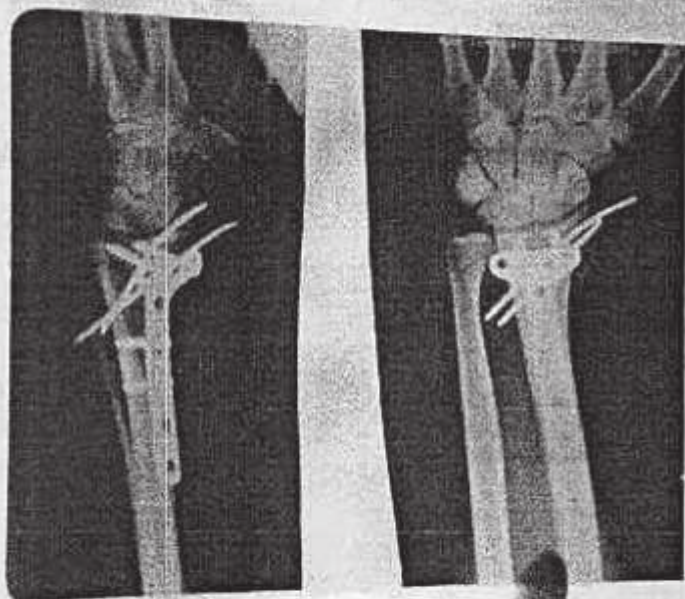
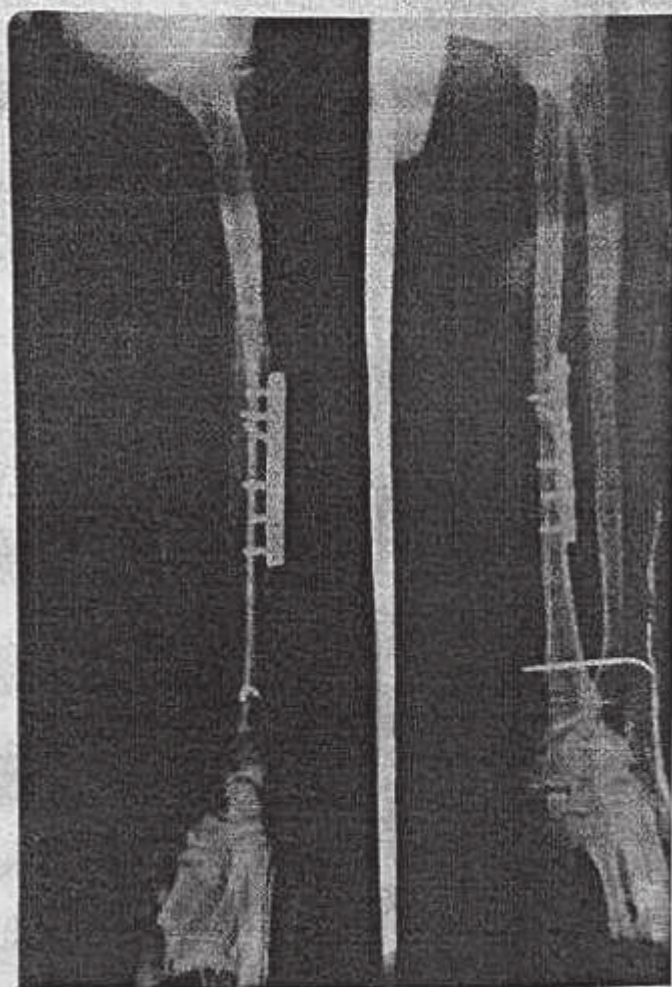
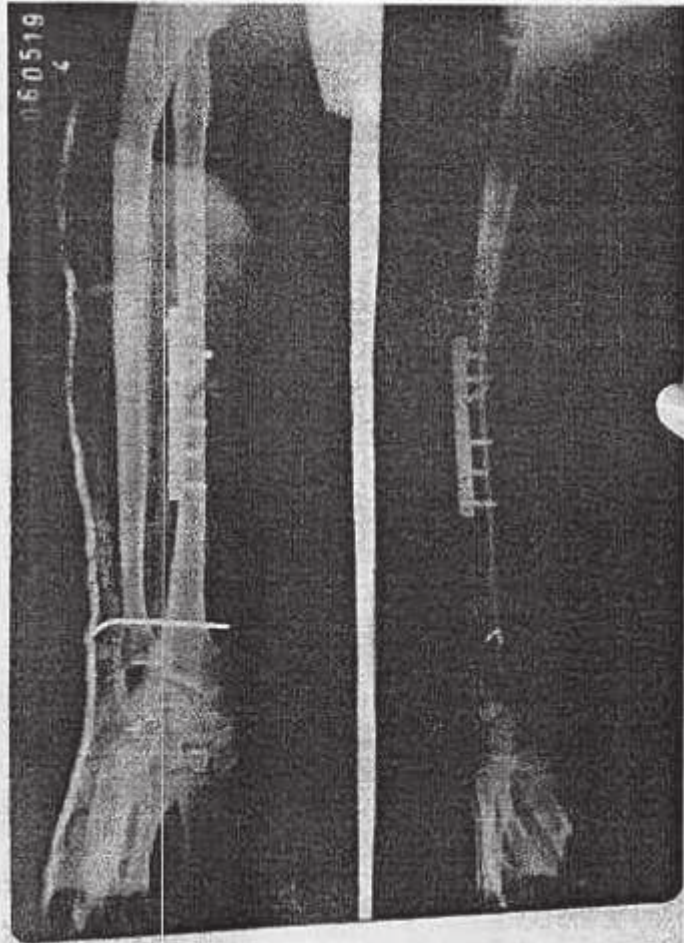
PATOS/PB, 13 DE 04 DE 2019

João H. Suassuna Laureano
Ortopedia e Traumatologia

CEA 7457

MEDICO/CRM






REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO
 CARTÃO NACIONAL DE HABILITACÃO

PARAÍBA

NOME
 SEBASTIAO RODRIGUES MIGUEL

DOC. IDENTIDADE / OUT. INSCRIÇÃO
 2477855 SSP PB

CN
 039.396.764-62

DATA NASCIMENTO
 23/01/1981

RUAÇÃO
 LUIZ CLEMENTINO MIGUEL

RAIMENDA RODRIGUES
 MIGUEL

PERMISSÃO
 CONDUTOR

AEC
 000000

CAC-MA
 AII

Nº IDENTIFIC
 05630137397

VIGÊNCIA
 17/06/2022

1ª HABILITAÇÃO
 29/10/2012

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Titular
 Sebastião R. Miguel

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 CONCEICAO, PB

DATA EMISSÃO
 28/06/2017

Assinatura do Emissores
 41841176709
 PB034664570

PARAÍBA

1489042345

VALIDA EM TODO
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1489042345

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1489042345

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 04 JUL 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014200912356
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 0108296925-4 ILN. TRC 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

Nome
SEBASTIAO RODRIGUES MIGUEL

CNPJ 03939676462 PLACA QFM0795/PB

PLACA ANT./UE IOVO PB 9C2KD0550DR364246

ESPECIE TIPO MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL ALCO/G L

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB 2013 ANO MOD 2013

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

COTA UNICA 00/00/0000 VENC. COTA UNICA 1º
FAIXA (RVA) 0 PARCELAMENTO / COTAS 2º
3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 05/09/2018

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DIAMANTE-PB LOCAL 05/09/2018 DATA

19267



Assinatura

40053

AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014200912356 BILHETE DE SEGURO DPVAT

05/09/2018

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 *****

VIA 1 COD. RENAVAM 0108296925-4 ILN. TRC 00/00000000 EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 05/09/2018

CNPJ 03939676462 PLACA QFM0795/PB

RENAVAM 01082969254 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB 2013 CAT. TARI 9 Nº CHASSI 9C2KD0550DR364246

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) SEGURO COTA ATRIBUÍDA PELO SEGURO (R\$) P A G O

PAGAMENTO S COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 05/09/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

40053-0847218-20180905

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

04 JUL. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CARTA A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT

Itaporanga/PB, 03 de Julho de 2019.

BENEFICIÁRIO: Selastião Rodrigues Miguel

CPF: 039 396 764 62

Senhor Analista,

Com base na resolução SUSEP nº 332 de 09/12/2015, § 4º (O procurador a que se refere o parágrafo anterior deve ter poderes específicos reclamar o DPVAT, inclusive para apresentar e firmar documentos, direito que lhe é assegurado pela legislação).

Eu: Edilson Rodrigues dos Santos, brasileiro, casado, autônomo, portador do CPF: 039.247.064-09, podendo ser localizado na Rua: Euvídio Figueiredo, nº 22, Centro, Itaporanga/PB, bem como ser contratado pelo telefone (83) 999471520 e/ou endereço eletrônico sertão.assessoria@hotmail.com, atuando como bom e fiel Procurador do beneficiário: Selastião Rodrigues Miguel, portador do CPF: 039 396 764 62.

Senhor Analista, venho respeitosamente solicitar a Vossa Senhoria, com base no Art: 92 e 94, do Código de Ética Médica (Art. 92: assinalar laudos periciais, auditorias ou verificação médico-legal quando não tenha realizado o exame pessoalmente. Art 94: intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado reservando suas observações para relatório), que o beneficiário acima identificado seja encaminhado ao setor de perícia e que o parecer relativo as suas seqüelas não sejam classificadas, apenas por médicos que não o examinem-no pessoalmente, por isso, ratifico meu pedido com respaldo no Art. 5º da Lei 6.194 de 19 de dezembro de 1974 (Art. 5º o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado), a fim de garantir um direito ao qual se faz jus.

O documento segue assinado por mim, EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS.

O referido é verdade. Dou fé.

Certo de atendido, agradeço antecipadamente.

Edilson Rodrigues dos Santos

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

CPF: 039.247.064-09

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

04 JUL. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROCURAÇÃO

Outorgante: Sebastião Rodrigues Miguel, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua Ramundo Rodrigues Miguel nº S/N, bairro centro, Município de Itaporanga, Estado da (o) Pernambuco, Cep: 58.984.000, portador(a) do Rg nº 24.748.65, 1 e CPF nº 039.396.764.62.

Outorgado: Edilene Rodrigues da Silva, brasileiro(a), estado civil casada, profissão autônoma, residente e domiciliado(a) à Rua Barbosa Figueiredo, nº 22, bairro centro, Município de Itaporanga, Estado da (o) Pernambuco, Cep: 58.782.000, portador (a) do RG nº 56.52.161, 1 e CPF nº 039.247.064.09.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Sebastião Rodrigues Miguel, ocorrido em 02.1.2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza criminal.

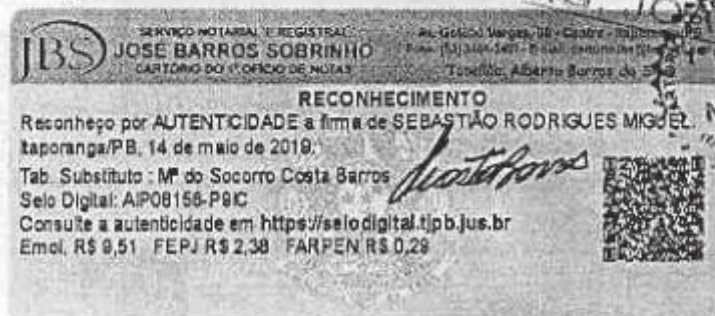
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

ITAPORANGA 14 de maio de 2019.

X Sebastião Rodrigues Miguel
Outorgante

CPF Nº 039.396.764.62

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0225590/19

Vítima: SEBASTIAO RODRIGUES MIGUEL

CPF: 039.396.764-62

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 08/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SEBASTIAO RODRIGUES
MIGUEL

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS : 039.247.064-09

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

SEBASTIAO RODRIGUES MIGUEL : 039.396.764-62

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/07/2019
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
CPF: 039.247.064-09

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/07/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190412462 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEBASTIAO RODRIGUES MIGUEL **Data do acidente:** 08/04/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO. PG. 4,5
FRATURA DO RADIO DISTAL ESQUERDO. PG. 7

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 26.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00