
Rio de Janeiro, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200107372

Vítima: JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS

Data do Acidente: 12/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS

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

Rio de Janeiro, 26 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200107372

Vítima: JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS

Data do Acidente: 12/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000003487**

Conta: **0000018664-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 410.172.204-50 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: JULIENE CONCEIÇÃO BARBOSA MATOS

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

5 - Nome completo: JULIENE CONCEIÇÃO BARBOSA MATOS 6 - CPF: 410.172.204-50
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA MARILEU URBANO DOS SANTOS 9 - Número: S/N 10 - Complemento:
11 - Bairro: PARATIBÉ 12 - Cidade: JOÃO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 6831987088728

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: ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00
☐ SEM RENDA

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3487 CONTA: 18664 2 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 de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (a) (nascos)? ☐ 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

Assinatura original 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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB, 21/02/2022

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

3482 / 083 / 18664-2

Espace réservé pour prescrire le numéro de compte

Maís informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101 0800-726 2492 0800-725 7474

Reclamações,
sugestões e elogios.

Atendimento a pessoas
com deficiência auditiva
ou de fala.

Ouvintes



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01972.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01972.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:53 horas do dia 20 de fevereiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto do Egito de Sousa, matrícula 905178, e lavrado por Sandro de Souza Lima, Agente de Investigação, matrícula 1331540, ao final assinado, compareceu **Juliene Conceição Barbosa Matos**, CPF nº 110.172.204-50, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Autônoma, filho(a) de Tania Maria Barbosa de Oliveira e João Teixeira de Matis, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 20/04/1993 (26 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Protético Masileu Urbano dos Santos, complemento Qd. 03, Bolco 4, Apto. 309, Residencial Nice de Oliveira, bairro Paratibe, tendo como ponto de referência Residencial Nice de Oliveira, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99858-8522.

Dados do(s) Fatos:

Local: Entre a Cidade de Conde e o Distrito de Gurugi, Conde/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 12/11/19 19:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NA DATA 12/11/2019 POR VOLTA DAS 19H30, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NA RODOVIA PB-018, PRÓXIMO A CIDADE DE CONDE-PB, QUANDO TRAFEGAVA NA MOTO HONDA/CG125 TITAN, ANO 1997, COR VERDE, PLACA MNP 5528/PB (em nome de José Carlos Silva Gonçalves), E UM CAVALO ATRAVESSOU A RODOVIA, FAZENDO COM QUE A NOTICIANTE COLIDISSE NO MESMO, E CAINDO AO SOLO COM A MOTO, QUE A MESMA FOI LEVADA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE PASSOU POR CIRURGIA POIS TEVE FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO, CID 10 S52.2 E S52.5, DE ACORDO COM LAUDO ASSINADO PELO MÉDICO JUAN JAIME ALCOBA ARCE, CRM 3323/PB.

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, exceção a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 20 de fevereiro de 2020.


SANDRO DE SOUZA LIMA

Agente de Investigação


JULIENE CONCEIÇÃO BARBOSA MATOS

Noticiante

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: 410.172.204-50 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: JULIENE CONCEIÇÃO BARBOSA MATOS

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

5 - Nome completo: JULIENE CONCEIÇÃO BARBOSA MATOS 6 - CPF: 410.172.204-50
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA MARILEU URBANO DOS SANTOS 9 - Número: S/N 10 - Complemento:
11 - Bairro: PARATIBÉ 12 - Cidade: JOÃO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 6831987088728

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: ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 A R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00
☒ R\$0,00 SEM RENDA

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3487 CONTA: 18664 2 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 de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (a) (nascido)? ☐ 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

Assinatura original 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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA - PB, 21/02/2022

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

3482 / 083 / 18664-2

Espace réservé pour prescrire le numéro de compte

Maís informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101 0800-726 2492 0800-725 7474

Reclamações,
sugestões e elogios.

Atendimento a pessoas
com deficiência auditiva
ou de fala.

Ouvintes



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE

o trabalho

AV. ORESTES LISBOA,, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1203383



Identificação do paciente					
ID 1457083	Nome JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS				Sexo Feminino
Data de nascimento 20/04/1993	Idade 26 anos 7 meses 12 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 119253	
Mãe TANIA MARIA BARBOSA DE OLIVEIRA	Pai JOAO TEIXEIRA DE MATOS				
Escolaridade	Responsável (Parentesco)				
DDD Celular 83	Celular 987453475	DDD	Telefone		
Tipo documento	Número documento		Nº Cns 707807685670210		
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)	Tipo UNIDADESAUDE		UF PB		
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R			
Endereço					
CEP 58083623	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro GUATEMALA		
Número 83	Complemento	Bairro INDÚSTRIAS			
Admissão					
Data e Hora 12/11/2019 23:21:05	Número da pulseira 100007166227	Convênio SUS			
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica				
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE				
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X ANIMAL			
Indicadores e Transporte					
Caso potencial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não		Trauma Não	
Meio de transporte AMU	Quem transportou A MESMA				
Sinais Vitais					
PA X	mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares					
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []
Ultrasonografia []					
Dados clínicos					
Diagnóstico					
Atendido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA					CID
					Tempo 35seg

Imprimir

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000018664-2

Nr. da Autenticação 88BC87FDFC22785F

**CAGEPA**

COMISSÃO DE AQUISIÇÃO E GESTÃO DE PRODUTOS E SERVIÇOS
Rua Feliciano Gomes, 229 - Janguruaçu João Pessoa - PB
CEP: 51.155-70 - FONE: 33 323.654/0001-07

PARA NOTIFICAÇÃO À CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
72004553
N.º SSP
22380939

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS

JEANE RABATISTA DE ANDRADE
RUA MARCELO URBANO DOS SANTOS, QD3 - BL4/AP309 -
PARATIBI, JOÃO PESSOA - PB 58000-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável
		Economia	Comunal	Individual	
001.095.240.0250.629	629	1	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto	
A161.022513	07/12/2017	EXT. MURO	LIGADO	INATIVO	

Consta(m) em nossos registros pendência(s) de pagamento de conta anterior(es). Conforme previsto na Lei Federal 11.445, essa(s) pendência(s) sujeita(m) o imóvel a suspensão no fornecimento de água. Caso o débito já tenha sido quitado, há mais de 5 dias, desconsidere este aviso.

Para demais informações, entre em contato com a CAGEPA pelas lojas de atendimento ou pela central telefônica de atendimento (115), gratuitamente.

REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)	REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)
DB.ATE	16/06/2018	847,40	MAR/2019	16/03/2019	63,24
JUL/2018	16/07/2018	63,24	ABR/2019	16/04/2019	63,24
AGO/2018	16/08/2018	94,64	MAI/2019	16/05/2019	63,24
SET/2018	16/09/2018	94,64	JUL/2019	16/07/2019	63,24
OUT/2018	16/10/2018	63,24	AGO/2019	16/08/2019	63,24
NOV/2018	16/11/2018	63,24	SET/2019	16/09/2019	122,76
DEZ/2018	16/12/2018	63,24	OUT/2019	16/10/2019	63,24
JAN/2019	16/01/2019	103,44	NOV/2019	16/11/2019	77,04
FEV/2019	16/02/2019	112,24			



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Juliene Conceição Barbosa Matos
DATA DE NASCIMENTO 20/04/93
NOME DA MÃE Tania Maria Barbosa de Oliveira

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 119253
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1203383
DATA DO ATENDIMENTO 12/11/19
HORA DO ATENDIMENTO 23:21
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de ossos do antebraço D.
CID 10 S52.2 S52.5

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, trazido pelo SAMU, vítima de acidente de moto, com queixade dor em membro superior direito, glasgow 14, escoriações em pé esquerdo, fratura exposta em antebraço direito. Avaliado pela Neurocirurgia, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX antebraço D.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de ossos do antebraço D.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de ossos do antebraço D.

ALTA HOSPITALAR: 28/11/2019
DATA DA EMISSÃO: 13/02/2020


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

SEGUE

o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: LUCIANA MARTINS DA CRUZ
Em: 26/11/2019 11:43:41

Impresso por: LUCIANA MARTINS DA CRUZ
Em: 26/11/2019 11:43

Nome JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS		Boletim de Atendimento 1203383	Data/Hora Entrada 12/11/2019 23:21:05	Data/Hora Saída
Data de nascimento 20/04/1993	Idade 26	Sexo Feminino	CNS 707807685670210	Prontuário 119253
Tempo de Internação 13d 5h 17min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 12/11/2019 23:21:05	Data Internação 13/11/2019 06:26:24	Permanência na Unidade: 13d 12h 22min	Permanência no Leito: 5d 21h 40min	

SISREG (LUCIANA MARTINS DA CRUZ - 26/11/2019 11:42:43)

SOLICITAÇÕES DE LAUDOS

SISREG: 315282222

RESUMO DE ALTA ADMINISTRATIVA

DATA DE ADMISSÃO: 13/11/2019 00:00:00

DATA DE ALTA ADMINISTRATIVA: 24/11/2019 00:00:00 NÚMERO DO LAUDO: 315282222

MOTIVO DA ALTA: PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA

OBSERVAÇÕES:

FEITO 2 AIH ANTEBRAÇO ENVIA EXCESSO ATE 24/11/2019

Seção: HTOP - ENF 10 Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: LUCIANA MARTINS DA CRUZ

Número Conselho:

**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

**GOVERNO
DA PARAIBA**

**SEGUE
o trabalho**

AV. GREGÓRIO LINSBOA, S/N - PEDRO GONDIM - CNES: 143312 - Tel.: 3332166700

Boletim de Atendimento: 1203383



Identificação do paciente

ID	Nome			Sexo
1457083	JULIANA CONCEIÇÃO BARBOSA MATOS			Feminino
Data de nascimento	Data	Exato dia	Religião	Profissão
20/04/1983	20	04		
Mãe	Pai			
TANIA MARIA BARBOSA DE OLIVEIRA	JOÃO TEIXEIRA DE MATOS			
Escolaridade	Responsável (Parentesco)			
	A MESMA			
DDD Cidade	Cidade	DDD	Telefone	
83	867483475			
Tipo documento	Número documento	Nº Cms		
Local de procedência	Tipo		UF	
HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURTY (ORTOTRAUMA)	UNIDADESAUDE		PB	
Email	Naturalidade	Cidade		
	JOÃO PESSOA			

Endereço

CEP	Município de residência	UF	País
58060-020	JOÃO PESSOA	PB	GUATEMALA
Número	Complemento	Bairro	
83		INDÚSTRIAS	

Admissão

Data e Hora	Número do paciente	Convênio
12/11/2015 03:21:25	100007166227	SUS
Especialidade	Clinica	
CIRURGIA GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente	
	OUTRA UNIDADE DE SAÚDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MOTO X ASFALTO

Indicações e Transporte

Classificação	Plano de saúde	Via de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Método de transporte	Como transportar		
BAMU	A MESMA		

Sinais Vitais

PA	X	HR	PR	Temperatura

Exames complementares

Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrassonografia []
Deferido []						

Paciente vítima de trauma, Apresenta
frat exposta em antebraço D.

Diagnóstico

Atendido por	
JOSÉ MARCIO BATISTA DA SILVA	

Esperando Ana de
COREN - PB 252.268



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUIE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente

JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS

Data de nascimento
20/04/1993

Mãe

TANIA MARIA BARBOSA DE OLIVEIRA

Endereço

GUATEMALA, 83

Acidente

MOTO X ANIMAL

Data/Hora Classificação

12/11/2019 23:21:05

BAE

1203383

Sexo

Feminino

Data/Hora Entrada

12/11/2019 23:21:05

CNS

Data Baixa

Telefone de Contato
(83) 987453475

Prontuário

Bairro

INDÚSTRIAS

Município

JOAO PESSOA

Profissional

CARLOS PEREIRA DA SILVA NETO

Data/Hora Prescrição

13/11/2019 00:03:51

UF

PB

Nº Cons. Regional

4860/PB

Motivo

ACIDENTE DE MOTOCICLETA

ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTO AMNESIA PARA O ACIDENTE NO MOMENTO GLASGOW 15, NEGA CEFALÉIA OU CERVICALGIA REFERE DOR EM BRAÇO AGUARDANDO TC DE CRÂNIO, TOMOGRAFOS QUEBRADOS NESTE SERVIÇO DIREÇÃO CIENTE, AGUARDANDO REALIZAÇÃO EM OUTRO SERVIÇO

Conduta

Em observação

Enfermeiro

Carlos Pereira da Silva Neto
Neurocirurgia
CRM 4550
13/11/2019 00:03:51

CARLOS PEREIRA DA SILVA NETO
(: 4860/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 12/11/2019 23:21:40



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA



SEGUE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS	BAE 1203383	Data/Hora Entrada 12/11/2019 23:21:05	Data Baixa
Data de nascimento 20/04/1993	Idade 26a 6m 24d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 987453475
Mãe TANIA MARIA BARBOSA DE OLIVEIRA			Prontuário
Endereço GUATEMALA, 83	Bairro INDÚSTRIAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X ANIMAL	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EVERTON SILVEIRA MACEDO	Nº Cons. Regional 11537/PB
Data/Hora Classificação 12/11/2019 23:21:05		Data/Hora Prescrição 12/11/2019 23:29:31	

ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL: PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTO X ANIMAL, REFERE USO DE CAPACETE. PACIENTE AFIRMA QUE NÃO LEMBRA DO ACIDENTE, BEM COMO NÃO RECORDA SE HOUVE VÔMITO, NAUSEA OU CEFALÉIA NA CENA DO ACIDENTE, NO MOMENTO, SEM QUEIXAS NEUROLÓGICAS, AFIRMA DOR EM MSD. AO EXAME: A: EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA, VIAS AÉREAS PÉRVIAS. B: EUPNEICA, COM BOA SATURAÇÃO, TÓRAX SEM ALTERAÇÕES. C: NORMOCÁRDICA E NORMOTENSA. ABDOME SEM SINAIS DE PERITONITE. PÉLVE ESTÁVEL. D: GLASGOW 14. E: ESCORIAÇÕES EM PÉ ESQUERDO. FRATURA EXPOSTA EM ANTEBRAÇO DIREITO. CD: SOLICITO RADIOGRAFIA DE BRAÇO DIREITO E TC DE CRÂNIO ANALGESIA E HIDRATAÇÃO SOLICITO AVALIAÇÃO DA NCR E DA ORTOPEDIA LIBERADA DA CIRURGIA GERAL

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V. CONTINUA, 0,0 (MGTSM)
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO DIREITO

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Deborah Nobrega
Médica Residente
Cirurgia Geral
CRM 11815

Enfermeiro

EVERTON SILVEIRA MACEDO
(CRM: 11537/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 12/11/2019 23:21:40



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE

o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32185700 - CNES: 2593262

Paciente
JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS
Data de nascimento
20/04/1993
Idade
26a 6m 24d

BAE
1203383
Sexo
Feminino

Data/Hora Entrada
12/11/2019 23:21:05
CNS

Data Baixa

Telefone de Contato
(83) 987453475
Prontuário

Mãe
TANIA MARIA BARBOSA DE OLIVEIRA

Endereço
GUATEMALA, 83

Bairro
INDÚSTRIAS

Município
JOAO PESSOA
Profissional
BRUNO DE LUNA ROMA
Data/Hora Prescrição
13/11/2019 01:27:18

UF
PB
Nº Cons. Regional
10075/PB

Acidente
MOTO X ANIMAL

Motivo
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Data/Hora Classificação
12/11/2019 23:21:05

ANAMNESE

ORTOPEDIA TRTAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA OSSOS DO ANTEBRAÇO FEITO POR DR. ROBERTO ALMEIDA CD.
INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORIENTADO POR DR. ROBERTO ALMEIDA

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

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

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

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

CAPTAPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES:: SE PAS > 160 OU PAD > 110; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H, 0,0 (MGTSM)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES:: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES:: SE HGT <60)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

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

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 6/6H, POR 7 DIA(S)

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES:: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP/P)

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE
HEMOGRAMA COMPLETO
TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)
TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)
IONOGRAMA
UREIA

Conduta

Internar Paciente

Enfermeiro

Dr. Bruno Roma
Ortopedia/Traumatologia
CRM: 10075

BRUNO DE LUNA ROMA
(CRM: 10075/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 12/11/2019 23:21:40

T

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HECTER

Nome: Juliane Conceição Barboza BE/Prontuário: 1203383

Idade: Sexo: () Masculino (☒) Feminino Cor: Data: / /

Clinica/Setor: Ortopedia EMP: LR:

Cirurgia: Tratamento cirúrgico fratura exposta do osso do antebraço

Cirurgião: Dr. Roberto Carneiro 1º Assistente: Dr. Bruno Rosa R2

2º Assistente: 3º Assistente:

Instrumentador: Anestesista:

Tipo de Anestesia: Horário: Início Término

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
Fratura exposta do osso do antebraço	
direito (diáfise)	
Fratura exposta do osso do antebraço	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Tratamento cirúrgico fratura	
exposta do osso do antebraço	
direito	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (☒) Não. Descrição:

Biopsia de Congelação: () Sim (☒) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(☒) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM:

Dr. Bruno Rosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 10075

João Pessoa, 13/11/2019

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HECTSIL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDB no membro
inferior a direita
Exposição de longo membro

Incisão:

Achados:

Conduta:

Desbridamento de tecidos dani-
ficados
Limpagem abundante com SAGG.

Fechamento:

Sutura do peritônio
Curativos assépticos

Observação:

Bom e controlado

Dr. Bruno Roma
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 10075

João Pessoa, 13/11/2019

Médico/CRM:

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HOSPITAL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDA no membro
inferior a direita
após de longo tempo

Incisão:

Achados:

Conduta:

Desbridamento de tecido denso-
fibrosos
limpeza abundante com SP 99.

Fechamento:

Integra do ferimento
curativos estéril

Observação:

Paciente em bom estado

Médico/CRM:

Dr. Bruno Roma
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 10075

João Pessoa, 13/11/2019

Nota de Sala Cirúrgica

EEETSPH

NOME DO PACIENTE: Juliene Almeida Barbosa Matos

IDADE: 26 ANOS Nº 203383 ANTUÁRIO: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

CIRURGIÃO: Dr. Carlos da Fonseca ESPECIALIDADE: Ortopedia dos Membros Inferiores (D)

CIRURGIAÇÃO: Dr. Roberto Almeida PAUX: _____

ANESTESIA: Bloqueio do Plexo + Sedação

ANESTESISTA: Dr. Felipe

INSTRUMENTADOR: _____

13/11/19 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INICI: 08:40 CIRURGIA INÍCIO: _____ FIM: _____

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		500ml		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		500ml		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA				FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA	1			FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL				FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	FIO DE NYLON Nº 2.0	1
FENOBARBITAL		ALCOOL ETILICO 70%		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	1	FVPI DEGERMANTE		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL		FVPI TINTURA		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		FVPI TÓPICO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	1	MATERIAIS	QTD.	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		AGULHA 25x4.5 A-100	1	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 25x07	1	FIO POLIGLACTAPRONE Nº	
MIDAZOLAN	1	AGULHA 25x208 A-25	1	FIO SEDA Nº	
MORFINA		AGULHA 40x12		FITA CARDÍACA	
NDIMTUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		CATETER DE PIC	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL		AGULHA RAQUI Nº25G		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº25G		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		FIO STEDMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		FIO STEDMAN Nº	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		HEMOST ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA IV TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA	1	CATETER DE OXIGÊNIO		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		KIT PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		EMPRESA	
DEXAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL Nº18			
DIPIRONA SÓDICA	1	CERA PARA OSSO		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS CORTICAIS	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS (Pcb)	1	PARAFUSOS ESPONDO	
GLICOSE 30%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONDO	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAÍNA GELEIA		ELETRODOS	1	PLACA	
ONDASETRONA	1	EQUIPO MACROGOTAS		PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		EQUIPAMENTOS	
PROTAMENA		ESPONJA DE FVPI	1	() ASPIRADOR	
TENOXICAN		ESPADRAPO	1	() BISTURI ELÉTRICO	
NOXONIC	1	GAZES Pcb	1	() CAPNÓGRAFO	
		GAZES ALGODOADAS		() CARDIOMONITOR	
		GEL ELETROLÍTICO		() DESFIBRILADOR	
		JELCO Nº14		() FOCO AUXILIAR	
		JELCO Nº16		() FOCO CENTRAL	
				() MICROSCOPIO	
				() OXÍMETRO DE PULSO	
				() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				CIRCULANTE	

Assinatura: Juliene Almeida Barbosa Matos (ENG) ASCR 11-1

9360719

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 12/11/19

FRONTÁRIO: 1203323

PACIENTE: Juliana Almeida Barbosa Melo SEXO: F COR: IDADE: 26
 PRESSÃO ARTERIAL: 100/60 PULSO: 60 RESPIRAÇÃO: espontânea TEMPERATURA: 36,0 PESO: GRUPO SANGÜÍNEO:
 ESTADO GERAL: BOM X REGULAR / MAU / PÉSSIMO FUSCO PURPÚRO: BOM X REGULAR / MAU / PÉSSIMO
 EXAMES COMPLEMENTARES: UNP

AP. RESPIRATÓRIO: espontânea AP. CIRCULATÓRIO: Estável
 AP. DIGESTIVO: Jejum ESTADO MENTAL: LOTG DROGAS EM USO:

PRE-ANESTESIA: ESTADO FÍSICO: ASA I

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

QUIRURGIAS REALIZADAS: tratamento cirúrgico fratura de antebraço direito

CIQUELOS: Dr. Roberto AUXILIARES:

INÍCIO DA ANESTESIA: 01:40 TÉRMINO DA ANESTESIA: 02:40 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 1h

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANTIDADE CM: VALORES R\$:

ANESTESISTA: Dr. Felipe / R. Luis Dr. Felipe Dr. Felipe Oliveira

ASSINATURA: 01:40 02:40 Anest. CRM: Anestesiologista CRM: 8660

HSB: 2 SF: 500 RL: 500



ANESTESIA GERAL: ☒ REGIONAL: ☐ EPIDURAL: ☐ BLOCOS: ☐ OUTROS: ☐

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico:

1	Fentanyl	100mcg	11
2	Ropivacaine	5mg	12
3	Ketamine	25mg	13
4	Propofol	5/10 0,25mg/ml	14
5	Lidocaine	2%	15
6	Verapamil	10mg	16
7	Clonidine	8mg	17
8	Diprivan	28mg	18
9	Atorvastatin	60mg	19
10			20

Paciente monitorado: APR #18 MSE - prax

Bloqueio cirúrgico: periférico com glicina 0,25 e neuroestimulação

Dr. neuroestimulação: (1) + (3) mixed - si. de spray 9/5ml

Em ventilação espontânea: 0,25/min c. 100ml

Dr. Felipe Oliveira Anestesiologista CRM: 8660



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUIE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
Em: 25/11/2019 12:22:24

Nome JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS	Boletim de Atendimento 1203383	Data/Hora Entrada 12/11/2019 23:21:05	Data/Hora Saida
Data de nascimento 20/04/1993	Idade 26	Sexo Feminino	CNS 707807685670210
Tempo de Internação 12d 5h 56min		Convênio SUS	Plantão DIURNO
Data de Entrada 12/11/2019 23:21:05	Data Internação 13/11/2019 06:26:24	Permanência na Unidade: 12d 13h 1min	Permanência no Leito: 4d 22h 19min

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO - 25/11/2019 12:22:16)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

ortopedia

CIRURGIA DE CORREÇÃO DE FRATURA DE OSSOS DE ANTEBRAÇO REALIZADO POR
DR PORTELLA SEM INTERCORRENCIAS

CDT: RX DE CONTROLE
VPM

STAFF DR PORTELLA

Seção: HTOP - ENF 10 Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO

Número Conselho: 185222

Dr. José Rogaciano
Machado Couto
25/11/2019 12:22:24



SOCIEDADE
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



100214

Nome: Julienne Conceição B. Mates BE/Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____

Clinica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Osteomíntese do antebraço (D)

Cirurgião: Dr. Luiz Portela 1º Assistente: Dr. Mathews Mesquita

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Carolina Beringer

Tipo de Anestesia: Bloquio Plexo Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório

CID

- Fratura dos ossos do
antebraço (D)

- Fract. Rádio Ulnar (D)

Procedimentos Cirúrgicos

Código

Osteomíntese do Rádio
e ulna Diáfiseis

Osteomíntese do Rádio Ulnar

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria ☐ Terapia Intensa ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Luiz Portela
Ortopedia- Traumatologia
Cirurgia de Mão e Microcirurgia
CRM 13.547/01 11135

João Pessoa, 25/12/19

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Pac. em decúbito dorsal sob anestesia
- 2) Preparação da pele
- 3) Antissepsia e antirreflexo
- 4) Campos estéril.

Incisão:

- 5) Incisão de pele
- 6) Abordagem do tend. radial + redução
aberta + fixação com placa DCP de
02 furros e 04 parafusos corticais

Achados:

- 7) Abordagem do tendão do ulna +
redução aberta + fixação com placa
DCP de 08 furros e 04 parafusos
corticais

Conduta:

- 8) Redução incremental do rádio distal
- 9) Fixação percutânea com fio TC 2.0
curvados.
- 10) Sutura + Curativos
- 11) Boa perfuração distal.
- 12) Tórax axila polvos.

Fechamento:

Observação:

Dr. João Pessoa
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgião de Mão e Microcirurgia
CRM 50.111.111

João Pessoa,

25/11/19

Médico/CRM:

Juliana Conceição Barbosa Matias

110-04-What do you do with the antibiotic

1911
1912
1913
1914
1915
1916
1917
1918
1919
1920
1921
1922
1923
1924
1925
1926
1927
1928
1929
1930
1931
1932
1933
1934
1935
1936
1937
1938
1939
1940
1941
1942
1943
1944
1945
1946
1947
1948
1949
1950
1951
1952
1953
1954
1955
1956
1957
1958
1959
1960
1961
1962
1963
1964
1965
1966
1967
1968
1969
1970
1971
1972
1973
1974
1975
1976
1977
1978
1979
1980
1981
1982
1983
1984
1985
1986
1987
1988
1989
1990
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024
2025
2026
2027
2028
2029
2030
2031
2032
2033
2034
2035
2036
2037
2038
2039
2040
2041
2042
2043
2044
2045
2046
2047
2048
2049
2050
2051
2052
2053
2054
2055
2056
2057
2058
2059
2060
2061
2062
2063
2064
2065
2066
2067
2068
2069
2070
2071
2072
2073
2074
2075
2076
2077
2078
2079
2080
2081
2082
2083
2084
2085
2086
2087
2088
2089
2090
2091
2092
2093
2094
2095
2096
2097
2098
2099
2100
2101
2102
2103
2104
2105
2106
2107
2108
2109
2110
2111
2112
2113
2114
2115
2116
2117
2118
2119
2120
2121
2122
2123
2124
2125
2126
2127
2128
2129
2130
2131
2132
2133
2134
2135
2136
2137
2138
2139
2140
2141
2142
2143
2144
2145
2146
2147
2148
2149
2150
2151
2152
2153
2154
2155
2156
2157
2158
2159
2160
2161
2162
2163
2164
2165
2166
2167
2168
2169
2170
2171
2172
2173
2174
2175
2176
2177
2178
2179
2180
2181
2182
2183
2184
2185
2186
2187
2188
2189
2190
2191
2192
2193
2194
2195
2196
2197
2198
2199
2200
2201
2202
2203
2204
2205
2206
2207
2208
2209
2210
2211
2212
2213
2214
2215
2216
2217
2218
2219
2220
2221
2222
2223
2224
2225
2226
2227
2228
2229
2230
2231
2232
2233
2234
2235
2236
2237
2238
2239
2240
2241
2242
2243
2244
2245
2246
2247
2248
2249
2250
2251
2252
2253
2254
2255
2256
2257
2258
2259
2260
2261
2262
2263
2264
2265
2266
2267
2268
2269
2270
2271
2272
2273
2274
2275
2276
2277
2278
2279
2280
2281
2282
2283
2284
2285
2286
2287
2288
2289
2290
2291
2292
2293
2294
2295
2296
2297
2298
2299
2300
2301
2302
2303
2304
2305
2306
2307
2308
2309
2310
2311
2312
2313
2314
2315
2316
2317
2318
2319
2320
2321
2322
2323
2324
2325
2326
2327
2328
2329
2330
2331
2332
2333
2334
2335
2336
2337
2338
2339
2340
2341
2342
2343
2344
2345
2346
2347
2348
2349
2350
2351
2352
2353
2354
2355
2356
2357
2358
2359
2360
2361
2362
2363
2364
2365
2366
2367
2368
2369
2370
2371
2372
2373
2374
2375
2376
2377
2378
2379
2380
2381
2382
2383
2384
2385
2386
2387
2388
2389
2390
2391
2392
2393
2394
2395
2396
2397
2398
2399
2400
2401
2402
2403
2404
2405
2406
2407
2408
2409
2410
2411
2412
2413
2414
2415
2416
2417
2418
2419
2420
2421
2422
2423
2424
2425
2426
2427
2428
2429
2430
2431
2432
2433
2434
2435
2436
2437
2438
2439
2440
2441
2442
2443
2444
2445
2446
2447
2448
2449
2450
2451
2452
2453
2454
2455
2456
2457
2458
2459
2460
2461
2462
2463
2464
2465
2466
2467
2468
2469
2470
2471
2472
2473
2474
2475
2476
2477
2478
2479
2480
2481
2482
2483
2484
2485
2486
2487
2488
2489
2490
2491
2492
2493
2494
2495
2496
2497
2498
2499
2500
2501
2502
2503
2504
2505
2506
2507
2508
2509
2510
2511
2512
2513
2514
2515
2516
2517
2518
2519
2520
2521
2522
2523
2524
2525
2526
2527
2528
2529
2530
2531
2532
2533
2534
2535
2536
2537
2538
2539
2540
2541
2542
2543
2544
2545
2546
2547
2548
2549
2550
2551
2552
2553
2554
2555
2556
2557
2558
2559
2560
2561
2562
2563
2564
2565
2566
2567
2568
2569
2570
2571
2572
2573
2574
2575
2576
2577
2578
2579
2580
2581
2582
2583
2584
2585
2586
2587
2588
2589
2590
2591
2592
25

DATE	9/5/11	TIME	11:00	LOCATION	CLONING
------	--------	------	-------	----------	---------

05/11/19 08:30 10:40 09:40 10:30

INFORM THE RISE OF CATHOLIC ANTI-SEMITISM IN THE NORTH OF AMERICA EXIST

AGE (1-30)	AGE (31-40)	AGE (41-50)
------------	-------------	-------------

CONDICIÓN DE LA MUESTRA	IMPACTO	CONTAMINADA	INFECTADA	POTENCIALMENTE CONTAMINADA
-------------------------	---------	-------------	-----------	----------------------------

QUANTIDADE	DESCRIÇÃO	QTD.	MATERIALS CONV.	QTD.	FIOS	QTD.
100	ELCO Nº18		ELCO Nº18		ELCO Nº18	
100	ELCO Nº20		ELCO Nº20		ELCO Nº20	
100	ELCO Nº22		ELCO Nº22		ELCO Nº22	
100	ELCO Nº24		ELCO Nº24		ELCO Nº24	
100	KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº	
100	LAMINA HISTÓRIA Nº11		LAMINA HISTÓRIA Nº11		LAMINA HISTÓRIA Nº11	
100	LAMINA HISTÓRIA Nº15		LAMINA HISTÓRIA Nº15		LAMINA HISTÓRIA Nº15	
100	LAMINA HISTÓRIA Nº23		LAMINA HISTÓRIA Nº23		LAMINA HISTÓRIA Nº23	
100	LAMINA HISTÓRIA Nº24		LAMINA HISTÓRIA Nº24		LAMINA HISTÓRIA Nº24	
100	LAMINA DE DERMATÓRMO		LAMINA DE DERMATÓRMO		LAMINA DE DERMATÓRMO	
100	LAMINA DE ENAFRETO		LAMINA DE ENAFRETO		LAMINA DE ENAFRETO	
100	LAVA DE PROCLAMMENTO PAR		LAVA DE PROCLAMMENTO PAR		LAVA DE PROCLAMMENTO PAR	
100	LAVA ESTÉRIL Nº70		LAVA ESTÉRIL Nº70		LAVA ESTÉRIL Nº70	
100	LAVA ESTÉRIL Nº75		LAVA ESTÉRIL Nº75		LAVA ESTÉRIL Nº75	
100	LAVA ESTÉRIL Nº80		LAVA ESTÉRIL Nº80		LAVA ESTÉRIL Nº80	
100	LAVA ESTÉRIL Nº83		LAVA ESTÉRIL Nº83		LAVA ESTÉRIL Nº83	
100	MÁSCARA CIRÚRGICA		MÁSCARA CIRÚRGICA		MÁSCARA CIRÚRGICA	
100	MULTIVIAS		MULTIVIAS		MULTIVIAS	
100	PERFORADOR DE SORO		PERFORADOR DE SORO		PERFORADOR DE SORO	
100	SCALP Nº19		SCALP Nº19		SCALP Nº19	
100	SCALP Nº21		SCALP Nº21		SCALP Nº21	
100	SERINGA 1ML		SERINGA 1ML		SERINGA 1ML	
100	SERINGA 5ML		SERINGA 5ML		SERINGA 5ML	
100	SERINGA 10ML		SERINGA 10ML		SERINGA 10ML	
100	SERINGA 20ML		SERINGA 20ML		SERINGA 20ML	
100	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	
100	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	
100	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	
100	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	
100	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	
100	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	
100	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	
100	SONDA NASOG. CURVA		SONDA NASOG. CURVA		SONDA NASOG. CURVA	
100	SONDA NASOG. LONGA		SONDA NASOG. LONGA		SONDA NASOG. LONGA	
100	SONDA URETRAL Nº		SONDA URETRAL Nº		SONDA URETRAL Nº	
100	TORNÉIRINHA		TORNÉIRINHA		TORNÉIRINHA	
100	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
100	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
100	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
100	TUBO SILICONE (LATEX)		TUBO SILICONE (LATEX)		TUBO SILICONE (LATEX)	
100	PLACA		PLACA		PLACA	
100	PLACA		PLACA		PLACA	
100	EQUIPAMENTOS		EQUIPAMENTOS		EQUIPAMENTOS	
100	ASPIRADOR		ASPIRADOR		ASPIRADOR	

ex 3,5 time - placa DEF 7F (1)
 - parafuso controlar $n = 14(3) / n = 16(3)$
 - parafuso controlar $n = 14(4) / n = 16(2)$
 - formatura - agulha de plano A25(1)
 - placa DEF 8 Kunes (1)

Rosângela D. Ferreira

Téc. Enfermagem
COREN-PR 306656

REPÚBLICA FEDERATIVA DO
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA E IDENTIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO P-36



Juliane de Oliveira
ASSISTENTE SOCIAL

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.773.709 DATA DE EMISSÃO 22/07/2009

NOME JULIENE CONCEIÇÃO BARBOSA MATOS

FILIAÇÃO JOÃO TEIXEIRA DE MATOS
TÂNIA MARIA BARBOSA DE OLIVEIRA

NACIONALIDADE DATA DE NASCIMENTO
JAO PESSOA-PB 20/04/1993

DOUTORADO NASC.N. 69027 FLS. 375 LIV. A 67
C. TORIO 2 JOÃO PESSOA PB

Colégio de Polícia
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

110.172.204-50

Nome

JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS

Nascimento

20/04/1993

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DETRAN - PB Nº 013929765666
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
VIA 1 COD RENAVAM 0068261417-3 00/00000000 2017

NOME
JOSE CARLOS SILVA GONCALVES

CPF/CNPJ 68600046491 PLACA MNP5528/PB

PLACA ANT. UF NOVO PB CHASSI 9C2JC250VVR198416

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 TITAN ANO FAB 1997 ANO MOD 1997

CAP. POT. / OL 2 P/124 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERDE

COTA UNICA VENC. COTA UNICA 1 00/00/0000 2 3 00/00/0000

IPVA PAGA I PVA PARCELAMENTO / COTAS 7 1 2 3

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00000000 COF (R\$) 00000000 PREMIO TOTAL (R\$) 00000000 DATA DE PAGAMENTO 09/10/2017

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMINIO

LOCAL DATA 28/02/2018

JOAO PESSOA - PB

8290

PB Nº 013929765666 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCICIO 2017 DATA EMISSÃO 28/02/2018

VIA 1 CPF/CNPJ 68600046491 PLACA MNP5528/PB

RENAM / AM 00682614173 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 TITAN

ANO FAB 1997 CAT. TARIF 9 Nº CHASSI 9C2JC250VVR198416

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

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

PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 09/10/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.240.608/0001-04

8290-1242333-20180228

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200107372 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS **Data do acidente:** 12/11/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO E ULNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 01 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 08 09 10 14 15 //

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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

- IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____
DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR: () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

- DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

- INFORMAÇÕES IMPORTANTES

* MORTE - R\$ 13.500,00

* INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

* DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

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

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

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

- PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
IDENTIDADE _____
ASSINATURA  _____
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0085229/20

Vítima: JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS

CPF: 110.172.204-50

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 12/11/2019

Titular do CPF: JULIENE CONCEICAO
BARBOSA MATOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS : 110.172.204-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/03/2020
Nome: JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS
CPF: 110.172.204-50

JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/03/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO