
Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190481144

Vítima: JOSE DEIVID PRAXEDES ALVES

Data do Acidente: 13/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE DEIVID PRAXEDES ALVES

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, 01 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190481144

Vítima: JOSE DEIVID PRAXEDES ALVES

Data do Acidente: 13/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE DEIVID PRAXEDES ALVES

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: **JOSE DEIVID PRAXEDES ALVES**

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

Banco: **001**

Agência: **000002176-8**

Conta: **000010031650-6**

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

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 109 684 614 67 Nome completo da vítima: Jose Deivid Praxedes Alves
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Jose Deivid Praxedes Alves CPF: 109 684 614 67
Profissão: Funcionario Publico Endereço: Rua Francisco Dilio Número: 5X Complemento: com
Bairro: Luiza Vieira Cidade: Diamante Estado: PB CEP: 78 998 000
E-mail: deivid.praxedes@hotmail.com (83) 982616835 Tel.(DDD): 9941715207

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0176 8 CONTA: 32 650 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Diamante 15/05/2019
Nome: _____
CPF: _____

X Jose Deivid Praxedes Alves Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

2ª Nome: _____
CPF: _____

COMPREV
COMPREV SEGURADORA DE PREVIDÊNCIA S/A
Assinatura
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA
Assinatura

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



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3ª Delegacia Regional de Polícia Civil
17ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia Distrital de Itaperanga



GOVERNO
DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº. 603 / 2019.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito

DATA DO FATO: 13 / Abril / 2019 HORAS: 15h

SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL.POL. Renato Anderson de Oliveira

Notificante/Vítima:

JOSÉ DEIVID PRAXEDES ALVES, natural de Itaperanga-PB, Solteiro, Func. Público Municipal, nascido no dia 05.12.96, filho de Levi Franco Alves e Josefa Praxedes Alves, RG 3.849.859/SSP/PB e CPF 109.684.644-67, residente na R. Francisco Abílio, 337 centro Diamante/PB.

HISTÓRICO DO FATO:

O (a) notificante, após cientificado (a) das penalidades cominadas ao art. 299 do CPB, declarou o seguinte:

Que no dia e horas acima citadas, estava circulando pelas Ruas de Diamante/PB, conduzindo a moto HONDA CG 150 FAN ESI, cor vermelha, ano 2009/2010, placa NPY2130/PB e chassi 9C2KC155OAR014885, licenciada em nome seu genitor (LEVI FRANCO ALVES), e ao passar pela Rua Dionizio Manguiara (centro), ao desviar de buracos no asfalto, caiu dentro de um deles, sendo então socorrido pelo SAMU para o Hospital Distrital de Itaperanga -PB, em seguida removido para o Regional de Patos e tendo feito cirurgia na Clínica São Francisco.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
15 AGO. 2019

Itaperanga, Pb, 26 de Abril de 2019.

Notificante/Vítima: José Deivid Praxedes Alves

Escrivão Plantonista:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Esc. Pol. Civil de Itaperanga
C/DE EL CARREIRO

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 109 684 614 67 Nome completo da vítima: Jose Deivid Praxedes Alves
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Jose Deivid Praxedes Alves CPF: 109 684 614 67
Profissão: Funcionario Publico Endereço: Rua Francisco Dilio Número: 5X Complemento: com
Bairro: Luiza Vieira Cidade: Diamante Estado: PB CEP: 78 998 000
E-mail: seuemail@hotmail.com (83) 987616835 Tel.(DDD): 9941715207

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0176 8 CONTA: 32 650 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Diamante 15/05/2019
Nome: _____
CPF: _____

X Jose Deivid Praxedes Alves Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

2ª Nome: _____
CPF: _____

COMPREV
COMPREV SEGURADORA DE PREVIDÊNCIA S/A
Assinatura
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE DIAMANTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU 192 - BASE DE DIAMANTE



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB: 16

SAMU
192

- IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data	Ocorrência Nº	Paciente / Usuário	Idade	Sexo
13/04/19	127	JOSÉ DAVID PRAYETE ALVES	22	☒ MASC. ☐ FEM.
Local da Ocorrência	Bairro	Médico Regulador		
Base do Samu	Centro	Dr. Selênio		
Apelo No Local ☐ Pm Resgate/bombeiro ☐ Resgate PRF ☐ Cptan ☐ Strans ☐ Trote ☐ Nenhum ☐ Outro				
OTH: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Recusou Atendimento ☐ Socorrido pelo Bombeiro ☐ Local não Encontrado ☐ Outro				

- TEMPO RESPOSTA - HORÁRIOS : ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

- TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

- ☒ TRAUMA ☐ CLÍNICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO
☐ TRANSFERÊNCIA: PROCEDENTE DO:
☐ OUTROS:
CINEMÁTICA:

Queda de moto

EXAMES FÍSICO:

- ☐ PÁLIDO/ ☐ CIANÓTICO/ ☐ ICTÉRICO/ ☐ SUDOREICO/ ☐ PELE FRIA
☐ PELE ÚMIDA/ ☐ ISOCÓRICO/ ☐ ANISOCÓRICO/ ☐ MIÓTICO
☐ DOR: LOCAL
☐ DISPNEIA/ ☐ TAQUIPNEIA/ ☐ HEMATÊMESE/ ☐ HEMOPTISE

TIPO DE FERIMENTO E LOCAL

Escoriações nos MZZ e fratura de rádio no M519.

- DESTINO

Local: HPZ

Responsável:

Dr. Felipe Guedes

Médico

CRM - PB 12266

Função:

Atendente

- DADOS VITAIS

VVAA: ☐ Livre ☐ Obstruída RESPIRAÇÃO: ☐ >30 lpm ☐ <30 lpm PERFUSÃO CAPILAR: ☐ Retardada ☐ Normal PAS: ☐ >90mm Hg
☐ <90 mm Hg P.A.: 100/80 FC: 95 FR: 18 SPO₂: 96 S/O: 96 SPO₂: 96 C/O: 96 TEMPERATURA: 36,8 GLICEMIA: 129 E. Coma: 1

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: Fratura de membro superior relacionado à acidente de moto

INTERVENÇÕES: Imobilização do membro fraturado e administração de medicação

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO: Paciente do XCOM, 22 anos, consciente e medicado

quintado, porém estabilizado na base do samu, aguardando-se de ser no antebraço em decorrência de um acidente de moto, realizado raio-x e
enfermagem fratura no HPZ, onde o mesmo aguarda por vaga regulado no CHP (Patos).

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA): Foi realizado o atendimento em S/A e o mesmo permaneceu no HPZ.

ENFERMEIRO: Carla COREN: 301521 TÉCNICO DE ENFERMAGEM: Fabiano Ventura Dias COREN: 1325701

CONDUTOR: Apri Luis

RECUSA: COMPREV
NOME: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A R.G.: COMPREV
ASSINATURA: PROTOCOLO
TESTEMUNHA: AG. JOÃO PESSOA TESTEMUNHA: PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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: 26/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DEIVID PRAXEDES ALVES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02176-8

CONTA: 000010031650-6

Nr. da Autenticação 200187E02B3CBA08



ENERGIA PARA A CIDADANIA DE ENERGIA S/A
R-220, km 25 - Cx. de Redenão - João Pessoa/PB - CEP 51071-690
CNPJ 09.035.783/0001-40 - Insc. Est. 18.018.625

Nota Fiscal/Certidão Energia Elétrica: 10023-212-077
Cód. para Dig. Automática: 00007208384

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Access: www.amejia.com.br

Apresentação

Data prevista da

CPY/ CNPY/ RAN

Abr / 2018

11/04/2018

13/05/2019

034.065.344-05

UC (Unidade Consumidora):

5/720639-4

Canal de contato

Canal de co

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
18/02/18	18812	11/04/18	18113						
Demonstrativo									
Tratado Total				187.11	187.11	27	60.51	187.11	200
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0801 Consumo em vigor				12.58	9.00	1	0.00	9.00	0.00
0807 CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA				0.30	0.00	0	0.00	0.00	0.00
0804 JUROS DE MORA 02/2018				0.30	0.00	0	0.00	0.00	0.00
0805 MULTA 03/2018				0.81	0.00	0	0.00	0.00	0.00
TOTAL				209.90	187.11		60.51	187.11	200

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
[REDACTED]
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
PREVIDENCIA S/A
15 AGO. 2019
F. COLO
AG. JOAO RESSOA

COMPREV
COMPREV. PREVIDÊNCIA S/A
[REDACTED]
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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: 4020-1596 / 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 039247067 / 09 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jose Venicio Proxerdes Alves inscrito (a) no CPF sob o Nº 109 684 644 / 67
do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da Vítima Jose Venicio Proxerdes Alves

inscrito (a) no CPF sob o Nº 109 684 644 / 67, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

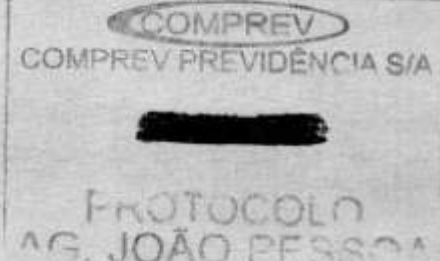
☒ Recuso informar

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 Euríclides Figueiredo</u>	Número: <u>22</u>	Complemento: <u>com</u>
Bairro: <u>centro</u>	Cidade: <u>Itapiranga</u>	Estado: <u>PR</u>
E-mail: <u>edilson.rodrigues@hotmail.com (83) 987616875</u>		CEP: <u>58780 000</u>
		Tel.(DDD): <u>98471520 74</u>

Local e Data: Itapiranga 15/05/2019

Edilson Rodrigues dos Santos
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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: 4020-1596 / 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

Eu, Levi Franco Alves

RG nº 1.280.576

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

, data de expedição 16/01/1987

Órgão SSP/PB

, portador do CPF nº 59.39.74.704.34

com domicílio na cidade de Diamante, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Francisco de Sá, nº 5/N

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Yone Cleinid Praxedes Alves, cujo o condutor era o mesmo

Veículo: moto Modelo: Honda/CG 150 FANESI Ano: 2009/2010

Placa: XPV 2130 Chassi: 9C2KC1550AR014885

Data do Acidente: 13/04/2019

Local e Data: Itaporanga 03/05/2019

Levi Franco Alves

Assinatura do Declarante

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
E NOTAS DE DIAMANTE

Comarca de Itaporanga - PB

Auridete Franco de Santana Oliveira

Oficial do Registro

Aluizio Franco de Santana

1º Escrevente Compromissado

Assinatura do Condutor

(Caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Levi Franco Alves
POR AUTENTICIDADE

Diamante - PB 03 de 05 de 2019

Em test. Auridete Franco de Santana Oliveira

do Registro Civil

Tribunal de Justiça do Estado de Paraíba

SELO DIGITAL DE FISCALIZAÇÃO

Selo Normal - Tipo - B

Outros Atos Registrados

AIG12978 - NRSZ

Confira os dados do ato em

mnp.selodigital.tjpb.jus.br

Emolumentos: R\$ 9,31

Imposto de Renda: R\$ 0,29



Relatório Médico

José Deivid Praxedes Alves

Paciente vítima de acidente de trânsito no dia 13/04/2019. Apresentou como lesão fratura completa de rádio direito e fratura distal de rádio direito. Realizou imobilização cruenta com placa e parafuso e fio de Kirchner. Não realizou fisioterapia. Apresenta como sequelas diminuição do movimento de rotação do membro superior direito, com diminuição de força e parestesia. Alta médica a partir desta data.

01/08/2019

Dr. W. V. Gomes Muniz
Médico
CRM-PB 11480



Dr. Fernando Jucá.



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO
G. JOÃO PESSOA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

DE: Itaionanga

PARA: Patos

ENCAMINHO: José David Pinheiro Alves IDADE: 22a. SEXO: Masculino.

RESIDENTE: Rua Getúlio Vargas

MUNICÍPIO: Diamante

UF: PB

PA 100 x 80 -- HgMM/HG

TEMP

°C

PESO

KG

15 AGO. 2019

QUADRO CLÍNICO ATUAL:

Queda de moto há +/- 1 hora; Refor dor, edema e deformidade em punho (D); Nega outros sintomas.
Ao exame: BEG, AAA, normocorado, hidratado, Vigil, orientado, alcalizado

AC/AP: NON

Dor, edema e deformidade em punho direito.
* Bx de punho direito evidenciando fratura em terço médio do rádio direito.

Solicito avaliação e conduta

13/04/19

HORA: 17:38hs

Dr. Filipe Guedes
Médico
CRM - PB 12266

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES	2605473	CNPJ	08.778.268.0023/76
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO		
ENDEREÇO	RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N		
CIDADE	PATOS	UF	PB
CLASSIF. RISCO	VERDE		
ORIGEM	PRÓPRIA RESIDÊNCIA		
PACIENTE	JOSE DEIVID PRAXEDES ALVES		
NOME SOCIAL			
FILIAÇÃO I	JOSEFA PRAXEDES ALVES	FILIAÇÃO II	LEVI FRANCO ALVES
NASCIMENTO	05/12/1996	IDADE	22a 4m COR PARDO GÊNERO M
PROFISSÃO	DIRETOR DE COMPRAS		
ENDEREÇO	RUA FRANCISCO ABILIO	BAIRRO	CENTRO
CIDADE	DIAMANTE	CEP	58994000
TELEFONE		CELULAR	83987402821
CNS	700400510317750	R.G	3.849.859
ESTADO CIVIL	SOLTEIRO	CPF	
F.A.A	39256	PRONTUÁRIO	22118
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA	OPERADOR	MMAIA
DATA	14/04/2019 Horário: 06:35	TIPO DE SERVIÇO	URGENCIA E EMERGENCI
CARATER	02 -URGENCIA		
CONVÊNIO	SUS AMBULATORIO		
TRANSPORTE	VEICULO PROPRIO		
MÉDICO	WAERSON JOSE DE SOUZA		

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

PESO= _____ PA= _____ X _____ mmHg TEMP= _____

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

SOLICITAÇÃO DE/PARECER
H min

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

CID

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADTAMENTO PELO SISTEMA TNM

Dr. Waerson José Sousa
CRM 5277-7/PA
Tratamento de Trauma Infantil
(Tratamento de Trauma Infantil)



Hospital São Francisco

Boletim de Admissão

Nº _____

Data de Nascimento: 05/12/1996

Nome: 54012 - Jose Delvid Praxedes Alves Idade: 22 anos Sexo: MASC.
Estado Civil: Solteiro Profissão: _____ Origem: Diamante / PB
Responsável: _____ Categoria: PARTICULAR
Endereço: Rua Francisco Abílio, 337 - - Cantor - Diamante - PB -

Data e hora de admissão: 14/04/2019 Hs. 13:11 - Alta 15 / 04 / 19 Hs. 11:45

Internamentos anteriores neste Hospital: ☐ Sim ☐ Não

Internamentos em outros Hospitais: DR FERNANDO ☐ Não

Médico assistente Dr. _____ CRM: 5332

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL

GRATUNKA SALGAS1

ARTO PIN

MOTIVO DA ALTA

Indisciplina () Transferido ()
Curado () A Pedido ()
Melhor () Falecido ()

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

O MESMO

EM CASO DE FALECIMENTO, CAUSA:

Primária: _____

Secundária: _____

Observações: _____

CID: 552

ANAMNESE:

EXAME OBJETIVO:

AP. Recepcionista: Jair Pereira Soares Filho 14/04/2019 - 13:11

CLÍNICA:

Obstétrica () Cirúrgica () Médica () Pediátrica ()

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, Laboratórios)

[Handwritten signature]

FICHA DE ANESTESIA		Hospital São Francisco		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
NOME: <u>Mom David D. W.L.</u>		IDADE: <u>22</u>		SEXO: <u>M</u>	COR: <u>B</u>	
DATA: <u>14/04</u>	PRESSÃO ARTERIAL: <u>110/70</u>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS
URINA						
AP. RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE
AP. CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO				DENTES		PESCOÇO
ESTADO MENTAL				ATARÁXICOS		CORTICÓIDES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				ALERGIA		HIPOTENSORES
ANESTESIA ANTERIORES				ESTADO FÍSICO		RISCO
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA						
14-30		15:00		30		
APLICADAS		EFEITO				
AGENTES ANESTÉSICOS	02 26 26 26					
LÍQUIDO	26 26					
CÓDIGO	26 26					
P.V. ARTERIAL: PULSO: - RESPIRAÇÃO	26 26					
V.Z. - ANESTESIA: OPERAÇÃO	26 26					
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	26 26					
POSICÃO	26 26					
AGENTES	26 26					
TÉCNICA	26 26					
OPERAÇÃO	26 26					
CIRURGIÕES	26 26					
ANESTESISTAS	26 26					
OBSERVAÇÕES	26 26					
ANOTAR NO VERSO, AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS						

ATO - OPERATÓRIO

Cirurgião Dr.

Anestesista:

Anesthesia:

Data:

Descrição da Operação:

(1) GANHO COM CRIO ALBO - (2) ASSCP SH 5 ALB. HCP SH
 (3) PODOPEY PARM COFECOS. (4) JACAR UNIVERSAL.
 (5) GANHO DO NÚMERO POR PLACA, NÚM. DEP. OG
 PARES. (6) SUCRO. (7) ALGUA ANTIEURER NÓDIO -
 ULTRA DEP. PL. POR. A. 10. (8) DATA LITIO PLACAR

TEMPERATURA

[illegible]

PRESCRIÇÃO MÉDICA

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.



Hospital São Francisco

Se precisar estaremos aqui.

RUA PEREGRINO FILHO, 199 | CENTRO | PATOS - PB
Cep: 58.700-450 | TELEFONE: (83) 3421.3454
e-mail: contato@hsaofrancisco.com
www.hsaofrancisco.com

FICHA DE CONSUMO CENTRO CIRÚRGICO

QUANT.	DESCARTÁVEIS
	Agulha p/ Raque Spinal ☐ 25g ☐ 27g
	Agulha Peridural Nº
01	Agulhas ☐ 13x4,5 ☐ 25x7 ☒ 40x12 ☐ 40x16
02	Algodão Hidrófilo (gramas)
03	Algodão Ortopédico (gramas)
	Atadura de Crepon Nº 15cm
	Atadura Gessada Nº
01	Bolsa Coletora de Urina Sist. Fechado
	Cateter Jelco ☐ 14 ☐ 18 ☒ 20 ☐ 22 ☐ 24
	Cateter Nasal de Oxigênio
	Clamp Umbilical
	Dreno Penrose Nº
	Dreno Sucção Nº
	Dreno Tórax Nº
	Duplicador de acesso venoso (2 vias)
05	Eletródos descartáveis
01	Equipo macrogotas ☐ c/nl. ☐ s/nl
	Equipo microgotas ☐ c/nl. ☐ s/nl
	Equipo para infusão sanguínea
	Escalpe ☐ 19 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24
	Escova com PVPI
100ml	Espádrapo (cm)
	Espádrapo micropore (cm)
08	Gaze estéril (pacote)
	Gaze não estéril (pacote)

NOME: João Sávio Soares Alves ADMISSÃO: _____
SEXO: MASC IDADE: 22a ENFIAPTO: _____
INTERVENÇÃO: Trat. Cirúrgico Trat. de Antebraço CONVÊNIO: Part.
CIRURGIÃO: Dr. Fernando Jucá CRM: _____
PRIMEIRO AUXILIAR: _____ CRM: _____
PEDIATRA: _____ CRM: _____
ANESTESISTA: Dr. Augusto CRM: _____
DATA DA INTERVENÇÃO: 14/01/19 HORA: 11:15 TIPO DE ANESTESIA: Bloqueio de peroneo

QUANT.	DESCARTÁVEIS
01	Lâmina de Bisturi ☐ 11 ☐ 15 ☒ 24
01	Luvas estéreis Nº
03	Luvas não estéreis Nº
	Máscara descartável
	Pro-pé descartável
	Pulseira RN
	Seringa 1ml
	Seringa 3ml
02	Seringa 5ml
04	Seringa 10ml
	Seringa 20ml
	Sonda de Foley Nº
	Sonda Nasogástrica ☐ Longa ☐ Curta
	Sonda Uretral Nº
	Touca Turbante Sanfonada
01	Tubo Endotraqueal Nº
	<u>Agulha</u>

QUANT.	DESCARTÁVEIS
	Cal Gut Cromado 0 ☐ c/ag ☐ s/ag
	Cal Gut Cromado 1.0 ☐ c/ag ☐ s/ag
	Cal Gut Cromado 2.0 ☐ c/ag ☐ s/ag
	Cal Gut Cromado 3.0 ☐ c/ag ☐ s/ag
	Cal Gut Simples 0 ☐ c/ag ☐ s/ag
	Cal Gut Simples 1 ☐ c/ag ☐ s/ag
	Cal Gut Simples 2 ☐ c/ag ☐ s/ag
	Cal Gut Simples 3 ☐ c/ag ☐ s/ag
	Cal Gut Simples 4 ☐ c/ag ☐ s/ag
	Cal Gut Simples 5 ☐ c/ag ☐ s/ag
	Monocryl Nº
	Mononylon 1
	Mononylon 2
01	Mononylon 3
	Mononylon 4
	Mononylon 5
	Mononylon 6
	Polycot 0 ☐ c/ag ☐ s/ag
	Polycot 1 ☐ c/ag ☐ s/ag
	Polycot 2 ☐ c/ag ☐ s/ag
	Polycot 3 ☐ c/ag ☐ s/ag
	Prolene 0
	Prolene 2
	Prolene 3
01	Vicryl Nº 2.0

Nome: Jose Naves

Idade: 22a Cor: Enf./Apto: 208 Leito: 01 Categoria: Particular

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

RELATÓRIO MÉDICO

14/5/16	(1) Dieta diurna rpe c-veio pres- TÍTULO	ciente
	(2) SNT - 3000 ml, cv	10 24
	(3) Cefotaxima - 01 g, cv, 6/6h	04h 06h
	(4) Vitamina (40) - cv, 01 vez/dia	04h
	(5) Dipirona - 01 amp, cv, 6/6h	ciente
	(6) Garamal (50) cv, 12/12h, 5/5h	ciente
	(7) Glaxol - 01 amp, cv, 8/8h, 5/5h	ciente
	(8) 14	

Dr. Fernando Jucá
CRM-FB: 5332/CMA-PB: 1223
OTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

SINAIS VITAIS

Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm
R:	lpm	SpO ₂ :	%	R:	lpm	SpO ₂ :	%	R:	lpm	SpO ₂ :	%
PA:	x	mmHg	mmHg	PA:	x	mmHg	mmHg	PA:	x	mmHg	mmHg
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

18h 24h 06h

Maria de Fátima

Téc. Enfermagem
COREN 485.976 PB

Hospital São Francisco

Prescrição Médica

Nome: José Alves

Idade: 22 anos Cor: Leito: 01 Categoria: 1

RELATÓRIO MÉDICO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO
15/4/14	1) Diclofenaco	dia
	2) Sal-500 mg	
	3) Cefuroxima - 500 mg, 6h	17
	4) Dipirona - 500 mg, 6h	
	5) Omeprazol - 20 mg, 1x	dia

SINAIS VITAIS

Tax:	06:00 h	12:00 h	18:00 h	24:00 h
Tax:	°C	°C	°C	°C
R:	lpm	lpm	lpm	lpm
SpO ₂ :	%	%	%	%
PA:	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg
HGT:	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
Diurese:	ml	ml	ml	ml

Dr. Fernando Lima



Hospital São Francisco

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: <i>Jonivir de Moraes Gomes</i>		Idade: <i>22 a</i>	Enfermaria: <i>308</i>	Leito: <i>01</i>	Date: <i>14.04.2019</i>			
DIAGNÓSTICO		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO			CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS			
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outros ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuar ()	Outro ()
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Hábitos de evacuação irregular ()	Lesão neurológica ()			Anorexia ()	Dor abdominal ()	
3	Déficit no auto cuidado para banho	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir alimentos ()			Cavidade bucal ferida ()	Diarréia ()	Outro ()
4	Dor aguda	Fatores psicológicos ()	Outros ()			Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()	
5	Hipertermia	Prejuízo muscular ()	Dor ()	Frequência ()	Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro ()		Outro ()
6	Integridade da pele prejudicada	Ansiedade ()				Incapacidade de lavar o corpo ()		
7	Mobilidade física prejudicada	Agentes lesivos (Ex: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()				Alterações na pressão sanguínea ()		Outro ()
8	Padrão respiratório ineficaz	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outros ()	Relato verbal de dor ()		
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Aumento da taxa metabólica ()				Aumento da temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()		
10	Risco de infecção	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			Teicardina ()	Teicupnéia ()	Outro ()
11	Risco de queda	Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro <i>Pro. par</i>		Destruição de camadas da pele ☒	Invasão de estruturas do corpo ()	
12	Padrão de sono prejudicado	Ansiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular ()		Dificuldade para virar-se ()	Dispneia ao esforço ()	Outro ()
13	Outros	Prejuízo músculo esquelético ()	Desuso ()	Outro ()		Movimentos descontrolados ()		
14	Outros	Ansiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Alterações na profundidade respiratória ()	Dispneia ()	
		Ascite ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()	Salimento de asa d. nariz ()	Ortopnéia ()	Outro ()
		Drenos ()	Outros ()					
		Aumento da exposição ambiental a patógenos ☒	Difesas primárias inadequadas ()					
		Procedimentos invasivos ☒	Outros <i>vs Pro. punitivo</i>					
		Mobilidade física prejudicada ()	Medicações ()					
		Extremos de idade ()	Agitação / Desorientação ()					
		Falta de privacidade / controle do sono ()	Outros ()					Outro ()
		Ruídos ()	Imobilização física ()					

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS	AValiação
☐ Avaliar distensão abdominal			☐ Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada	
☐ Estimular a ingestão de alimentos balanceados e não infantis			☐ Manutenção de glicemia estável	
☐ Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e volume)			☐ Melhorar a escalação alimentar	
☐ Avaliar glicemia capilar, anotar e medir CPM			☐ Melhorar a escalação alimentar e aspecto das eliminações	
☒ Alertar para as queixas de náuseas e vômitos (anotar, medir CPM, reavaliar em 30 minutos)		<i>sempre!</i>		
☐ Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (especie, frequência e quantidade)				
☐ Observar e comunicar dificuldades alimentares				
☐ Encaminhar ao banco de chupeta				
☐ Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e banho sabonido			☐ Ausílio diário às necessidades de higiene	
☐ Explicar ao paciente as possíveis causas da dor				
☐ Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável				
☐ Avaliar características, intensidade e local da dor				
☒ Avaliar interações de sinais vitais		<i>Aprovado! de 12/18</i>	☐ Controle da dor (melhorado/suavizado)	
☐ Administrar analgésico conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação				
☐ Após administrar medicamentos antimicrobianos, avaliar e registrar os resultados			☐ Manutenção de temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos	
☐ Incentivar a ingestão de líquidos				
☐ Observar reações de desidratação/constipação				
☒ Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com a necessidade ou ACM		<i>Aprovado!</i>	☒ Melhora da integridade da pele	
☒ Analisar condições do curativo <i>como supradado, etc.</i>		<i>Aprovado!</i>	☐ Diminuição do risco de lesão	
☐ Orientar e estimular higienização da pele				
☐ Orientar e estimular a movimentação no leito			☐ Mobilidade física melhorada/eficaz	
☐ Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado				
☐ Manter oximetria contínua e anotar valores de SpO2 e comunicar se for menor que 95%			☐ Melhorar de perfusão tissular	
☐ Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura)			☐ Melhorar de perfusão tissular	
☐ Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edemas, pulso e frequência cardíaca)				
☐ Observar o local de fixação da medicação e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos				
☒ Trocar acesso venoso periférico a cada 72h		<i>sempre!</i>	☒ Diminuir o risco de infecção	
☒ Realizar desintoxicação com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações		<i>sempre!</i>		
☒ Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos		<i>sempre!</i>		
☐ Determinar a capacidade de transferência (ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência)			☐ Diminuir o risco de queda	
☐ Manter as grandes do leito elevadas				
☐ Cortar o paciente quando necessário				
☐ Manter ambiente calmo e tranquilo				
☐ Orientar repouso no leito			☐ Melhorar do padrão de sono	
☒ Administrar medicação CPM		<i>sempre VPM</i>		
☐ Outros			☐ Outros	
☐ Outros			☐ Outros	

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

Isabella Avelle S. Lima
 Enfermeira
 COREN-PB: 504.534

DATA:

/ /

HORA:



Hospital São Francisco

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME:	José David Bracedes Alves			REGISTRO:	LEITO:	SETOR ATUAL:
IDADE:	SEXO:	COR:	ESTADO CIVIL:	NATURALIDADE:	PROFISSÃO:	
55a	Masculino		solteiro	Itapiranga - PB	serviço público	
Data de internação hospitalar: 14, 04, 19			Data de internação no setor: 14, 04, 19			
Tem um Cuidador / Responsável: (x) sim () não			Quem? Luísa (amiga)			
Telefone: 83987746981						

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias: () Motivos: não	Alergias: () sim () não Qual:
Doenças: () HAS () DM () DPOC () Cardiopatia () Obesidade () Tabagista () Ex-Tabagista () Neoplasia () hiper/ hipotireoidismo () Alzheimer () parkinson () outras Qual:	
() Alcoolismo () Drogadição () Outros:	Medicações em uso:

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

Queixa principal (motivo da internação hospitalar)

Queda de moto com fratura do braço ^{ante-}

4. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: lpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local Obs:

5. EXAMES LABORATORIAIS SOLICITADOS:

Raio X antebraço direito AP e Perfil

6. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (x) Consciente (x) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
Mobilidade Física: (x) Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:
Linguagem: Alteração: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria
OBS.:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (x) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Máscara Reservatória
(x) Eupnéico () Taquipnéico () Bradipnéico () Dispneia () Outros

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presentes: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros

Tosse: () Improdutiva () Produtiva

Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto:

Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água

Data da inserção do dreno: ____/____/____

Aspecto da drenagem torácica:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(x) Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda Observação:

El: 5740

74 %

D

Antebraço D, Lateral

20190414-01-0003

14/Abr/2019 10:08:17 Antebraço D, Lateral

JOSE DEIVID PRAXEDES ALVES, *

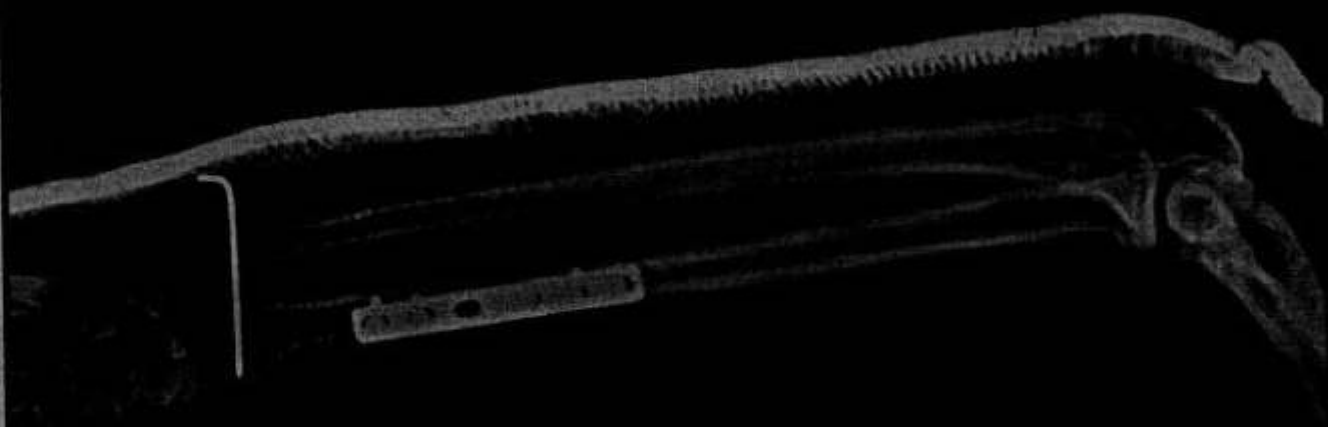
14/Abr/2019 10:10:13

El: 5750

70 %



9A



PERFIL

7

PERFIL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA GERAL
DEFINIMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-239




Jose Deivid Praxedes Alves
RUA DA PONTA DA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Recôita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
109.684.644-67

Nome
JOSE DEIVID PRAXEDES ALVES

Nascimento
05/12/1996

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 AGO. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
[REDACTED]
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.849.859 DATA DE EMISSÃO 23/04/2010

NOME JOSÉ DEIVID PRAXEDES ALVES

PLACAO LEVI FRANCO ALVES
JOSEFA PRAXEDES ALVES

DATA DE NASCIMENTO 05/12/1996

ITAPORANGA-PB
NASC.N.7.558 FLS.405 LIV.A-10
CARTORIO DIAMANTE-PB

compartilhado

LEI N. 9.032/1995

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
[REDACTED]
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013027338853
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
VIA 1 0017780477-7 00700000000 2018

LEVI FRANCO ALVES

59397470434 NPY2130/PB

NOVO 9C2KCI550AR0Y4885

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GMSOLINA

HONDA/CG 150 FAN ESI 2009 2010

2 P/149 /CI PARTIC VERMELHA

COTA ÚNICA 00/0070000 1º 2º 3º
P 000000000 0 PARCELAMENTO COTAS
V 000000000
A

SEM RESERVA DE DORINTO
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA/O
DIAMANT 172 25/04/2017 40053



DETRAN

CONTRAN

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

PB Nº 013027338853 BILHETE DE SEGURO DPVAT

LEVI FRANCO ALVES

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

2016 25/04/2017
EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

LEVI FRANCO ALVES

59397470434 NPY2130/2B

50177804777 HONDA/CG 150 FAN ESI
PRÊMIO TARIFARIO

2009 9 9C2KCI550AR0Y4885

COTA DO BILHETE (R\$) 0,00
COTA ÚNICA 00/0070000 1º 2º 3º
P 000000000 0 PARCELAMENTO COTAS
V 000000000
A

SEM RESERVA DE DORINTO
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA/O
DIAMANT 172 25/04/2017 40053

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.344.886/0001-04

40053-0952475-20170425

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

15 AGO, 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190481144 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DEIVID PRAXEDES ALVES **Data do acidente:** 13/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO DIREITO. P2/13

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P6 ALTA.

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

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO (PÁGINA 1) DATADO DE 01/08/2019, PELO DR. WRYELL GOMES MUNIZ, CRM: 11480.

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

CARTA A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT

Itaporanga/PB, 01 de agosto de 2019.

BENEFICIÁRIO: Jose Denard Proxeden Alves

CPF: 109 684 644 67

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: Jose Denard Proxeden Alves, portador do CPF: 109 684 644 67.

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
CONSORCIO PREVIDÊNCIA S/A
15 AGO. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
CONSORCIO SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA