
Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200283877

Vítima: JOCIMAR MENDES DA SILVA

Data do Acidente: 08/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOCIMAR MENDES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200283877 Vítima: JOCIMAR MENDES DA SILVA

Data do Acidente: 08/05/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOCIMAR MENDES DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, pois o entregue não permite a leitura das informações.
Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", disponível em nosso site, devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois o entregue não permite a leitura das informações.
Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue não permite a leitura completa das informações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Carta nº 16039246



Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200283877

Vítima: JOCIMAR MENDES DA SILVA

Data do Acidente: 08/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOCIMAR MENDES DA SILVA

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: **JOCIMAR MENDES DA SILVA**

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

Banco: **104**

Agência: **000003487**

Conta: **0000032012-8**

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 063.679.014-26 4 - Nome completo da vítima: Zeimar Mendes da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Zeimar Mendes da Silva 6 - CPF: 063.679.014-26
7 - Profissão: Retiro 8 - Endereço: Rua NSR 4 - das Naves 9 - Número: 09
11 - Bairro: Valenteira 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - Data de nascimento: 15/08/1983
15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ

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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$2.500,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: 3487 ☐ CONTA: 32012 ☐ 8 AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso 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 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, e apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e da permanência decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia 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):
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (al nascituro)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

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

34 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: 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 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha: 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data, João Pessoa - PB - 06/08/2018

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Zeimar Mendes da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura:

CAIXA
POUPANÇA



4392 6719 3859 6695

JOCIMAR MENDES DA SILVA

3487 013 00032012-8 10/24

Válida only no Brasil / Válida apenas no Brasil

VISA

ELECTION

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 063.679.014-26 4 - Nome completo da vítima: João Marcos Mendes da Silva

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

5 - Nome completo: João Marcos Mendes da Silva 6 - CPF: 063.
7 - Profissão: Reformado 8 - Endereço: Rua NSRA das Nações 9 - Número: 09 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Valentina 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58063-137
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 9885-1045

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. 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: 32012 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ 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

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 - 06/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA
POUPANÇA



4392 6719 3859 6695

JOCIMAR MENDES DA SILVA

3487 013 00032012.8

10/24

Valid only in Brazil / Válido apenas no Brasil

VISA

Electron



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 055667.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 055667.01.2020.0.00.704, policial civil João Paulo B. de Azevedo, matrícula 1549324 cujo teor passa a ser: às 16:55 min do dia 04/08/2020, na Delegacia Online, **JOCIMAR SILVA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão DESEMPREGADO, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 01/01/1983, idade 37, estado civil Solteiro (a), de cor preta, filho(a) de **MARIA DE FÁTIMA MENDES**, CPF 063.679.014-26, residente e domiciliado em Nossa Senhora das Neves, nº 9, bairro Valentina de Figueiredo, na cidade de João Pessoa/PB, CEP: 58063137, telefone(s) 83988551045, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 08/05/2020 15:50h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Via Aberta; Local do Fato: RUA CELITA LIRA PORTELA, BAIRRO DO VALENTINA II, JOÃO PESSOA/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NA TARDE DO DIA 08/05/2020, POR VOLTA DAS 15:50, OCORREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO SE CONDUZIA NA MOTOCICLETA YAMAHA, MODELO FACTOR YBR 125 K, DE COR PRATA, PLACA 2008/2009 CHASSI 9C6KE122090044185, CADASTRADA EM NOME DE ADELSON MACEDO MICHELIS, QUE TRAFEGAVA NA RUA CELITA LIRA PORTELA, NO BAIRRO DO VALENTINA II, EM JOÃO PESSOA/PB, AUTOMÓVEL DE PLACAS E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS, SENTIDO CONTRÁRIO, BATEU NA MOTO DO DECLARANTE, NÃO CONSEGUINDO MESMO EVITAR A COLISÃO, VINDO A BATER NO LADO DA MOTO, SENDO SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA SER LEVADO EM EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, EM JOÃO PESSOA/PB, ONDE PASSOU POR PROCEDIMENTOS MÉDICOS CABÍVEIS.

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8613 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@scds.pb.gov.br.

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

Jocimar Mendes da Silva
JOCIMAR MENDES DA SILVA

C3809EDDFD8BB1E917B6E

Código de Con

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade é
mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8613 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@scds.pb.gov.br.



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 055667.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online **CERTIFICA** a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 055667.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil João Paulo B. de Azevedo, matrícula 1549324 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 16:55 min do dia 04/08/2020, na Delegacia Online, **JOCIMAR MENDES DA SILVA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão **DESEMPREGADO**, natural de João Pessoa, nascido(a) em 01/01/1983, idade 37, estado civil Solteiro (a), de cor Parda, filho(a) de **MARIA DE FÁTIMA MENDES**, CPF 063.679.014-26, residente e domiciliado(a) no(a) Vila Nossa Senhora das Neves, nº 9, bairro Valentina de Figueiredo, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58063137, telefone(s) 83988551045, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 08/05/2020 15:50h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: RUA CELITA LIRA PORTELA, BAIRRO DO VALENTINA II, João Pessoa/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NA TARDE DO DIA 08/05/2020, POR VOLTA DAS 15:50, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO SE CONDUZIA NA MOTOCICLETA MARCA YAMAHA, MODELO FACTOR YBR 125 K, DE COR PRATA, PLACA KLF-1794/PE, ANO 2008/2009 CHASSI 9C6KE122090044185, CADASTRADA EM NOME DE ADELSON MACEDO MICHELIS, QUE TRAFEGAVA NA RUA CELITA LIRA PORTELA, NO BAIRRO DO VALENTINA II, EM JOÃO PESSOA-PB, QUANDO UM AUTOMÓVEL DE PLACAS E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS, QUE VINHA NO SENTIDO CONTRÁRIO, BATEU NA MOTO DO DECLARANTE, NÃO DANDO TEMPO DO MESMO EVITAR A COLISÃO, VINDO A BATER NO MURO E SE MACHUCANDO, SENDO SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, EM JOÃO PESSOA-PB, ONDE PASSOU POR PROCEDIMENTOS MÉDICOS CABÍVEIS.

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8613 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@scds.pb.gov.br.



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

Jocimar Mendes da Silva
JOCIMAR MENDES DA SILVA

C3809EDDFD8BB1E917B6BDEF9BDA772C

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle: www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8613 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 063.679.014-26 4 - Nome completo da vítima: Zeimar Mendes da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Zeimar Mendes da Silva 6 - CPF: 063.679.014-26
7 - Profissão: Retiro 8 - Endereço: Rua NSR 4 - das Neves 9 - Número: 09
11 - Bairro: Valenteira 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - Data de nascimento: 15/08/1983
15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ

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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$2.500,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: 3487 ☐ CONTA: 32012 ☐ 8 AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso 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 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, e a apresentação, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e da permanência decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia 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):
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (al nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

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

34 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: 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 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha: 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data, João Pessoa - PB - 06/08/2018

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Zeimar Mendes da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura:

CAIXA
POUPANÇA



4392 6719 3859 6695

JOCIMAR MENDES DA SILVA

3487 013 00032012-8 10/24

Válida apenas no Brasil / Valid only in Brazil

VISA

ELECTION

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 063.679.014-26 4 - Nome completo da vítima: João Marcos Mendes da Silva

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

5 - Nome completo: João Marcos Mendes da Silva 6 - CPF: 063.
7 - Profissão: Reformado 8 - Endereço: Rua NSRA das Nações 9 - Número: 09 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Valentina 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58063-137
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 9885-1045

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3487 CONTA: 32012 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ 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

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 - 06/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA
POUPANÇA



4392 6719 3859 6695

JOCIMAR MENDES DA SILVA

3487 013 00032012.8

10/24

Valid only in Brazil / Válido apenas no Brasil

VISA

Electron

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: 01/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOCIMAR MENDES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000032012-8

Nr. da Autenticação D9452A440987710F



 UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/755252-4

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 0000756263

⑤

R\$ 45,42



25/05/2020



Mai / 2020



177kWh

5,28 kWh
MÉDIA DIÁRIA
LEITURA
CONFIRMADA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

FATURAS EM ATRASO

Apr/20	R\$47.59
Mar/20	R\$125.51
Feb/20	R\$125.26
Jan/20	R\$122.70
Dec/19	R\$142.35

DESCRITIVO											
CD	Descrição	Quant	Tarifa Fretos	Valor Total	Base Calc CMB	Alíq CMB	CMS Base Calc 15% CMB	PIS/PIS-Offsh 0,64%	Cofins 4,98%	IR	IR-Offsh
001	Carpetas 30x40-BR	30	0,000000	0,00	0,30	27	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00
002	Carpetas 31 x 40cm-BR	70	0,000000	0,00	0,30	27	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00
003	Carpetas 101 x 42cm-BR	17	0,000000	0,00	0,30	27	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00
010	Subtotal			137,31	137,31	22	2,07	137,31	1,48	8,8	
	JANUARIOS/SEBR/005										
006	Carpetas 30x40			40,50	0,30	0	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00

(C) Código de Classificação do Item	TOTAL	45,42	137,31	57,07	137,31	1,48	6,8
-------------------------------------	-------	-------	--------	-------	--------	------	-----

RESERVADO AO FISCO 1491.0563 cc71.2572 07e8 10

[How to Buy a House \(New\)](#)

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

[illegible]

INDICADORES DE QUALIDADE

NET 1

INTERFACIA 16/2000 - Conviene Pagarlo?

METRA	MENSAL	APURADO TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO (N)
Hora de pico (entre 8h e 18h) - D.C.	5,10	15,30	30,70	22
Horas de pico (entre 8h e 18h) - F.C.	3,10	9,30	18,70	22
Duração da maior intervenção de emergência - D.C.	4,34	13,02	26,04	20
Duração da maior intervenção de emergência - F.C.	1,33	4,00	8,00	20

ATENÇÃO

• Tanta Sora de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
• Para preservar sua saúde, a Energia está pronta para te atender pelos canais virtuais: site, App Energia ON e WhatsApp (16) 99135-4440.

[illegible]

ENERSAFARÁRI - DISTR. - CPO: 1669824-54-220- km 29 - Coto Recreio - Jac. Petróo / PB - CEP 58071-690
 Cx. 30.95 160-2004-40 - Ins. Est. 16.018.80230.

Esta NOTA FISCAL (CONTA DE ENERGIA) fica disponível para consulta e pagamento a partir de 18/05/2020

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIA MENTE AO BANCO DO BRASIL

00190 00009 03150 244006 09683 334172 2 82660000004542

PAGADOR: DIEGO FERNANDES DE LIMA - CPF/CNPJ 030.021.804-81

FRANK SPA DAS NEVES, 09-VALENTINA

Associação	Nº Documento	Data de Vigência	Valor do Documento	Valor Pago
3-930440008668334	000755252202008	25/05/2020	R\$ 45,42	

Copyright © 2004 by John Wiley & Sons, Inc. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage and retrieval system, without permission in writing from John Wiley & Sons, Inc.

Azerbaycan / Azərbaycan Respublikası 0084-3/2447-3





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOCIMAR MENDES DA SILVA
DADOS DE NASCIMENTO	01/01/83
NOME DA MÃE	MARIA DE FATIMA MENDES

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.236.499
Nº PRONTUÁRIO	122.545
DATA DO ATENDIMENTO	08/05/20
HORA DO ATENDIMENTO	17:38
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO D
CID 10	S 42.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, tendo batido em muro apresentando imobilização do membro superior D, refere dor em ombro + braço D e cor limitada. Relato de ingestão de bebida alcoólica. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da U

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do ombro/escápula D - AP e Oblíquo
RX do tórax - AP
RX do braço D - AP e P
RX do cotovelo D - AP e P

TRATAMENTO:

Fratura da diáfise do úmero D ao RX. Sem alteração aos outros RX. Realizado internamento Dr. Carlos Alberto e Dr. Milton Barbosa da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR:	18/05/20
DATA DE EMISSÃO:	09/07/20


Dr. Ewerton Nor
CRM: 251

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESA, TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participa



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



Pará
PARÁ
Governo do

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1236499



Identificação do paciente			
ID 1505575	Nome JOCIMAR MENDES DA SILVA		Sexo M
Data de nascimento 01/01/1983	Idade 37 anos 4 meses 7 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião Pr
Mãe MARIA DE FATIMA MENDES	Pai NAO INFORMADO		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) JESSICA COSTA DOS SANTOS		
DDD Celular 83	Celular 986767028	DDD	Te
Tipo documento	Número documento	Nº Cns	
Local de procedência VALENTINA FIGUEIREDO	Tipo BAIRRO	UF PE	
Idade	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58070145	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro NOSSA SENHORA DAS NEVES
Número 09	Complemento	Bairro VARJÃO	
Admissão			
Data e Hora 08/05/2020 17:38:06	Número da pulseira 1000008800045	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X OBJETO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Tre Nã
Meio de transporte MU	Quem transportou SAMU		
Vital Signs			
PA 110 x 60 mmHg		Pulso 80	Temperatura 36,5
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Principais clínicos paciente vítima de acidente de moto, pelo Samu, e imobilizado em H			
Diagnóstico			CID
Atendido por FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL			Tem

Imprimir



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 580310
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada
JOCIMAR MENDES DA SILVA	1236499	08/05/2020 17:38:06
Data de nascimento	Idade	Sexo
01/01/1983	37a 4m 7d	Masculino
Mãe		CNS
MARIA DE FATIMA MENDES		
Endereço	Bairro	Município
NOSSA SENHORA DAS NEVES, 09	VARJÃO	JOAO PESSOA
Acidente	Motivo	Profissional
MOTO X OBJETO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	CLEMENTINO ALEXANDRE DE CALDAS NETO
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição
08/05/2020 17:38:06		08/05/2020 19:56:56

ANAMNESE

#ORTOPEDIA PACIENTE, 37A, TRAZIDO PELO SAMU COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO, TENDO BATIDO A CABEÇA, CHEGA COM RELATO DE INGESTA DE BEBIDA ALCOLICA. REFERE DOR EM OMBRO BATIDO A CABEÇA, NEGA PERDA DA CONSCIENCIA NAUSEAS E VOMITOS. NEGA OUTRAS QUEIXAS. NE MEDICAMENTOSAS. AO EXAME FISICO: LOTE, BEG, AAAA: EGB, LOTE, AAA, EUPNEICO EM AR AMBIENT SEM DOR A PALPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO DA REGIAO CERVICAL. B: TORAX INDOLOR A PALPAÇÃO, SEM C PULMONAR, SEM SINAIS DE PNEUMOTORAX. C: ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE, SEM SANGRAMENTO. PALPAÇÃO, DEPRESSIVEL E SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL Pelve ESTAVEL D: GLASGOW 15, FOTORREAGENTES E: MEMBROS INFERIORES COM MOBILIDADE PRESERVADA, DOR A MOVIMENTAÇÃO RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA DE UMERU DIREITO CD: INTERNAÇÃO + EXAMES PRE OP+RISCO C PHILUS LONGA STAFF DR TEOFILO.

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 4,0 ML VIA E.V., 8/8H

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

CMEPAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: PELA MAI

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

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

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

Diluir

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

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAS > 160 (DIÁRIA: 50,0) (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110)

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V, ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (OBSERVAÇÕES: SE HGT<60)

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

SULINA REGULAR CONFORME HGT, (OBSERVAÇÕES: E PROTOCOLO HOSPITALAR)

IV + CCGG

ECG



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lúere



P
Go

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031-000
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada
JOCIMAR MENDES DA SILVA	1236499	08/05/2020 17:38:06
Data de nascimento	Idade	CNS
01/01/1983	37a 4m 7d	
Mãe	Sexo	
MARIA DE FATIMA MENDES	Masculino	
Endereço	Bairro	Município
NOSSA SENHORA DAS NEVES, 09	VARJÃO	JOAO PESSOA
Acidente	Motivo	Profissional
MOTO X OBJETO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ANA VITORIA BORGES DE AMORIM
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição
08/05/2020 17:38:06		08/05/2020 18:10:54

ANAMNESE

-CIRURGIA GERAL- PACIENTE, 37A, TRAZIDO PELO SAMU COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO, TEM EM USO DE CAPACETE. CHEGA COM RELATO DE INGESTA DE BEBIDA ALCOLICA. REFERE DOR EM OMBRO BATER BATIDO A CABEÇA; NEGA PERDA DA CONSCIENCIA NAUSEAS E VOMITOS. NEGA OUTRAS QUEIXAS. MEDICAMENTOSAS. AO EXAME FISICO: LOTE. BEG, AAAA: EGB, LOTE, AAA, EUPNEICO EM AR AMBIENTE. SEM DOR A PALPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO DA REGIAO CERVICAL. B: TÓRAX INDOLOR A PALPAÇÃO, SEM PULMONAR, SEM SINAIS DE PNEUMOTORAX. C: ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, SEM SANGRAMENTO A PALPAÇÃO, DEPRESSÍVEL E SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL. PELVE ESTÁVEL D: GLASGOW 15. FOTORREAGENTES E: MEMBROS INFERIORES COM MOBILIDADE PRESERVADA. DOR A MOVIMENTAÇÃO. 1)SOLICITO RADIOGRAFIA DE OMBRO, BRAÇO E COTOVELO DIREITO. 2)SOLICITO AVALIAÇÃO DA ORTO. RADIOGRAFIA DE TORAX 4) REAVALIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO (TRES POSICOES)
RADIOGRAFIA DE COTOVELO DIREITO
RADIOGRAFIA DE BRACO DIREITO

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

m observação

Enfermeiro

ANA VITORIA BORGES DE AMORIM
(CRM: 126)

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 08/05/2020 17:38:06

EXAME LABORATORIAL

COAGULÓGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

IONOGRAMA

UREIA

PROCEDIMENTO

TIPOIA, (OBSERVAÇÕES: HEMI-J EM MSD)

CID10

S42.3 - Fratura da diáfise do úmero

Conduta

Internar Paciente

Enfermeiro


CLEMENTINO ALEXANDRE DE
(CRM: 7596/PB)

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 08/05/2020 17:38:06



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Paraíba
PAR
Governo

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

Impresso por: CLEMENTINO AL

Nome JOCIMAR MENDES DA SILVA		Boletim de Atendimento 1236499	Data/Hora Entrada 08/05/2020 17:38:06
Data de nascimento 01/01/1983	Idade 37	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 4d 9h 23min		Convênio SUS	
Data de Entrada 08/05/2020 17:38:06	Data Internação 08/05/2020 20:40:37	Permanência na Unidade: 4d 12h 25min	

EVOLUÇÃO MEDICA (CLEMENTINO ALEXANDRE DE CALDAS NETO - 13/05/2020 06:01:19)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

SOT

FRATURA METADIAPISARIA DO UMERUO SEGMENTAR

DOR DE MODERADA INTENSIDADE

NEUROLÓGICO PRESERVADO

LABORATORIO OK

AGUARDA OPME (PHILUS LONGA)

SOLICITO TROCA AXILOPALMAR POR PINÇA (SOLICITADA ONTEM E NAO REALIZADA)

P CARDIO PENDENTE

CD VPM

Seção: POSTO IB - ENF 10 Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: CLEMENTINO ALEXANDRE DE CALDAS NETO

Número



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



PARA
Governo do

Parecer Médico

Nome	Idade	Prontuário
JOCIMAR MENDES DA SILVA	37A 4M 7D	
Boletim de Atendimento	Data de Entrada	Data Internação
1236499	08/05/2020 17:38:06	
Convênio	Leito	Clinica
SUS		CIRURGIA GERAL
		Permanência
		32min
		Permanência

Parecer médico

Especialidade

ORTOPEDIA

Profissional

Motivo da solicitação

Data da Solicitação: 08/05/2020 18:10:35

PACIENTE, 37A, TRAZIDO PELO SAMU COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO, TENDO BATIDO ESTAVA EM USO DE CAPACETE. CHEGA COM RELATO DE INGESTA DE BEBIDA ALCOLICA. OMBRO E BRAÇO DIREITO. NEGA TER BATIDO A CABEÇA, NEGA PERDA DA CONSCIENCIA VOMITOS. NEGA OUTRAS QUEIXAS. NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS.

Parecer

Data de Resposta:

da Mônica B. B. B.
Médica
CRM 17.738



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



PARAÍB
Governo do Es

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

Impresso por: JOSE ROGACI

Nome JOCIMAR MENDES DA SILVA		Boletim de Atendimento 1236499	Data/Hora Entrada 08/05/2020 17:38:06	Data/H
Data de nascimento 01/01/1963	Idade 37	Sexo Masculino	CNS	Prontu. 12254
Tempo de Internação 7d 13h 45min		Convênio SUS		Plantão DIURN
Data de Entrada 08/05/2020 17:38:06	Data Internação 08/05/2020 20:40:37	Permanência na Unidade: 7d 16h 47min		Perma 3d 11h

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO - 16/05/2020 10:25:42)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

ORTOPEDIA

POI DE FRATURA DA DIAFISE DO UMEROS DIREITO REALIZADO
POR DR CARLOS ALBERTO E DR MILTON BARBOSA SEM INTERCORRENCIAS

CDT: RX DE CONTROLE

TIPOIA

VPM

STAFF DR CARLOS ALBERTO

Seção: POSTO IB - ENF 10 Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO

Número Consel

Dr. José Rogaciano Machado Couto
CRM: 2215
CPF: 020.161.455-29
Rua. Augusto T. de S. S. 500
Tambau. Cax. 500

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Leiman Mendes da Silva BE/Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: _____

Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____

Cirurgia: Cirurgia de fratura diafrasea Unco Direito

Cirurgião: Dr. Carlos Alberto 1º Assistente: Dr. Milton

2º Assistente: Dr. Rogério (R) 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: Blqueio Horário: Início: _____ Tér: _____

Diagnóstico Pós-Operatório

* Fratura diafrasea Unco Direito

Procedimentos Cirúrgicos

Cirurgia de fratura diafrasea do Unco 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 C

Médico/CRM: _____

João Pessoa

Nota de Sala Cirúrgica

Nome do Paciente: Seimara Mendes da Silva

IDADE: 37 **SEXO:** F **CONTINUIDADE:** 10 **LEITO:** 02

CIRURGIÃO: Dr. Carlos **ANESTESISTA:** Dr. Milton

ANESTESIA: bloqueio de plexo

ANESTESISTA: Dr. João Batista

DISTRIBUIDOR: Patterson

DATA: 16/05/20 **TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO:** 01:45 **TEMPO CIRÚRGICO - FIM:** 10:05

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA: ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST)

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

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

MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.
ALFENTANIL		JELCO Nº 1	10 CAT G
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	<u>soro visco</u>	JELCO Nº 20	10 CAT G
BUPIVACAÍNA PESADA	<u>soro R-L</u>	JELCO Nº 22	10 DE AC
ETANINA		JELCO Nº 24	10 DE AC
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº	10 DE NYT
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº 11	10 DE NYT
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº 15	10 DE NYT
LETANIL		LÂMINA BISTURI Nº 23	10 POLIG
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº 24	10 POLIG
ISOPFLURANO		LÂMINA DE DERMATOMO	10 POLIG
LEVOBUPIVACAÍNA 0,5 VASO		LÂMINA DE ENDERTO	10 POLIP
LEVOBUPIVACAÍNA 0,75 VASO		LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR.	10 POLIP
LIDOCAÍNA 0,5 VASO		LUVAS ESTÉRIL Nº 7,0	10 POLIP
LIDOCAÍNA 0,75 VASO		LUVAS ESTÉRIL Nº 8,0	10 POLIG
MIDAZOLAM		LUVAS ESTÉRIL Nº 9,0	10 SEDA
MORFINA		LUVAS ESTÉRIL Nº 10,0	10 SEDA
NIUMBUM		MÁSCARA CIRÚRGICA	MAT
PAICURÓNDIO		MULTÍTIAS	CATETER
PROPOFOL		PERFUSADOR DE SORO	CONTO
RANFENTANIL		SCALP Nº 19	CLP TITAN
ROCURÓNDIO		SCALP Nº 21	10 DE KID
SEVOFLURANO		SERENÇA 1ML	10 DE KID
SUXAMETÓNDIO		SERENÇA 2ML	10 STEIN
TIOPENTAL		SERENÇA 3ML	10 STEIN
		SERENÇA 4ML	10 STEIN
		SERENÇA 5ML	10 STEIN
		SERENÇA 6ML	10 STEIN
		SERENÇA 7ML	10 STEIN
		SERENÇA 8ML	10 STEIN
		SERENÇA 9ML	10 STEIN
		SERENÇA 10ML	10 STEIN
		SERENÇA 11ML	10 STEIN
		SERENÇA 12ML	10 STEIN
		SERENÇA 13ML	10 STEIN
		SERENÇA 14ML	10 STEIN
		SERENÇA 15ML	10 STEIN
		SERENÇA 16ML	10 STEIN
		SERENÇA 17ML	10 STEIN
		SERENÇA 18ML	10 STEIN
		SERENÇA 19ML	10 STEIN
		SERENÇA 20ML	10 STEIN
		SERENÇA 21ML	10 STEIN
		SERENÇA 22ML	10 STEIN
		SERENÇA 23ML	10 STEIN
		SERENÇA 24ML	10 STEIN
		SERENÇA 25ML	10 STEIN
		SERENÇA 26ML	10 STEIN
		SERENÇA 27ML	10 STEIN
		SERENÇA 28ML	10 STEIN
		SERENÇA 29ML	10 STEIN
		SERENÇA 30ML	10 STEIN
		SERENÇA 31ML	10 STEIN
		SERENÇA 32ML	10 STEIN
		SERENÇA 33ML	10 STEIN
		SERENÇA 34ML	10 STEIN
		SERENÇA 35ML	10 STEIN
		SERENÇA 36ML	10 STEIN
		SERENÇA 37ML	10 STEIN
		SERENÇA 38ML	10 STEIN
		SERENÇA 39ML	10 STEIN
		SERENÇA 40ML	10 STEIN
		SERENÇA 41ML	10 STEIN
		SERENÇA 42ML	10 STEIN
		SERENÇA 43ML	10 STEIN
		SERENÇA 44ML	10 STEIN
		SERENÇA 45ML	10 STEIN
		SERENÇA 46ML	10 STEIN
		SERENÇA 47ML	10 STEIN
		SERENÇA 48ML	10 STEIN
		SERENÇA 49ML	10 STEIN
		SERENÇA 50ML	10 STEIN
		SERENÇA 51ML	10 STEIN
		SERENÇA 52ML	10 STEIN
		SERENÇA 53ML	10 STEIN
		SERENÇA 54ML	10 STEIN
		SERENÇA 55ML	10 STEIN
		SERENÇA 56ML	10 STEIN
		SERENÇA 57ML	10 STEIN
		SERENÇA 58ML	10 STEIN
		SERENÇA 59ML	10 STEIN
		SERENÇA 60ML	10 STEIN
		SERENÇA 61ML	10 STEIN
		SERENÇA 62ML	10 STEIN
		SERENÇA 63ML	10 STEIN
		SERENÇA 64ML	10 STEIN
		SERENÇA 65ML	10 STEIN
		SERENÇA 66ML	10 STEIN
		SERENÇA 67ML	10 STEIN
		SERENÇA 68ML	10 STEIN
		SERENÇA 69ML	10 STEIN
		SERENÇA 70ML	10 STEIN
		SERENÇA 71ML	10 STEIN
		SERENÇA 72ML	10 STEIN
		SERENÇA 73ML	10 STEIN
		SERENÇA 74ML	10 STEIN
		SERENÇA 75ML	10 STEIN
		SERENÇA 76ML	10 STEIN
		SERENÇA 77ML	10 STEIN
		SERENÇA 78ML	10 STEIN
		SERENÇA 79ML	10 STEIN
		SERENÇA 80ML	10 STEIN
		SERENÇA 81ML	10 STEIN
		SERENÇA 82ML	10 STEIN
		SERENÇA 83ML	10 STEIN
		SERENÇA 84ML	10 STEIN
		SERENÇA 85ML	10 STEIN
		SERENÇA 86ML	10 STEIN
		SERENÇA 87ML	10 STEIN
		SERENÇA 88ML	10 STEIN
		SERENÇA 89ML	10 STEIN
		SERENÇA 90ML	10 STEIN
		SERENÇA 91ML	10 STEIN
		SERENÇA 92ML	10 STEIN
		SERENÇA 93ML	10 STEIN
		SERENÇA 94ML	10 STEIN
		SERENÇA 95ML	10 STEIN
		SERENÇA 96ML	10 STEIN
		SERENÇA 97ML	10 STEIN
		SERENÇA 98ML	10 STEIN
		SERENÇA 99ML	10 STEIN
		SERENÇA 100ML	10 STEIN

Medicamentos: euopropilano

Equipamentos: Agulha P. tubo ASD 01

Maria Elair Nogueira
Téc. de En.
COREN-PR

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Paciente DOH sob Anestesia Ampla / Antimicrobiano Apêndice com plexo amigdal
Incisão:	Incisão Antro / Medial Bordo Direito Direção / Amigdal
Achados:	Fratura Ombro Unico Direita
Conduta:	→ Insuflação de 510,91 → Redução ortotomica e reposição de 3 parafusos intramedulares → Fixação placa (10-10-100) → Curativo aberto
Fechamento:	→ Sutura p. pele → Rx Control
Observação:	

Médico/CRM:

Dr. João Pessoa Machado Neto
CRM: 10.015
Rua: Av. J. Pessoa, 199
Também: Cep: 50.030-020

João Pessoa, 16

FON



SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUD PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECI

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HEETS H L

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

Joelmar Mendes da Silva

4 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

5 - DATA DE NASCIMENTO

Sexo *a*

6 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

000

7 - TELEF

8 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

9 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

João Pessoa

10 - CÓD. BGE MUNICÍPIO

11 - UF

12 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIEH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

14 - CÓD. DO PR

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

16 - CÓD. DO PR

17 - DIAGNÓSTICO INICIAL

18 - CID 10 PRINCIPAL

19 - CID 10 SECUNDÁRIO

20 - CI

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL (AIS)

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

22 - CÓD. DO PR

23 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

25 - CÓD. DO PROCEDIMEN

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMEN

28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

29 - CÓD. DO PROCEDIMEN

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

ex: 4,5 Bem med.
01 - placa DCP estreita e 10 parafusos
02 - parafusos corticais n. 26
05 - " " n. 28
01 - " " n. 30
01 - " " n. 32
01 - agulha
01 - placa

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº) DO REQ

() CNS () CPF

Dr. Milton Barbosa
CRM-PB 85921/CRM-PI 7337
TEOT 15203
Ortopedia e Traumatologia

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº) DO REQ

() CNS () CPF



Data: 1/1

Caixa Pronta: _____

[illegible]



Documento de Alta

Nome: JOCIMAR MENDES DA SILVA			Número: 122545
Data de Nascimento: 01/01/1983	Sexo: Masculino	Data de Internação: 08/05/2020 20:40:37	Data de Alta: 18/05/2020
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: # ORTOPEDIA #2º DIA POS OPERATORIO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERU DIREITO REALIZADO POR ALBERTO E DR MILTON BARBOSA SEM INTERCORRENCIAS CONDUTA: ALTA HOSPITALAR ORIENTAÇÃO ANALGESIA E ANTIBIÓTICO POR DR. HEISENBERG			
Resumo da Internação: # ORTOPEDIA #2º DIA POS OPERATORIO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERU DIREITO REALIZADO POR ALBERTO E DR MILTON BARBOSA SEM INTERCORRENCIAS CONDUTA: ALTA HOSPITALAR ORIENTAÇÃO ANALGESIA E ANTIBIÓTICO POR DR. HEISENBERG			
Resultado de Exames: # ORTOPEDIA #2º DIA POS OPERATORIO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERU DIREITO REALIZADO POR ALBERTO E DR MILTON BARBOSA SEM INTERCORRENCIAS CONDUTA: ALTA HOSPITALAR ORIENTAÇÃO ANALGESIA E ANTIBIÓTICO POR DR. HEISENBERG			
Tratamento: # ORTOPEDIA #2º DIA POS OPERATORIO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERU DIREITO REALIZADO POR ALBERTO E DR MILTON BARBOSA SEM INTERCORRENCIAS CONDUTA: ALTA HOSPITALAR ORIENTAÇÃO ANALGESIA E ANTIBIÓTICO POR DR. HEISENBERG			
Diagnóstico: S42.3 - Fratura da diáfise do úmero			
Recomendações: # ORTOPEDIA #2º DIA POS OPERATORIO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERU DIREITO REALIZADO POR ALBERTO E DR MILTON BARBOSA SEM INTERCORRENCIAS CONDUTA: ALTA HOSPITALAR ORIENTAÇÃO ANALGESIA E ANTIBIÓTICO POR DR. HEISENBERG			

Data: 18/05/2020

Dr. Heisenberg
Médico Cirurgião

AUGUSTO
SARMENTO
CRM: 1



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Seus
PARA
Governo do

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

Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O(A) SR(A) **JOCIMAR MENDES DA SILVA**

RG

FOI ATENDIDO (A) POR **AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR**

DO (A) **AREA AMARELA**

NO DIA **08/05/2020 20:43:25**

NECESSITANDO DE **60** - **sessenta**

DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: **S42.3**

T14.9

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTÓLOGO
(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO
ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE 25.01.84, E
SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO



AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR
(12411/PB)

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lu

DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	SALA

F(NG).APC.035-1



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA



CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Joachim Mendes da
Silva

DATA DO ATENDIMENTO: 13 / 05 / 2020

Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA: _____

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Carlos Alvaro

DIAGNÓSTICO: Ex. de trauma abdominal

PROCEDIMENTO: Cirurgia

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

Carimbo no verso com 15 dias
Dr. Carlos Alvaro F(NG).APC.035-1

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTERIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME JOCEMAR MENDES DA SILVA	
	DOC. IDENTIFIC. / OUT. EMISSAO W 2732875 SSP PB
	CPF 063.679.014-26
	DATA NASCIM. 01/01/1983
	RESIDENCIA MARIA DE FATIMA MENDES
PUBLICACAO ACC AC	
Nº REGISTRO 04139932850	
VALIDADE 15/10/2018	
1ª EMISSAO 12/07/2007	
EXERCE ATIV. REMUNERADA:	
Assinatura do Titular Jocemar Mendes da Silva	
Assinatura do Portador Rodrigo Carvalho	
LOCAL JOAO PESSOA, PB	
DATA EMISSAO 17/12/2013	
85614630078 PB027272818	
DEBAY-PR (PARTEA)	

VALIDA EM TODOS
OS TERRITORIOS NACIONAIS

881704506

PROTEGIDA PLASTIFICADA

881704506

Informações sobre o veículo

Placa: KLF-1794

Espécie/ Tipo: PAS / MOTOCICLETA

Marca/ Modelo: YAMAHA/FACTOR YBR125 K

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 124

Cor predominante: PRATA

Chassi: 9C6KE122090044185

Combustível: GASOLINA

Ano fabricação/ Ano modelo: 2008/2009

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

1 488301000		NOME DO PROPRIETÁRIO		RUA DOUTOR GONZAGA MARRANHÃO 149		CASA 105EP		RECIFE-PE		51050-010	
329.681.014-53		CPF/CNPJ		PLACA		KLF1794					
MANUELA CARVALHO DE PAULA		NOME ANTERIOR									
925KE122090044135		CLASS		COMBUSTÍVEL		GASOLINA		ANO/FAB		2008/2009	
PAS MOTOCICLETA		ESPECIE TIPO		MARCA/MODELO		YAMAHA FACTOR VER125 K		CATEGORIA		PARTIC	
2P/124CL		CAPACIDADE		OBSERVAÇÕES		SEM RESERVA		COR/PREDOMINANTE		PRATA	
20158620											
14/12/11		LOCAL		DATA							
RECIFE-PE		Charles Andrews Souza Ribeiro		NOME DO PROPRIETÁRIO		RECIFE-PE					

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

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 Salvador Almeida de Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200283877 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOCIMAR MENDES DA SILVA **Data do acidente:** 08/05/2020 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA MÉDICA. P12

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:

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200283877 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOCIMAR MENDES DA SILVA **Data do acidente:** 08/05/2020 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA MÉDICA. P12

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:

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0222692/20

Número do Sinistro: 3200283877

Vítima: JOCIMAR MENDES DA SILVA

CPF: 063.679.014-26

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 08/05/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOCIMAR MENDES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

JOCIMAR MENDES DA SILVA : 063.679.014-26

Autorização de pagamento

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: 24/08/2020
Nome: JOCIMAR MENDES DA SILVA
CPF: 063.679.014-26

JOCIMAR MENDES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/08/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0222692/20

Vítima: JOCIMAR MENDES DA SILVA

CPF: 063.679.014-26

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 08/05/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOCIMAR MENDES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOCIMAR MENDES DA SILVA : 063.679.014-26

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: 10/08/2020
Nome: JOCIMAR MENDES DA SILVA
CPF: 063.679.014-26

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/08/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOCIMAR MENDES DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA