

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: FRANCISCO FERREIRA CABRAL

Nº Sinistro: 3180000016

Vitima: FRANCISCO FERREIRA CABRAL

Data do Acidente: 02/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180000016**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12155762



Rio de Janeiro, 29 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: FRANCISCO FERREIRA CABRAL

Sinistro: 3180000016
Vítima: FRANCISCO FERREIRA CABRAL
Data do Acidente: 02/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180000016** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO FERREIRA CABRAL

Nº Sinistro: 3180000016

Vítima: FRANCISCO FERREIRA CABRAL

Data do Acidente: 02/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180000016**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **02/10/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Atendimento

Data: 13/10/2017

Hora: 14h:50min

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 821/2017

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO/MOTO**

Data e local do fato: **02/10/2017, BR 361, Catingueira sentido Olho D'água** hora: **aproximadamente às 05:17hs**

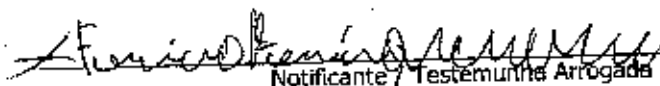
Sob a responsabilidade do Del. Pol. **JOSÉ PEREIRA DE SOUZA.**

Notificante: **FRANCISCO FERREIRA CABRAL**, alcunha "**NEGO CHICO**", Nacionalidade: Brasileira, naturalidade: Patos-PB, nascido em 25/11/1960 com 56 anos, documento: RG Nº 2.453.652 SSP-BA e CPF 175.540.555-34, filho(a) de José Vandick Cabral e de Jesumira Ferreira Cabral, endereço: Rua Maria de Sousa Barreto, Bairro da Maternidade nº 80, Patos-PB, referência: Próximo ao Bar da Cajarana

Vítima: **O NOTIFICANTE ACIMA QUALIFICADO**, alcunha " ", Nacionalidade: **, naturalidade: **, idade: ***, nascido em **/ **/ **, cor/raça: *****, Estado Civil: *****, Profissão: **, Escolaridade: *****, documento: **, filiação: ** e de **, endereço: *****, referência: **

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE**: QUE o notificante vinha conduzindo uma MOTO HONDA CG 160 TITAN EX/ COR VERMELHA/ ANO MOD 2017.2017/ PLACA QFE 4502-PB/ Nº DE CHASSI 2C2KC2210HR014415, licenciada no em nome do próprio notificante, pela BR 361 saindo da cidade de Catingueira no sentido de Olho D'água, que em dado momento do percurso um animal tipo JUMENTO, atravessou em sua mão de direção, vindo o notificante a cair no rodovia, causando diversos ferimentos; QUE terceiros que vinha logo atrás na pista acionaram o socorro através do SAMU192. QUE o notificante foi encaminhado para o Hospital Regional Wecenslau Lopes em Piancó (CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR EM ANEXO), onde foi medicado e ficou em observação. Por essa razão o senhor FRANCISCO FERREIRA CABRAL, comparece a esta delegacia de policia para prestar o referido Boletim e solicitar a presente certidão para tomar as providencias que o caso requer . Nada mais a consignar.


Notificante / Testemunha Arrogada


UBIRATAN FLORENTINO ALVES
Agente de Polícia Civil
Matrícula: 168.368-3



Boletim de ocorrência



19 DEC 2017



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Francisco Ferreira Cabral

CPF da Vítima

173.540.535-39

Data do Acidente

02.10.17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Ratos/PB, 17 de Novembro de 2017

Local e Data

Assinatura do Beneficiário

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANCÓ
SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Comprovação de ato declaratório



FICHA DE ATENDIMENTO PRE-HOSPITALAR

Data	ID Ocorrência	☒ USB ☐ USA ☐ MT	Nº / Equipe	Plantão: ☐ Dia ☒ Noite	Hora de Saída da Base Hs	Hora de Chegada no Local Hs
02.10.17	46		02		05:09	05:17

Solicitante:

Paciente / Usuário	Idade	Sexo	Telefone
Francisco Ferreira Cabral	66	M	
Local da Ocorrência	Bairro	Médico Regulador	
BR-364		Porto Bonito	
Quantidade de Vítima(s) no local: ☐ Uma ☒ Duas ☐ Três ☐ Mais de Três:			
Apoio no Local: ☐ USB ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ BPTRAN ☐ Outro:			
QTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evadiu-se do Local ☐ Trote ☐ Outro:			
DESTINO DO PACIENTE: ☐ At. no Local e Liberado ☒ Encaminhado a Unidade Hospitalar ☐ Óbito no Local ☐ Óbito Durante o Atendimento			
Destino (Unidade Hospitalar)		Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)	
HR Piancó		Dr. Pierre Antoni	

Natureza da ocorrência

- ☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO
☐ PEDIÁTRICO ☒ TRAUMA

CAUSAS EXTERNAS

- > Acidente de Trânsito
☐ Acidente automobilístico:
☒ Acidente motociclístico
☐ Atropelamento por:
☐ Colisão carro x moto
☐ Capotamento
☐ Outro:

- ☐ F.A.F.
☐ F.A.B.
☐ Agressão Física
☐ Afogamento
☐ Queda - Altura aproximada:
☐ soterramento / Desabamento
☐ Choque Elétrico

☐ Outro:

TRANSFERÊNCIA

Hospital de



Responsável

Hospital de

Responsável

☐ AIDS

☐ Alcoolismo

☐ AVC

☐ Convulsão

☐ Diabetes

☐ Doença Cardíaca

☐ Doença Infecto-contagiosa

☐ Quais?

☐ Doença Mental

☐ Doença Renal

☐ Droga

☐ Hipertensão Arterial

☐ Internamentos Anteriores

☐ Problemas Respiratórios

☐ Medicamentos de uso Contínuo

1 - DADOS VITAIS

P.A.: - X - FC: 106 FR: - TEMP: - HGT: - SpO2 - SI/O2: 96 SpO2 CI/O2: -

EXAME CLÍNICO (SISTOMAS, QUEIXAS) / ANOTAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente vítima de acidente motociclístico, consciente, orientado, capnóte, sem claudicação, cortes circunscritos de sutura na região frontal e lateral esquerda por corte de corpo, em péito imobilizado e liberação dos membros. Após MP do péito AVP com selo de + SRL + TUBO 40mg/24 (CV). SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: e encaminhado ao HRP.

Diagnóstico de Enfermagem:

Intervenções: Aplicação dos SSVV. 1 limpeza / adm. de medicação.

Evolução do Enfermeiro:

Pós vítima de acidente motociclístico, consciente, orientado, apnéu, tendo escoriações em MMII e MMII, corte contuso com indicação de sutura na região frontal e lateral, péito imobilizado, limpeza e curativo compressivo, AVP com SRL e conduzido ao HRP.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

Enviar AVP com SRL, imobilização, curativo e conduzir ao HRP.

Assinatura do Médico Regulador

2 - VIA AÉREA:

☒ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:

☒ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE

☒ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHADOS:

☐ Creptação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito Etlíco

3 - CIRCULAÇÃO:

☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☒ Normal

3.1 - EDEMAS

☒ Não ☐ Sim - Local: _____

3.2 - PERFUSÃO

☒ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

3.3 - PULSO

☒ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente

3.4 - E. C. G.

☐ Normal ☐ Alterado ☒ Não Realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

ECGL

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ Abortamento ☐ Hemorragia Vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal _____ semanas

Encontrado: ☒ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ Outro: _____

Nível de Consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

PROCEDIMENTOS

- ☐ Bomba de Infusão
- ☐ Cânula Orofaríngea
- ☒ Colar cervical
- ☐ Controle de hemorragia
- ☐ Cricotireoidostomia
- ☒ Curativo

- ☐ DEA
- ☐ Desobstrução vias aéreas
- ☐ Drenagem torácica
- ☐ Desfibrilhação/ Cardioversão
- ☐ Entubação Orotraqueal
- ☐ Inalação de Oxigênio (O2)
- ☒ Imobilização de membros

- ☐ KED Adulto
- ☐ KED Infantil
- ☐ Massagem cardíaca externa
- ☐ Orotraqueal
- ☒ Prancha Longa
- ☒ Punção venosa
- ☐ Sonda gástrica

- ☐ Sonda vesical
- ☐ Sedação
- ☐ Telas / Tração
- ☐ Ventilação mecânica (manual / automática)
- ☐ VMI
- ☐ VMNI
- ☐ Outros:

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

oxigênio, compressores, equipe médica, jaleco, S.R.L.

PERTENCES DA VÍTIMA

- ☐ Não
- ☐ Sim
- Objetos: _____

JBS

João Bráulio de Souza | 1º Ofício de Notário - Registro de Imóveis

LUIS GABRIEL MONTENEGRO BENTO DE SOUZA REMÍCIO

LUIS GABRIEL MONTENEGRO BENTO DE SOUZA REMÍCIO

Autentico a presente cópia, reproduzida fiel do original que se foi apresentado. Em testemunho da verdade.

Pianco-PB 13/10/2017 14:16:36

FILIPPE MONTENEGRO BENTO DE SOUZA REMÍCIO - TABELÃO SUBSTITUTO

2017-0051813 ENCL:R\$ 2,31 FARPENERS 0,27 FEPUR

SELO DIGITAL: AF075586-00VZ

Confira a autenticidade em <https://selodigital.jbs.br>



Assinatura com Carimbo do Recebedor

Entregues a /Local: _____

Matrícula: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: A. Jorge

TEC. ENFERMAGEM: SAVORA CAVALLA

ENFERMEIRO (A): aparecida

MÉDICO (A): _____

COREN: 722459

COREN: 337476

CRM: _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME: _____

ASSINATURA (RUBRICA): _____

TESTEMUNHA: _____

RG / CPF: _____

Observação: _____

19 DEZ 2017

FRANCISCO FERRAZ CABRAL
KATIA MARIA DE SOUSA BARRETO ED: NATEFIDIANE
PATOS/PB CEP: 58200-000 (AL: 118)

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MUDASCO 81200000
Roteiro: 4 - 118 - 110 - 100
Referência: Jan / 2017
Módulo: 000835468
Emissão: 09/01/2017

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Código de Registro Automático: 0000100723
Número de Fatura: 0000100723
Código de Verificação: 0000100723

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora)

Jan / 2017

Canal de contato

Apresentação

09/01/2017

Data prevista da
próxima leitura

08/02/2017

CPF/CNPJ/RANI

1755225934

Faturas em atraso

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
08/01/17	08/01/17	748	100	31
Demonstrativo				
Consumo em kWh	Quantidade	Preço	Valor (R\$)	
Consumo	100	0,44022	44,02	
ICMS			15,80	
PIS			0,66	
COTAX			3,04	
CONTRIBUIÇÃO JAR PUBLIC				0,00

Histórico de Consumo
(kWh)

Dez/16	81
Nov/16	88
Out/16	84
Set/16	80
Ago/16	87
Jul/16	82
Jun/16	88
Maio/16	91
Abr/16	83
Mar/16	102
Fev/16	70
Jan/16	83

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR (R\$)
ICMS	63,00	25,00	15,80
PIS	63,62	1,0400	0,66
COTAX	75,62	4,0000	3,04

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

16/01/2017

R\$ 69,67

7684 11e2 4afd c541 97bd 0b42 2883 c162

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DEMONSTRAÇÃO	0,00	
DEMONSTRAÇÃO	0,00	
DEMONSTRAÇÃO	0,00	
DEMONSTRAÇÃO	0,00	
DEMONSTRAÇÃO	0,00	
DEMONSTRAÇÃO	0,00	
DEMONSTRAÇÃO	0,00	
DEMONSTRAÇÃO	0,00	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Contribuição Social de Energia	18,75	26,91
Contribuição de Energia	19,57	28,08
Imposto de Transmissão	4,15	5,96
Imposto de Renda	8,52	12,24
Imposto de Renda e Encargos	25,66	36,82
Quinto Sétimo	0,00	0,00
Total	69,67	100,00

Valor do ERSO (R\$) 11/2016 (R\$) 76,41

ATENÇÃO

Comprovante de residência



19 DEZ 2017



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANCÓ
SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

FICHA DE ATENDIMENTO PRE-HOSPITALAR

Data	ID Ocorrência	☒ USB ☐ USA ☐ MT	Nº / Equipe	Plantão: ☐ Dia ☒ Noite	Hora de Saída da Base Hs	Hora de Chegada no Local Hs
02.10.17	46		03		05:09	05:17

Solicitante:

Paciente / Usuário	Idade	Sexo	Telefone
Francine Ferreira Babral	60	M	
Local da Ocorrência	Bairro	Médico Regulador	
BR-364		per baulos	

Quantidade de Vítima(s) no local: ☐ Uma ☒ Duas ☐ Três ☐ Mais de Três:

Apoio no Local: ☐ USB ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ BPTRAN ☐ Outro:

QTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evadiu-se do Local ☐ Trota ☐ Outro:

DESTINO DO PACIENTE: ☐ At. no Local e Liberado ☒ Encaminhado a Unidade Hospitalar ☐ Óbito no Local ☐ Óbito Durante o Atendimento

Destino (Unidade Hospitalar) HRP Piancó Responsável e Função (Assinatura e Carimbo) Dr. Pierre Antonio

Natureza da ocorrência

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO
☐ PEDIÁTRICO ☒ TRAUMA

CAUSAS EXTERNAS

- Acidente de Trânsito
- ☐ Acidente automobilístico
- ☒ Acidente motociclístico
- ☐ Atropelamento por:
- ☐ Colisão carro x moto
- ☐ Capotamento
- ☐ Outro:

- ☐ F.A.F.
- ☐ F.A.B.
- ☐ Agressão Física
- ☐ Afogamento
- ☐ Queda - Altura aproximada:
- ☐ Soterramento / Desabamento
- ☐ Choque Elétrico

☐ Outro:

☐ TRANSFERÊNCIA

Hospital de Origem:

Responsável:

Hospital de Destino:

JBS

Autentico a presente copia, reproducao fiel da

apresentado. Em testemunho da verdade.

Piancó-PR 13/10/2017 14:16:36

FILIPPE MONTENEGRO BENTO DE SOUZA RENTIS

CPF: 02017-0051803 END: R. 2, 31 FARMEN: R. 0, 27

SELO DIGITAL: AF075585-ELV7

Confira a autenticidade em <https://selodigital.br>

Dr. Confirma a autenticidade em <https://selodigital.br>

Doença Infecto-contagiosa

Quem?

- ☐ Hipertensão Arterial
- ☐ Infartamentos Anteriores
- ☐ Problemas Respiratórios
- ☐ Medicamentos de uso Contínuo

1 - DADOS VITAIS

P.A.: - X - FC: 306 FR: - TEMP: - HGT: - SpO2 - S/O2: 96 SpO2 C/O2: -

EXAME CLÍNICO (SISTEMAS, QUEIXAS) / ANOTAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente vítima de acidente motociclístico, consciente, orientado, capnóte, sem claudicação, cortes clínicos de sutura no região frontal e lateral, escoriações por todo corpo, por alto mobilização e limpeza dos ferimentos. Adm. MP Bol. Peto AVP com glicose 20 + SRL + T. (L. 40mg/24h) (CV). SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: encaminhado ao HRP.

Diagnóstico de Enfermagem:

Intervenções: Atenção aos SSVU - 140i mpxa / adm. de med. coág.

Evolução do Enfermeiro:

Por vítima de acidente motociclístico, consciente, orientado, apresentando lesões em MMSS e MMII, corte contínuo com indicação de sutura na região frontal e lateral, por alto mobilização, limpeza e curativo compressivo, AVP com SRL e conduzido ao HRP.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

3a vez AVP com SRL, mobilização, curativo e condução ao HRP.

Assinatura do Médico Regulador



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANACÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE EXAMES (BPA-C / BPA-I)

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

NOME: HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES

CÓDIGO DA UNIDADE: 5673

CNPJ: 08.778.268/0031-86

ENDEREÇO: AV. JOÃO AGRIPIÑO FILHO, 302 BAIRRO: OURO VELHO CEP: 58765-000

MUNICÍPIO: PIANCÓ

ESTADO: PARAÍBA

UF: PB

PACIENTE

NOME: Flaviana Ferreira Gomes IDADE: _____

PROFISSÃO: Doença DOCUMENTO: _____

ENDEREÇO: Parque da Harmonia BAIRRO: _____ CEP: _____

MUNICÍPIO: Piancó ESTADO: Paraíba UF: 25

CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: _____ CNS: 120.744.525.530.0000

DATA DO NASCIMENTO: 20/11/1960 DATA DO ATENDIMENTO: 02/10/17

CARÁTER DO ATENDIMENTO: _____ RAÇA/COR: _____ SEXO: M

DADOS CLÍNICOS

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

Rx de antebraço D

0|2|0|4|0|4|0|0|1|9|1

Rx de antebraço F

0|2|0|4|0|6|0|1|3|3

Rx de pulso D

| | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |

CID - 10 _____

PROFISSIONAL

CBO

CNS

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL

225125

ASSINATURA DO PACIENTE

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO

19/10/17

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA FAZENDA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IMPOSTOS
CARTÃO NACIONAL DE INSCRIÇÃO

FRANCISCO FERREIRA CABRAL

CPF: 175.540.555-34
Data de Nascimento: 25/11/1960

Nome: JOSE VANDICK CABRAL
Sobrenome: FERREIRA CABRAL

Assinatura: *Francisco Ferreira Cabral*

Local: PAROS, PR
Data de Emissão: 21/08/2014

Assinatura do Emissor: *Rodolfo Carneiro*
CPF: 42054100111
CPF: 99020667247

971552066

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

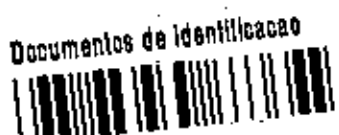
Número: 175.540.555-34
Nome: FRANCISCO FERREIRA CABRAL
Nascimento: 25/11/1960

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

JBS José Braulio de Souza | 1º Ofício de Notas - Registro de Imóveis
Uma Danusa Montenegro Bento de Souza Rêgo
Uma Maria Montenegro Bento de Souza Rêgo

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que se foi apresentado. Em testemunho da verdade.
Pianco-PR 13/10/2017 14:16:35
FILIPE MONTENEGRO BENTO DE SOUZA RÊGO - TABELADO 00000000000000000000
[2017-005178] EPL:RS 2,31 FAREM:RS 0,27 FEPL:RS
SELLO DIGITAL: AFX75583-SAA
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpa.gov.br>

1º OFÍCIO
Filipe de Souza Rêgo
José Braulio de Souza



CÓDIGO DE CONTROLE
7C9D.DCEB.C4DF.EEC8

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:52:38 do dia 25/01/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

19 DEC 2017

19 DE 27

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180000016 **Cidade:** Catingueira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO FERREIRA CABRAL **Data do acidente:** 02/10/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Escoriações pelo corpo

Resultados terapêuticos: Resolução completa, sem evidência de limitação insusceptível a terapêutica ou mecanismo de trauma que acarrete prejuízo funcional parcial/total a vítima.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Segundo a documentação médica disponível não há lesões e/ou sequelas indenizáveis nos moldes previstos pela legislação vigente.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: