

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200389482

Vítima: EWERSON OLEGARIO FERREIRA

Data do Acidente: 25/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EWERSON OLEGARIO FERREIRA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: EWERSON OLEGARIO FERREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000003445-2

Conta: 00000005869-6

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, retorno 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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 300 441 254-70 4 - Nome completo da vítima: Ewerson Olegário Ferreira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	<input type="text"/> Ewerson Olegário Ferreira	6 - CPF:	<input type="text"/> 300 441 254-70
7 - Profissão:	<input type="text"/> RECLUSO	8 - Endereço:	<input type="text"/> Rua Antônio Barbosa
9 - Número:	<input type="text"/> 56	10 - Complemento:	<input type="text"/> casa
11 - Bairro:	<input type="text"/> Três Irmãos	12 - Cidade:	<input type="text"/> Campina Grande
13 - Estado:	<input type="text"/> PB	14 - CEP:	<input type="text"/> 58423-700
15 - E-mail:	<input type="text"/> 83988056654		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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:

<input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

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

AGÊNCIA: 3445 CONTA: 0005869 6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou, <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 omisão 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
Imprímula
digitaliza
informa ou
assinatura
não efetivadas

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data,

Vila Pernambuco 01.10.2020

Wesley Ferreira

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00334.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00334.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:03 horas do dia 14 de outubro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Ewerson Olegario Ferreira**, conhecido(a) por Ewerson, CPF nº 700.441.254-70, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Funcionário de Empresa Privada, filhota de Ana Maria Tolentino Olegario Ferreira e Alembert Ferreira, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 01/07/1998 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Poeta Antônio Barbosa, Nº 56, complemento CASA, bairro Malvinas, tendo como ponto de referência Próximo da Escola Carlos Dumont, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98805-6654.

Dados do(s) Fato(s):

Local: Rua Manoel de Freitas Ramos, nº S/N, Via Pública. Próximo Ao Mercado Henrique, Campina Grande/PB, bairro Cruzeiro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 25/07/20 15:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo CG 125 TITAN MIX KS, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2010/2010, UF: PB, placa NPR-9484, chassi 9C2KC1610AR036072, renavam 20855645-1, características gerais: Demais Dados do Veículo No C.r.l.v.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO ESTAVA PILOTANDO O VEÍCULO E NO LOCAL JÁ AMBOS DESCritos ANTERIORMENTE ACIMA, O VEÍCULO EM QUE ESTAVA FOI ATINGIDO POR UM FIO DA REDE ELÉTRICA QUE FOI ROMPIDO POR UM OUTRO VEÍCULO DO TIPO CAMINHÃO MUITO ALTO QUE NÃO IDENTIFICADO E NEM O CONDUTOR DO MESMO E QUE AMBOS SE EVADIRAM DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA A VÍTIMA, E VEIO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE, SENDO QUE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS PERTINENTES AO CASO, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL, POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI, OBSERVAÇÃO: ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL TEM APENAS A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS A CONTAR DESTA DATA, PORÉM O MESMO PODERÁ SER REVALIDADO POR APENAS MAIS DUAS (02) VEZES EM QUALQUER DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DESTE ESTADO.

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

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1º Superintendência Regional de Polícia Civil
5º Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

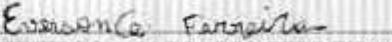
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Lucena/PB, 14 de outubro de 2020.


ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0


EVERSON OLEGARIO FERREIRA

Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 300 441 254-70 4 - Nome completo da vítima: Ewerson Olegário Ferreira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	<input type="text"/> Ewerson Olegário Ferreira		6 - CPF:	<input type="text"/> 300 441 254-70	
7 - Profissão:	<input type="text"/> RECLUSO	8 - Endereço:	<input type="text"/> Rua Antônio Barbosa	9 - Número:	<input type="text"/> 56
11 - Bairro:	<input type="text"/> Três Irmãos	12 - Cidade:	<input type="text"/> Campina Grande	10 - Complemento:	<input type="text"/> casa
13 - Estado:	<input type="text"/> PB		14 - CEP:	<input type="text"/> 58423-700	
15 - E-mail:			16 - Tel (DDD):	<input type="text"/> 83 9 8805 6654	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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:

<input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3445 CONTA: 0005869 6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou, <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 omisão 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
Imprímula
digitaliza
informa ou
assinatura
não efetivadas

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data,

Vila Pernambuco 01.10.2020

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

NÃO ALFABETIZADO TESTEMUNHAS

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EWERSON OLEGARIO FERREIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03445-2

CONTA: 00000005869-6

Nr. Autenticação

BRADESCO25112020050000000002370344500000005869168750 PAGO

DAVIS DO CLIENTE:

JOSEFA GOMES DE FARIASRUA POE ANTONIO BARBOSA 56 58433-492
CAMPINA GRANDE

Nº DA CONTA/UNIDADE CONSUMIDORA

4/83406-9

www.energisa.com.br @energisaREFERÊNCIA
SET/2020APRESENTAÇÃO
18/09/2020CONSUMO
128 kWhVENCIMENTO
25/09/2020TOTAL A PAGAR:
R\$ 105,61

Carteira PBH

BANCO DO BRASIL	001-9	00190.00009 03269.641001 00299.859173 1 8389000010561			
LOCAL DE PAGAMENTO: PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL					VENCIMENTO 25/09/2020
ESPECIE DOCUMENTO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA					ABONO/DEBITO BEMEFICIÁRIO 08.525.546.0001-65
ENDEREÇO: AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4795 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700					NOSSO NOME 32696410000299859
DATAS DO DOCUMENTO: 18/09/2020	N. DOCUMENTO: 00000000-2020-09-6	ESPECIE DOCUMENTO: DS	ALISTE: N	DATA DO PREENCHIMENTO: 18/09/2020	VALOR: 105,61
CONTRA:	17	ESPECIE: RS	QUANTIA/OF:	VENCIMENTO / ADVERTÊNCIA:	
INSTRUÇÕES: OS VALORES DA MULTA/JUROS DE MORA POR ATRASO SÓ SERÃO COBRADOS NA PRIMEIRA FATURA APÓS O PAGAMENTO DESTA. TÍTULO SUJEITO A PROTESTO APÓS O VENCIMENTO. NÃO ACEITAMOS DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE. CASO OCORRA, O MESMO NÃO QUITARÁ ESTA FATURA.					
PAGADOR: JOSEFA GOMES DE FARIAS RUA POE ANTONIO BARBOSA 56 58433-492 CAMPINA GRANDE					CPF/CNPJ: 031.748.814-64 CAMPINA GRANDE (AG: 401)
					LUGAR DE SAÍDA:

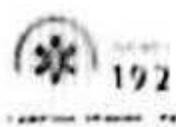


AUTENTICAÇÃO AUTÔMATICA

Ficha de Compensação



Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande - PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA:	22/7/2020	HORA:	15:16 HRS	ID SNC:	260106
NOME:	EMERSON OLIVEIRA FERREIRA				
ORIGINA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
LOCAL:	RUA MANOEL DE FREITAS RAMOS - CRUZERÓ				
COMPLEMENTO:	PROXIMO A NORTE ALTO D'ARARIPE				
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB				

DADOS DA REMOÇÃO

Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma

Campina Grande, 31 de julho de 2020

Coordenador Administrativo
SAMU REGIONAL CG - 192



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: EWERTSON OLEGARIO FERREIRA

Data da Internação: 25/07/2020

Data da Alta: 01/08/2020

Registro: 2193753

Tempo de Permanência: -18469

Diagnóstico Inicial: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Diagnóstico Final:

Principais Exames: NÃO

Cirurgia: OSTEOSINTSE

Data:

Equipe:

Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 1: NATTAN ROZENDO

Aux 2: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos: NÃO

Infecção F.O: NÃO

Coleta de Material: NÃO

Bacteriologia: NÃO

Anatomopatológico: NÃO

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE EM BEG, SEM ITINERÇÕES

Orientações: ORIENTO A LAVAR BEM A FERIDA OPERATÓRIA, RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS, EVITAR CARGA COM O MEMBRO CIRURGIADO, DADO CARTÃO DE RETORNO, DADO ATESTADO MPEDICO

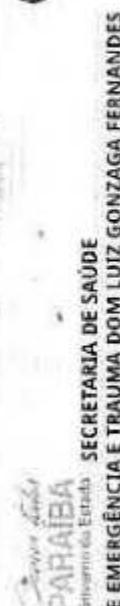
Medicações para Casa:: CIPROFLOXACINO, ARFLEX RETARD

Condições de Alta:: Melhorado

Data: 01/08/2020

Assinatura/Carimbo
 Nattan Santos Rozendo De Oliveira

RESPONSÁVEL: Nattan Santos Rozendo De Oliveira



ATENDIMENTO URGÊNCIA
CONT (B.E) N°:2193742 CLASS. DE RISCO: VERMELHO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.003/0001-52
Av. Floriano Peixoto, 4700 - Malhadas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-803
Data: 25/07/2020
Atendente: acolhimento
Nascimento: 01/07/1998

REIRA
Sexo: F
Idade: 022
RG:

Profissão: ESTUDANTE

CPF:

Data de Atend: 25/07/2020

Atend: 15:56:51

Horário: 15:56:51

Local: Campina Grande

Identificação: MAE

Nome: da Mae ANA MARIA TOLENTINO

CPF:

Data de Atend: 25/07/2020

Atend: 15:56:51

Horário: 15:56:51

Local: Chal/Soberro(a)

Identificação: GARIO FERREIRA

Nome: GARIO FERREIRA

CPF:

Data de Atend: 25/07/2020

Atend: 15:56:51

Horário: 15:56:51

Local: Chal/Soberro(a)

Identificação: GARIO FERREIRA

Nome: GARIO FERREIRA

CPF:

Data de Atend: 25/07/2020

Atend: 15:56:51

Horário: 15:56:51

Local: Chal/Soberro(a)

Identificação: GARIO FERREIRA

Nome: GARIO FERREIRA

CPF:

Data de Atend: 25/07/2020

Atend: 15:56:51

Horário: 15:56:51

Local: Chal/Soberro(a)

Identificação: GARIO FERREIRA

Nome: GARIO FERREIRA

CPF:

Data de Atend: 25/07/2020

Atend: 15:56:51

Horário: 15:56:51

Local: Chal/Soberro(a)

Identificação: GARIO FERREIRA

Nome: GARIO FERREIRA

CPF:

Data de Atend: 25/07/2020

Atend: 15:56:51

Horário: 15:56:51

Local: Chal/Soberro(a)

Identificação: GARIO FERREIRA

Nome: GARIO FERREIRA

CPF:

Data de Atend: 25/07/2020

Atend: 15:56:51

Horário: 15:56:51

Local: Chal/Soberro(a)

Identificação: GARIO FERREIRA

Nome: GARIO FERREIRA

CPF:

Data de Atend: 25/07/2020

Atend: 15:56:51

Horário: 15:56:51

Local: Chal/Soberro(a)

Identificação: GARIO FERREIRA

Nome: GARIO FERREIRA

CPF:

Data de Atend: 25/07/2020

Atend: 15:56:51

Horário: 15:56:51

Local: Chal/Soberro(a)

Identificação: GARIO FERREIRA

Nome: GARIO FERREIRA

CPF:

Data de Atend: 25/07/2020

Atend: 15:56:51

Horário: 15:56:51

Local: Chal/Soberro(a)

Identificação: GARIO FERREIRA

Nome: GARIO FERREIRA

CPF:

Data de Atend: 25/07/2020

Atend: 15:56:51

Horário: 15:56:51

Local: Chal/Soberro(a)

Identificação: GARIO FERREIRA

Nome: GARIO FERREIRA

CPF:

Data de Atend: 25/07/2020

Atend: 15:56:51

Horário: 15:56:51

Local: Chal/Soberro(a)

Identificação: GARIO FERREIRA

Nome: GARIO FERREIRA

CPF:

Data de Atend: 25/07/2020

Atend: 15:56:51

Horário: 15:56:51

Local: Chal/Soberro(a)

Identificação: GARIO FERREIRA

Nome: GARIO FERREIRA

CPF:

Data de Atend: 25/07/2020

Atend: 15:56:51

Horário: 15:56:51

Local: Chal/Soberro(a)

Identificação: GARIO FERREIRA

Nome: GARIO FERREIRA

CPF:

Data de Atend: 25/07/2020

Atend: 15:56:51

Horário: 15:56:51

Local: Chal/Soberro(a)

Identificação: GARIO FERREIRA

Nome: GARIO FERREIRA

CPF:

Data de Atend: 25/07/2020

Atend: 15:56:51

Horário: 15:56:51

Local: Chal/Soberro(a)

Identificação: GARIO FERREIRA

Nome: GARIO FERREIRA

CPF:

Data de Atend: 25/07/2020

Atend: 15:56:51

Horário: 15:56:51

Local: Chal/Soberro(a)

Identificação: GARIO FERREIRA

Nome: GARIO FERREIRA

CPF:

Data de Atend: 25/07/2020

Atend: 15:56:51

Horário: 15:56:51

Local: Chal/Soberro(a)

Identificação: GARIO FERREIRA

Nome: GARIO FERREIRA

CPF:

Data de Atend: 25/07/2020

Atend: 15:56:51

Horário: 15:56:51

Local: Chal/Soberro(a)

Identificação: GARIO FERREIRA

Nome: GARIO FERREIRA

CPF:

Data de Atend: 25/07/2020

Atend: 15:56:51

Horário: 15:56:51

Local: Chal/Soberro(a)

Identificação: GARIO FERREIRA

Nome: GARIO FERREIRA

CPF:

Data de Atend: 25/07/2020

Atend: 15:56:51

Horário: 15:56:51

Local: Chal/Soberro(a)

Identificação: GARIO FERREIRA

Nome: GARIO FERREIRA

CPF:

Data de Atend: 25/07/2020

Atend: 15:56:51

Horário: 15:56:51

Local: Chal/Soberro(a)

Identificação: GARIO FERREIRA

Nome: GARIO FERREIRA

CPF:

Data de Atend: 25/07/2020

Atend: 15:56:51

Horário: 15:56:51

Local: Chal/Soberro(a)

Identificação: GARIO FERREIRA

Nome: GARIO FERREIRA

CPF:

Data de Atend: 25/07/2020

Atend: 15:56:51

Horário: 15:56:51

Local: Chal/Soberro(a)

Identificação: GARIO FERREIRA

Nome: GARIO FERREIRA

CPF:

Data de Atend: 25/07/2020

Atend: 15:56:51

Horário: 15:56:51

Local: Chal/Soberro(a)

Identificação: GARIO FERREIRA

Nome: GARIO FERREIRA

CPF:

Data de Atend: 25/07/2020

Atend: 15:56:51

Horário: 15:56:51

Local: Chal/Soberro(a)

Identificação: GARIO FERREIRA

Nome: GARIO FERREIRA

CPF:

Data de Atend: 25/07/2020

Atend: 15:56:51

Horário: 15:56:51

Local: Chal/Soberro(a)

Identificação: GARIO FERREIRA

Nome: GARIO FERREIRA

CPF:

Data de Atend: 25/07/2020

Atend: 15:56:51

Horário: 15:56:51

Local: Chal/Soberro(a)

Identificação: GARIO FERREIRA

Nome: GARIO FERREIRA

CPF:

Data de Atend: 25/07/2020

Atend: 15:56:51

Horário: 15:56:51

Local: Chal/Soberro(a)

Identificação: GARIO FERREIRA

Nome: GARIO FERREIRA

CPF:

Data de Atend: 25/07/2020

Atend: 15:56:51

Horário: 15:56:51

Local: Chal/Soberro(a)

Identificação: GARIO FERREIRA

Nome: GARIO FERREIRA

CPF:

Data de Atend: 25/07/2020

Atend: 15:56:51

Horário: 15:56:51

Local: Chal/Soberro(a)

Identificação: GARIO FERREIRA

Nome: GARIO FERREIRA

CPF:

Data de Atend: 25/07/2020

Atend: 15:56:51

Horário: 15:56:51

Local: Chal/Soberro(a)

<b

Data da Internação: 25/07/2020 Hora: 16:21:12

SUS Sistema Único do Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO AFASTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

3 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
EWERSON OLEGARIO FERREIRA

6 - N° DO PONTIFÍCIO

2193753

7 - CARTEÃO DO SUS
706908158252538

8 - DATA DE NASCIMENTO

01/07/1998

9 - SEXO

Masculino

Feminino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
ANA MARIA TOLENTINO OLEGARIO FERREIRA

11 - TELEFONE DE CONTA

83 99175906

12 - ENDERECO (RUA, N.º BAIRRO)
RUA RIACHUELO , 1552 , JARDIM PAULISTANO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Campina Grande

14 - CODIGO ICP

250400

15 - UF

PB

16 - CEP

58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
DOR + LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM MSD

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO
NECESSIDADE DE CIRURGIA

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS OU EXAMES DE EXAME DE SUSPEIÇÃO
RADIOGRAFIAS - EXAME FÍSICO

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

21 - CID DO PRINCIPAL

22 - CID DO CÓDIGO BÁSICO

23 - CID DE CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CARACTERIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA
INVESTIGAÇÃO

27 - CARATERIZA
INVESTIGAÇÃO

28 - DOCUMENTO
EXAMES / CPMI
704304514628896

29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
FABIO MARCOS CRISPIM LIMA

30 - DATA DO

25/07/2020

31 - ASSINATURA E FIRMAS DO PROFISSIONAL DO CONSELHO

32 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

1 EMPREGADO
1 EMPREGADOR

33 - CNPJ DA EMPRESA

100000000000000

34 - N° DO RÉGISTRO DA EMPRESA

100000000000000

35 - N° DO RÉGISTRO

100000000000000

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - N° DO RÉGISTRO DA EMPRESA

100000000000000

37 - N° DO RÉGISTRO

100000000000000

38 - N° DO RÉGISTRO

100000000000000

39 - N° DO RÉGISTRO

100000000000000

40 - N° DO RÉGISTRO

100000000000000

41 - N° DO RÉGISTRO

100000000000000

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

1 EMPREGADO
1 EMPREGADOR

43 - AUTONÔMICO

100000000000000

44 - EMPREGADO

100000000000000

45 - APSENTADO

100000000000000

46 - NÃO SEGLIADO

100000000000000

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - CÓDIGO DE PROFISSÃO

49 - ESTADO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO SUSPENSAO

50 - DOCUMENTO

100000000000000

51 - N° DO CERTIFICADO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

100000000000000

52 - N° DO RÉGISTRO

100000000000000

Data da internação: 25/07/2020 Hora: 16:21:12



Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXCELENTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE
EWERTON OLEGARIO FERREIRA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

2193753

7 - CARTÃO DO SUS
706908158252538

8 - DATA DE NASCIMENTO
01/07/1998

9 - SEXO

Mas

Fem

10 - NOME DA MÃE DE RESPONSÁVEL
ANA MARIA TOLENTINO OLEGARIO FERREIRA

11 - TELEFONE DE CONTACTO
83 99175906

12 - ENDEREÇO (RUA, N. BARRA)
RUA RIACHUELO , 1552 , JARDIM PAULISTANO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Campina Grande

14 - CÓDIGO
NU 250400

15 - UF
PB

16 - CEP
58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
DOR + LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM MSD

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
NECESSIDADE DE CIRURGIA

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS
RADIOGRAFIAS + EXAME FÍSICO

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA
27 - CARÁTER DA
INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO
CNPJ/CPF

29 - N° DO CCM/MSN/CNS/CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

704304514628896

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
FÁBIO MARCOS CRISPIM LIMA

31 - DATA

25/07/2020

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)

25/07/2020

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - C - ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

34 - C - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - CNPJ EMPRESA

39 - CNPJ DA EMPRESA

35 - C - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

40 - C - EMPREGADO

41 - C - EMPREGADOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

42 - C - AUTÔNOMO

43 - C - DESPROVIDO

43 - C - EMPREGADO

44 - C - EMPREGADOR

45 - C - FAVORECIDO

46 - C - INDEPENDENTE

47 - C - INDEPENDENTE

48 - C - NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - COD./ORGÃO FAZENS

51 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

52 - DOCUMENTO

CNPJ

53 - N° DOCUMENTO/CNS/CPF DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CNPJ

54 - DATA DA

AUTORIZAÇÃO

55 - ASSINATURA E CARIMBO/Nº DE REGISTRO DO CONSELHO

/ /



Rua Ciclame, 86 - Jardim Atlântico - Olinda - PE
CEP: 53.060-070 - www.tmcirurgica.com.br
Fone: (81) 3431.4960 | 3429.1960 | 99452.1153

09867

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TEGUAN

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE

Engen 26.6.1981 after 10'

Nº DO PRONTUÁRIO

NP-A1-1

600 PROCEDIMENTO

символ

PROCEDIMENTO REALIZADO

~~PROBLEMA REVELADO~~
T.R. TIRER DE FATO. DR. CARLOS A. ESG

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

© 2005 PHILIPS

CX 35 12 Dec 1983

Dr. Wagner Luis Egito de Araújo
CRM - PB 38926

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG

FOLHA DE
ANESTESIAHOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMARIA

LEITO

Nº PRONTUÁRIO

NOME	<i>Eucase Olegario Ferreira</i>				IDADE	72 Anos	SEXO	M	COR
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO		ALTURA		
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLÓBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA		OUTROS		
	URINA								

AP. RESPIRATÓRIO	rrr + r - Am	ASMA	BRONQUITE
------------------	--------------	------	-----------

AP. CIRCULATÓRIO	rrr rr	ELETROCARDIOGRAMA
------------------	--------	-------------------

AP. DIGESTIVO	<i>Iguazul</i>	DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO
---------------	----------------	--------	---------	--------------

ESTADO MENTAL	ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES
---------------	------------	-------------	---------	--------------

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		ESTADO FÍSICO	RISCO
----------------------------	--	---------------	-------

ANESTESIAS ANTERIORES			
-----------------------	--	--	--

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA	APLICADA	AS	EFEITO
--------------------------	----------	----	--------

AGENTES	<i>o r (recuperado)</i>	INDUÇÃO
		Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____
		Laringo espasmo: _____ Lenta: _____
		Náuseas: _____ Vômitos: _____
		Outros: _____

LÍQUIDOS	<i>luz</i>	MANUTENÇÃO
		<i>Oul. d. g. dan 25g</i>
		<i>2) cafei. 100g</i>
		<i>3) C. P. gel. 3g</i>
		<i>4) D. c. ad. 5g</i>



SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	
POSIÇÃO	

AGENTES	
TECNICA	<i>Bisay. d. Glucos frugos v. e. c. anulas gralha.</i>

OPERAÇÃO	<i>int. c. liga. de f. f. de cl. f. de cl. f.</i>
CIRURGIÕES	

ANESTESISTAS	<i>Ambrósio</i>
PROFISSÕES	<i>Numbero de Almeida L. Filho ANESTESIOLOGISTA CEP 7056 - RIO 4583</i>

لکھی

٢٠١٣-١٤٥٦ م. ج. ١٧٣-١٩٦٣ م. ج. ٢٠١٣-١٤٥٦ م. ج. ١٧٣-١٩٦٣ م. ج.

9-4-6

८८

三

40

१०

$$\therefore -10 \\ \therefore -50$$

18

10
१०
१०

5

1

Ward 19 7 10

۱۵۰

2.2. *Aspiduracervina* ^{MT} 10.
W.F.
1933, Feb. 13-1933 20.

وَرَدَ

سی سی ۴۰ — ۱۹۰۷

1

1

١٥٦

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Ewerton Dugario Ferreira DN. 01/07/1998

QD

LEITE

Sala 05

CONVÉNIO

SUS

IDADE

22 anos

REGISTRO

219.37.53

CIRURGIA

TIP curv. lat.
de clavícula (E)

CIRURGÃO

Hélio Almarone + Dr. Wagner

ANESTESIA

Bloqueo Plexo

ANESTESIA

Dr. Humberto + Dr. Natan (P)

INSTRUMENTADORA

Larissa

DATA

31/07/2020

INÍCIO

11:00

FIM

12:20

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

(Re) -

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Correia Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qty.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Calej. p/ Oxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Utigar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.		Compreesa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimoré amp.		Compreesa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonete		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml	510ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercalina	1/2 ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Nubolin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.	010ml	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	015	Espandrapão Largo cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido lítio		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelcior ml	015	Gase Pacote c. 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		H.O. ml	02	Mononylon	2.0
	Thiopental ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
02	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.	01	Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	01	Luvas 7.0	01	Vicryl Sertix	01-
	Flaxidol amp.	01	Luvas 7.5	01	Vicryl Sertix	03-
	Flêbocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.	0	Oxigênio lítio			
	Glúcon de Cálcio amp.		Polifix			
	Haemacel ml	015	PVP Degemante ml			
	Heparamina ml		PVP Topico ml	Qty.	SOROS	
	Kanakion amp.	015	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	015	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinacol	012	Seringa cesc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Prasil amp.	03	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Proglamina	02	Seringa desc. 05 ml	04	SG fr 500 ml p/ lava	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stiptanion amp.		Sonda foley			
	Cefalotina tg		Sonda Nasogástrica			
02			Sonda Uretral n°			
02			Steridrem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		ORTSESE E PRÓTESE	
01	Aguilha desc. 25 x 7	70x12	Galcon 1820		01	Placa reabsorvível 3.5
	Aguilha desc. 28 x 28		Latese			+ Fixo
	Aguilha desc. 3 x 4.5				05	Ponto. Obst. can
	Aguilha p/ rágue n°					
015	Alcool de Enfarragem					
02	Alcool Iodado ml					
	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metílico amp.					
					EQUIPAMENTOS	
					+ Oxímetro de Pulso	
					+ Serra	
					+ Desfibrilador	
					+ Foco Frontal	
					+ Fonte de Luz	
					+ Foco Auxiliar	
					+ Eletrocautério	
					+ Oxícamografo	
					+ Cardiomonitor	
					+ Perfurador Elétrico	



FICHA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA () ELETIVA () JURG/EME

E: <i>Cirurgia de Osteosíntese Toracica</i>		IDADE:
E CHEGADA NO CC:	HORA:	
DATA PROGRAMADA:		CIRURGIÃO RESPONSÁVEL:

ACOLHIMENTO

FATO GERAL:	<input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> COMPROMETIDO <input type="checkbox"/> IRREGULAR <input type="checkbox"/> BOM
REPARO:	<input type="checkbox"/> JEJUM TEMPO DE JEJUM: <input type="checkbox"/> 6h <input type="checkbox"/> 12h <input type="checkbox"/> RETIRADA DE PRÓTESES <input type="checkbox"/> RETIRADA DE ADORNOS
ACESSO VENOSO:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> M.V. LOCAL: <i>A.V.</i>
VENTILAÇÃO:	<input type="checkbox"/> AR AMBIENTE <input type="checkbox"/> M.V. <input type="checkbox"/> INTUBADO <input type="checkbox"/> TQT
ANTECEDENTES:	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> MARCAPASSO <input type="checkbox"/> CONVULSÃO <input type="checkbox"/> TABAGISTA <input type="checkbox"/> ISOLAMENTO DE: <i>11/80</i>
DEVIDO À:	

MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	NOMES:
RESERVAS SANGUÍNEAS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> CONC. HÉMÁCIAS <input type="checkbox"/> PLASMA <input type="checkbox"/> PLAQUETAS <input type="checkbox"/> CRÓPRECIPITADO

CIRURGIAS ANTERIORES:		QUANDO:
EXAMES:	<input type="checkbox"/> RISCO CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> EX. LAB. <i>PHTAO-X</i> <input type="checkbox"/> USG <i>HC</i> <input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA	
PRE-OPERATORIOS:	TERMO DE CONSENTIMENTO: <input type="checkbox"/> PARA CIRURGIA <input type="checkbox"/> NSA <input type="checkbox"/> OUTROS:	
NECESSITA DE MARCAÇÃO DE LATERALIDADE: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	LOCAL:	<input type="checkbox"/> PACIENTE NÃO CONTACTUA OU NÃO CONSEGUE RESPONDER AS PERGUNTAS

PRIMEIRA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

O PACIENTE CONFIRMA: <input type="checkbox"/> IDENTIDADE <input type="checkbox"/> LOCAL DO PROCEDIMENTO <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTO A SER REALIZADO	ALERGIAS CONHECIDAS: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, DEVIDO: <i>anamnese</i>
<input type="checkbox"/> CHECAGEM DE MATERIAL DE ANESTESIA <input checked="" type="checkbox"/> EQUIPAMENTOS DE MONITORIZAÇÃO	RISCO DE VIA AÉREA DIFÍCIL: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM MATERIAL NECESSÁRIO EM S.O.: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
RISCOS: <input type="checkbox"/> PERDA SANGUÍNEA >500ML (7ML/KG EM CRIANÇA): <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> MATERIAL DISPONÍVEL EM S.O. DENTRO DAS NORMAS DE ESTERILIZAÇÃO

OBSERVAÇÕES: <i>ab. clara o Dipirona</i>	ACOLHIDO POR: <i>Eduardo Tchavayev 436735</i>
	DATA: <i>07/06/2010</i>
	SALA: <i>03</i>

TRANSOPERATÓRIO

CIRURGIÃO: <i>D. Amaro</i>	AUXILIAR:
ANESTESIOLOGISTA: <i>Dr. Henrique</i>	ANESTESIA:
CIRCULANTE:	
POSICIONAMENTO: <input type="checkbox"/> DECÚBITO DORSAL <input type="checkbox"/> DECÚBITO VENTRAL <input type="checkbox"/> DECÚBITO LATERAL <input type="checkbox"/> LITOTÔMICA <input type="checkbox"/> GENUPEITORAL <input type="checkbox"/> OUTRAS:	
PLACA DE BISTURI: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	LOCAL: <i>lateral</i>
EQUIPAMENTOS: <input type="checkbox"/> BISTURI ELÉTRICO <input type="checkbox"/> MICROSCÓPIO <input type="checkbox"/> TORRE VDL <input type="checkbox"/> ARCO CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> LASER <input type="checkbox"/> OUTROS:	
USO DE COXINS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	LOCAL:

SEGUNDA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

<input type="checkbox"/> TODOS OS MEMBROS DA SALA SE CONHECEM <input type="checkbox"/> PASSOS CRÍTICOS DA CIRURGIA; DURAÇÃO ESTIMADA: <i>01 hr</i> <input type="checkbox"/> PREOCUPAÇÕES EM RELAÇÃO A ANESTESIA <input type="checkbox"/> LOCAL DO PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/> NOME DO PACIENTE <input type="checkbox"/> CIRURGIA PROGRAMADA <input type="checkbox"/> PROFILAXIA ANTIMICROBIANA COM <input type="checkbox"/> EXAMES ESSENCIAIS DISPONÍVEIS DA S.O.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS PELO ANESTESISTA

HORA: <i>11:00</i>	Medicamento: <i>fundoplicante Si. Yoda 1000mg</i>			HORA:
HORA: <i>11:00</i>	Medicamento: <i>Verapamil 10mg</i>			HORA:
HORA: <i>11:00</i>	Medicamento: <i>Novocaina, Novocainol</i>			HORA:
HORA:				
HORÁRIO	PA	F.C.	SPO2	
ADMISSÃO NA S.O.: <i>11:00</i>	<i>135x70</i>	<i>52</i>	<i>94%</i>	
FIM DA CIRURGIA: <i>12:00</i>	<i>180x100</i>	<i>92</i>	<i>96</i>	

PROCEDIMENTOS

REALIZADO POR:

DRENOS E CANULAS

<input type="checkbox"/> IOT n.º <input type="checkbox"/> SNG n.º <input type="checkbox"/> SNE n.º	<input type="checkbox"/> PENROSE LATEX <input type="checkbox"/> PENROSE SILICONE
<input type="checkbox"/> ACESSO CENTRAL TIPO: <i>local:</i>	<input type="checkbox"/> WATERMAN <input type="checkbox"/> BLAKE
<input type="checkbox"/> AVP: <i>CATETER N.º</i>	<input type="checkbox"/> GUEDEL <input type="checkbox"/> SUSSAÇÃO
<input type="checkbox"/> PAM CATETER N.º <i>local:</i>	<input type="checkbox"/> DRENO TORÁCICO <input type="checkbox"/> DRENO DE MEDIASTINO
<input type="checkbox"/> SVD n.º <i>BALÃO COM m/ABD</i> <input type="checkbox"/> JSVA	<input type="checkbox"/> IRRIGAÇÃO VESICAL

TERCEIRA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

<input type="checkbox"/> NOME DO PROCEDIMENTO: <i>Tto. cirurg. Flot. clavícula</i>	<input type="checkbox"/> CONTAGEM DE COMPRESSAS
<input type="checkbox"/> ALGUMA PREOCUPAÇÃO EM RELAÇÃO A RECUPERAÇÃO DO PACIENTE: <i>(E)</i>	<input type="checkbox"/> MATERIAIS PARA EXAMES <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
QUAL: _____	

CLEAN

CONTROLES - SINAIS VITais - CLÍNICA MÉDICA

Gedenkblatt zu Ehren

Daten: 21.11.11

nº:	5-1	Data:	31/10/2013
OBSERVAÇÕES			

19210 31 362 981 18 - -



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Data da Impressão: 31/07/2020
Horas da Impressão: 12:15:19
Médico (s) Diarista: Nattan Santos Rozendo De Oliveira

PREScrição MÉDICA

S- /

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2193753 Paciente: EWERSON OLEGARIO FERREIRA Idade: 022

Nome da Mãe: ANA MARIA TOLENTINO OLEGARIO FERREIRA Data de Nascimento: 01/07/1998 Sexo: M

Clinica: UCP Enfermaria: 5 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DA CLAVICULA DIREITA

DIA 31/07/2020

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	01
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML EV. 01 FRASCO 24/24 HORAS	01
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR EV. 01 FRA AMP, 12h/12h 0D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18/08
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML EV. 01 AMPOLA, 8h/8h	14/08
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML EV. 1AMPOLA, 8h/8h	15/08
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais	03
7	CURATIVOS 12h/12h	04

g.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº de prontuário: 2193753 Paciente: EWERSON OLEGARIO FERREIRA Idade: 022 Sexo: M

Nome da Mãe: ANA MARIA TOLENTINO OLEGARIO FERREIRA Data de Nascimento: 01/07/1998 Admissão: 25/07/2020 DHU - 7

Clinica: UCP Enfermaria: 5 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

DIA 01/08/2020

MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira /

Item	Prescrição	Agravamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. DIFRASCO. 24/24 HORAS	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 01 FRA AMP. 12h:12h ID:ID	
4	Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 01 AMPOLA, s/ s/	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, s/ s/	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais	
7	CURATIVOS 12h:12h	

EVOLUÇÃO

DATA: 01/08/2020 HORA: 09:40:19

**PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSINTSE DEVIDO A FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA, SEM INTERCORRENCIAS
CD: ALTA HOSPITALAR VIDE RESUMO DE ALTA**

ASSINATURA + CARIMBO

Nattan Santos Rozendo De Oliveira



4. Götzenhain + Dornburg +
Hausen + Dornburg + Dornburg
+ Dornburg + Dornburg + Dornburg

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

153.15284.42-9

6390274

0050

PB

Foto verso Carteira Trabalho

ASSINATURA DO FICHAIR



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



EVERSON OLEGARIO FERREIRA

FILIAÇÃO: ANA MARIA TOLENTINO OLEGARIO FERREIRA
NASCIMENTO: ALEMBERG FERREIRA
01/07/1968
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NATURALIDADE: CAMPINA GRANDE - PB
DOCUMENTO: R.G. - 365197 - 14052008 - 5505 - 18

LEI Nº 9.469, DE 16 DE MAIO DE 1996
CPF: 700.441.754-70 CNH: _____
TIT. ELEITOR:
SEÇÃO: ZONA:
LOCAL DE EMISSÃO: CINE: CAMPINA GRANDE - CAMPINA GRANDE
DATA DE EMISSÃO: 30/03/97

[Signature]
Ministério do Trabalho e da Previdência Social
Autenticação digitalizada
Assinatura digitalizada



PB N° 013713555574	BILHETE DE SEGURO DPVAT										
MILLIANE MENEZES DA SILVA AZUJO											
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</p> <p>WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR</p> <p>SAC DPVAT 0800 922 1204</p>											
<table border="1"> <tr> <td>DATA DO CADASTRO → P.B.</td> <td>DATA DE EMISSÃO → P.B.</td> </tr> <tr> <td>2010</td> <td>26/04/10</td> </tr> </table>		DATA DO CADASTRO → P.B.	DATA DE EMISSÃO → P.B.	2010	26/04/10	<table border="1"> <tr> <td>DATA DO CADASTRO → P.B.</td> <td>DATA DE EMISSÃO → P.B.</td> </tr> <tr> <td>2010</td> <td>26/04/10</td> </tr> </table>		DATA DO CADASTRO → P.B.	DATA DE EMISSÃO → P.B.	2010	26/04/10
DATA DO CADASTRO → P.B.	DATA DE EMISSÃO → P.B.										
2010	26/04/10										
DATA DO CADASTRO → P.B.	DATA DE EMISSÃO → P.B.										
2010	26/04/10										
<table border="1"> <tr> <td>PLACA → P.B.</td> <td>CPF / CNPJ → P.B.</td> </tr> <tr> <td>06054882000154</td> <td></td> </tr> </table>		PLACA → P.B.	CPF / CNPJ → P.B.	06054882000154		<table border="1"> <tr> <td>PLACA → P.B.</td> <td>VEÍCULO → P.B.</td> </tr> <tr> <td>208556451</td> <td>HONDA/CB 150 TITAN MIN. 6.8</td> </tr> </table>		PLACA → P.B.	VEÍCULO → P.B.	208556451	HONDA/CB 150 TITAN MIN. 6.8
PLACA → P.B.	CPF / CNPJ → P.B.										
06054882000154											
PLACA → P.B.	VEÍCULO → P.B.										
208556451	HONDA/CB 150 TITAN MIN. 6.8										
<table border="1"> <tr> <td>ANO → P.B.</td> <td>MESES → P.B.</td> </tr> <tr> <td>2010</td> <td>01</td> </tr> </table>		ANO → P.B.	MESES → P.B.	2010	01	<table border="1"> <tr> <td>ANO → P.B.</td> <td>MESES → P.B.</td> </tr> <tr> <td>2010</td> <td>01</td> </tr> </table>		ANO → P.B.	MESES → P.B.	2010	01
ANO → P.B.	MESES → P.B.										
2010	01										
ANO → P.B.	MESES → P.B.										
2010	01										
<p>PRÊMIO TARIFÁRIO</p> <table border="1"> <tr> <td>PAGO → P.B.</td> <td>DESENTRALIZADO → P.B.</td> <td>CUSTO DO SEGURO → P.B.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				PAGO → P.B.	DESENTRALIZADO → P.B.	CUSTO DO SEGURO → P.B.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PAGO → P.B.	DESENTRALIZADO → P.B.	CUSTO DO SEGURO → P.B.									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
<p>CUSTO DO SEGURO → P.B.</p> <p>SEGURO PAGO → P.B.</p> <p><input type="checkbox"/> PAGAMENTO → P.B.</p> <p><input type="checkbox"/> COTA ÚNICA → P.B.</p> <p><input type="checkbox"/> PARCELADO → P.B.</p> <p><input type="checkbox"/> DATA DE PAGAMENTO → P.B.</p>											
<p>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</p> <p>CNPJ 05.242.400/0001-04</p>											

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO**NPR9484****2010**

[Imprimir Consulta]**NPR9484**Último Licenciamento: **2010**

Proprietário: *****

Placa: **NPR9484**Combustível: **ALCO/GASOL**Marca/Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN MIX K**Espécie/Tipo: **PASSA / MOTOCICLETA**Ano de Fabricação: **2010**Ano Modelo: **2010**Categoria: **PARTICULAR**Cor Predominante: **PRETA**Vencimento Licenciamento: **30/06/2020**

Observação:

Restrição: **ALIENACAO FIDUCIARIA**

Financeira: *****

Município: **PATOS**Situação: **IMPEDIMENTO ADMINIST**Data da Consulta: **16/10/2020****PASSA / MOTOCICLETA
HONDA/CG 150 TITAN MIX
K****ALCO/GASOL
2010 2010****PARTICULAR PRETA****30/06/2020****ALIENACAO FIDUCIARIA****PATOS****16/10/2020**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200389482 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EWERTON OLEGARIO FERREIRA **Data do acidente:** 25/07/2020 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200389482 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EWERTON OLEGARIO FERREIRA **Data do acidente:** 25/07/2020 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0309195/20

Vítima: EWERSON OLEGARIO FERREIRA

CPF: 700.441.254-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/07/2020

EWERSON OLEGARIO FERREIRA

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EWERSON OLEGARIO FERREIRA : 700.441.254-70

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: 29/10/2020
Nome: EWERSON OLEGARIO FERREIRA
CPF: 700.441.254-70

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2020
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

EWERSON OLEGARIO FERREIRA

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE