



Número: **0000483-08.2020.8.17.3000**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Orobó**

Última distribuição : **08/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALUISIO PEREIRA DE SOUZA (AUTOR)		EUDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74453333	02/02/2021 09:33	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 24 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190377190
Vítima: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA
Data do Acidente: 11/02/2019
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

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

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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.

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

Pag. 0191301914 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 14478693





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, 24 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190377190

Vítima: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

Data do Acidente: 11/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Lider-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14479035

Pág. 0020300204 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 04 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190377190

Vítima: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

Data do Acidente: 11/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

Informamos que o pagamento da indenização o 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 joelho 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: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 1

Agência: 000001346-3

Conta: 000010005436-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pág. 0152301524 - carta_15R - INVALIDEZ

00050762





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, 04 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190377190

Vítima: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

Data do Acidente: 11/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 04/09/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 0194301944 - carta_09 - INVALIDEZ



Carta nº 14/55211



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190377190

Cidade: Umbuzeiro

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

Data do acidente: 11/02/2019

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.(PÁG.4)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

MS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

NR do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

43077234491

ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

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

Nome completo:

ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

CPF:

43077234491

Profissão:

CAMINHEIRO

Endereço:

RUA DA CARLOS RESSOA

Número:

223

Complemento:

CASA

Bairro:

CENTRO

Cidade:

UMBURZEIRO

Estado:

RB

CEP:

58497-000

E-mail:

endy.pereira@cam.br

Tel.(DDD):

811 996964879

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

7346

3

CONTA:

5436

4

AGÊNCIA:

CONTA:

CONTA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias úteis.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (no Civil)☐ Divorçado☐ Separado judicialmente☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou

nascer(a)?

☐ Sim☐ Não

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 ressatar o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão

digital da

vítima ou

beneficiário

não alfabetizado

Local e Data:

Ordão, PE, 03 de junho 2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

FPM.001 V001/2018

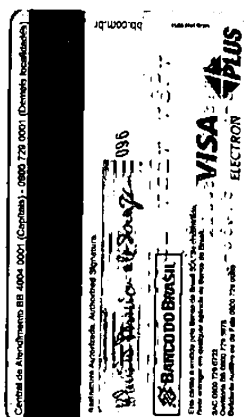
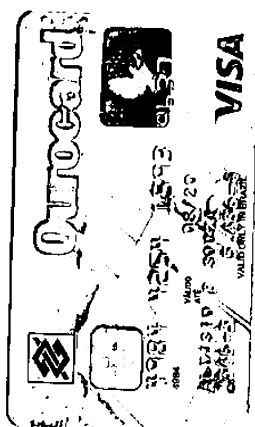


Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2021 09:33:56

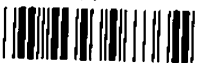
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020209335635200000072973050

Número do documento: 21020209335635200000072973050

Num. 74453333 - Pág. 6



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

MS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

43077234491

ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

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

Nome completo:

ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

CPF:

43077234491

Profissão:

CAMINHEIRO

Endereço:

RUA DO CARLOS RESSOA

Número:

223

Complemento:

CASA

Bairro:

CENTRO

Cidade:

UMBURZEIRO

Estado:

RB

CEP:

58497-000

E-mail:

endy.pereira@cam.br

Tel.(DDD):

811 996964879

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

7346

CONTA:

5436

AGÊNCIA:

CONTA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias úteis.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (no Civil)☐ Divorçado☐ Separado judicialmente☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou

nascimento (val nascido)?

☐ Sim☐ Não

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 ressatar o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Ordão, PE, 03 de junho 2019

Nome:

CPF:

Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

FPS.001 V001/2018

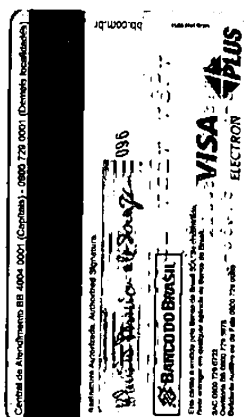
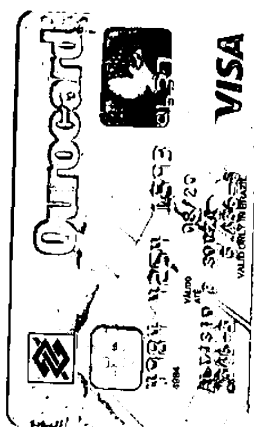


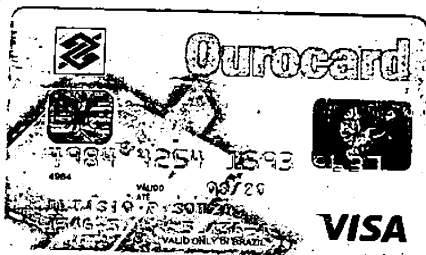
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2021 09:33:56

https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020209335635200000072973050

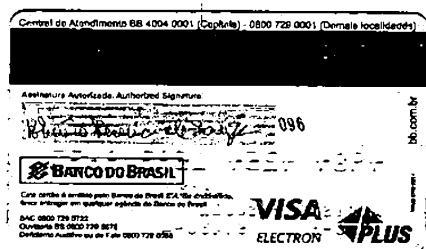
Número do documento: 21020209335635200000072973050

Num. 74453333 - Pág. 8





Autorização de pagamento





COPIA AUTENTICA conforme o original
apresentado. FE. Grão, 03/05/2019.
DE: Flavia Gisele
RE: Resposta - Seguros - Secrevente - Ao
Cartório - R\$ 3,07 - TSNR: R\$ 0,68 -
FERC: R\$ 0,34 - FERM: R\$ 0,63 -
FUNSEG: R\$ 0,07 - Total: R\$ 4,19
Selo(s) 0077582 UVN04201901 01486

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 13/2019

Versando sobre ACIDENTE DE MOTO

Hora e data do fato: Às 18:30, do dia 11 de fevereiro de 2019.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 11:43, do dia 13 de maio de 2019.

Local do Ocorrido: AV CARLOS PESSOA, CENTRO, UMBUZEIRO/PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA



COMUNICANTE/VÍTIMA: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA, do sexo masculino, nascido no dia 11/02/1964, com 54 anos de idade, ID: 2866062SSP/PE, CPF: 430772344-91, CAMINHONEIRO, filho de JOSE PEREIRA DE SOUZA e de ALAIDE FILGUEIRA DE L. ALBUQUERQUE, escolaridade: FUND. INCOMPLETO, CASADO, natural de OBOBOPE, residente na AV CARLOS PESSOA, 163, bairro CENTRO, na cidade de UMBUZEIRO, PB, celular Nº 83/9.8128-3533

TESTEMUNHAS: 1) JEMERSON MATHEUS BARBOSA ALVES, residente na RUA SAMUEL OZORIO, 90, bairro CENTRO, na cidade de UMBUZEIRO, PB. 2) JOAO ALISSON DE ANDRADE MAIA, residente na RUA CARLOS PESSOA, 227, bairro CENTRO, na cidade de UMBUZEIRO, PB.

HISTÓRICO: o comunicante informou que no dia 11 de fevereiro de 2019, estava na Av Carlos Pessoa, centro de Umbuzeiro, conduzindo uma MOTOCICLETA HONDA GG 150 TITAN ESD, COR VERMELHA, PLACA OYY4683/PB, ANO FAB/MOD 2014, CHASSI: 9C2KC1630E0019071, LICENCIADA EM NOME DE MALDECY ALVES DA SILVA, quando parou muito próximo de uma calçada, se desequilibrou e caiu ao chão; QUE ao se levantar, já percebeu que machucado o joelho, mais tarde confirmando ter quebrado a patela; QUE o comunicante foi socorrido pelo SAMU de Umbuzeiro e levado para o Hospital de Traumas de Campina Grande, no mesmo dia, onde ficou internado por cerca de dois dias, depois foi transferido para o Hospital Antônio Targino, onde foi realizada cirurgia em seu joelho; QUE, no momento do acidente, o comunicante estava sozinho na moto acima, sendo apenas o mesmo que sofreu lesão física; QUE a referida motocicleta é emprestada de um amigo do comunicante; QUE registra o fato para dar entrada no Seguro DPAVAT.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: REGISTRO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA E REQUISIÇÃO DE CORPO DELITO.

AUTORIDADE

AMANDA ALBUQUERQUE G. DEMOURA OLIVEIRA

COMUNICANTE/VÍTIMA

ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

ESCRIVÃO (AD HOC)

ADRIANO DE ARRUDA SILVA





COPIA AUTENTICA conforme o original
apresentado. FE. Grobo, 03/05/2019.
DE: Flavia Gisele
RE: Resposta - Seguros - Secrevente - Ao
Cartório - R\$ 3,07 - TSNR: R\$ 0,68 -
FERC: R\$ 0,34 - FERM: R\$ 0,63 -
FUNSEG: R\$ 0,07 - Total: R\$ 4,19
Selo(s) 0077582 UVN04201901 01456

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 13/2019

Versando sobre ACIDENTE DE MOTO

Hora e data do fato: Às 18:30, do dia 11 de fevereiro de 2019.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 11:43, do dia 13 de maio de 2019.

Local do Ocorrido: AV CARLOS PESSOA, CENTRO, UMBUZEIRO/PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA



COMUNICANTE/VÍTIMA: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA, do sexo masculino, nascido no dia 11/02/1964, com 54 anos de idade, ID: 2866062SSP/PE, CPF: 430772344-91, CAMINHONEIRO, filho de JOSE PEREIRA DE SOUZA e de ALAIDE FILGUEIRA DE L. ALBUQUERQUE, escolaridade: FUND. INCOMPLETO, CASADO, natural de OBOBOPE, residente na AV CARLOS PESSOA, 163, bairro CENTRO, na cidade de UMBUZEIRO, PB, celular Nº 83/9.8128-3533

TESTEMUNHAS: 1) JEMERSON, MATHEUS BARBOSA ALVES, residente na RUA SAMUEL OZORIO, 90, bairro CENTRO, na cidade de UMBUZEIRO, PB. 2) JOAO ALISSON DE ANDRADE MAIA, residente na RUA CARLOS PESSOA, 227, bairro CENTRO, na cidade de UMBUZEIRO, PB.

HISTÓRICO: o comunicante informou que no dia 11 de fevereiro de 2019, estava na Av Carlos Pessoa, centro de Umbuzeiro, conduzindo uma MOTOCICLETA ONDA GG 150 TITAN ESD, COR VERMELHA, PLACA OYY4683/PB, ANO FAB/MOD 2014, CHASSI: 9C2KC1630E0019071, LICENCIADA EM NOME DE MALDECY ALVES DA SILVA, quando parou muito próximo de uma calçada, se desequilibrou e caiu ao chão; QUE ao se levantar, já percebeu que machucado o joelho, mais tarde confirmando ter quebrado a patela; QUE o comunicante foi socorrido pelo SAMU de Umbuzeiro e levado para o Hospital de Traumas de Campina Grande, no mesmo dia, onde ficou internado por cerca de dois dias, depois foi transferido para o Hospital Antônio Targino, onde foi realizada cirurgia em seu joelho; QUE, no momento do acidente, o comunicante estava sozinho na moto acima, sendo apenas o mesmo que sofreu lesão física; QUE a referida motocicleta é emprestada de um amigo do comunicante; QUE registra o fato para dar entrada no Seguro DPAVAT.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: REGISTRO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA E REQUISIÇÃO DE CORPO DELITO.

AUTORIDADE

AMANDA ALBUQUERQUE G. DEMOURA OLIVEIRA

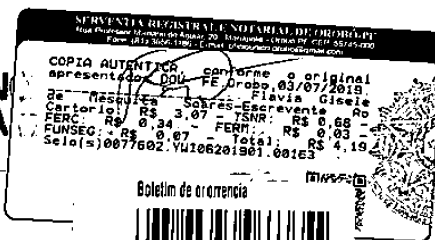
COMUNICANTE/VÍTIMA

ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

ESCRIVÃO (AD HOC)

ADRIANO DE ARRUDA SILVA





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 13/2019

Versando sobre ACIDENTE DE MOTO

Hora e data do fato: Às 18:30, do dia 11 de fevereiro de 2019.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 11:43, do dia 13 de maio de 2019.

Local do Ocorrido: AV CARLOS PESSOA, CENTRO, UMBUZEIRO/PB

Boletim de ocorrência



19

COMUNICANTE/VÍTIMA: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA, do sexo masculino, nascido no dia 26/01/1965, com 54 anos de idade, ID: 2866062SSP/PE, CPF: 430772344-91, CAMINHONEIRO, filho de JOSE PEREIRA DE SOUZA e de ALAIDE FILGUEIRA DE L. ALBUQUERQUE, escolaridade: FUND. INCOMPLETO, CASADO, natural de OBORÓPE, residente na AV CARLOS PESSOA, 162, bairro CENTRO, na cidade de UMBUZEIRO, PB, celular Nº 83/9.8128-3533

RECEBIDO
19 AGO 2019

TESTEMUNHAS: 1) JEMERSON MATHEUS BARBOSA ALVES, residente na RUA SAMUEL CORREIA, 90, bairro CENTRO, na cidade de UMBUZEIRO, PB. 2) JOAO ALISSON DE ANDRADE MAIA, residente na RUA CARLOS PESSOA, 227, bairro CENTRO, na cidade de UMBUZEIRO, PB.

HISTÓRICO: O comunicante informa que no dia 11 de fevereiro do ano de 2019, estava na Av Carlos Pessoa, centro de Umbuzeiro, conduzindo uma MOTOCICLETA HONDA GG 150; TITAN ESD, COR VERMELHA, PLACA OYY4633/PB, ANO FABMOD 2014, CHASSI 9C2KC1650ER019071, LICENCIADA EM NOME DE MALDECY ALVES DA SILVA, quando parou muito próximo de uma calçada, se desequilibrou e caiu ao chão; QUE ao se levantar, já percebeu que machucado o joelho, mais tarde confirmando ter quebrado a patela; QUE o comunicante foi socorrido pelo SAMU de Umbuzeiro e levado para o Hospital de Traumas de Campina Grande, no mesmo dia, onde ficou internado por cerca de dois dias, depois foi transferido para o Hospital Antônio Targino, onde foi realizada cirurgia em seu joelho; QUE, no momento do acidente, o comunicante estava sozinho na moto acionada, sendo apenas o mesmo que sofreu lesão física; QUE a referida motocicleta é emprestada de um amigo do comunicante; QUE registra o fato para dar entrada no Seguro DRAVAT.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: REGISTRO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA E REQUISIÇÃO DE CORPO DELITO.

AUTORIDADE AMANDA ALBUQUERQUE C. DE MOURA OLIVEIRA

COMUNICANTE/VÍTIMA

ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

ESCRIVÃO (AD HOC)

ADRIANO DE ARRUDA SILVA



DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE ROL



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.





**SAMU
192**

Comp. Reg. e Acidentes Declarados



**ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE UMBUZEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que **ALÚSIO PEREIRA DE SOUZA**, 54 anos foi vítima de um acidente motociclistico (Queda de moto), no dia 11 de fevereiro de 2019 em via pública, na Avenida Carlos Pessoa (Prox. Neguinho da galinha), onde recebeu os primeiros socorros pela equipe plantonista da Unidade de Suporte Básico(USB 49). O paciente encontrava-se consciente, orientado, Glasgow 15, com provável fratura fechada na patela direita, sem demais queixas ou gravidade, foi avaliado, feito captopril 25mg pois PA: 180x80 mm/hg. Transferido para o Hospital de Trauma, sem intercorrências.

Por expressão da verdade, firmo e assino a presente declaração.

UMBUZEIRO, 09 de maio de 2019.

Paulo Rosenberg Rodrigues da Silva

Paulo Rosenberg Rodrigues da Silva
COREN-PB 918.133-2NF

Paulo Rosenberg Rodrigues da Silva
COORDENADOR DO SAMU

CNPJ: 09.494.245/0001-97-PB
End: Av. Carlos Pessoa, 92 – Centro – Umbuzeiro - PB
Fone: (83) 3395-1194
e-mail:saude.umbuzeiro@hotmail.com





**SAMU
192**

Comprovação de ato declaratório



**ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE UMBUZEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que **ALUÍSIO PEREIRA DE SOUZA**, 54 anos foi vítima de um acidente motociclístico (Queda de moto), no dia 11 de fevereiro de 2019 em via pública, na Avenida Carlos Pessoa (Prox. Neginho da galinha), onde recebeu os primeiros socorros pela equipe plantonista da Unidade de Suporte Básico(USB 49). O paciente encontrava-se consciente, orientado, Glasgow 15, com provável fratura fechada na patela direita, sem demais queixas ou gravidade, foi avaliado, feito captopril 25mg pois PA: 180x80 mm/hg. Transferido para o Hospital de Trauma, sem intercorrências.

Por expressão da verdade, firmo e assino a presente declaração.

UMBUZEIRO, 09 de maio de 2019.

Paulo Rosenberg Rodrigues da Silva

Paulo Rosenberg Rodrigues da Silva
COREN-PB 518.133-2/19

**Paulo Rosenberg Rodrigues da Silva
COORDENADOR DO SAMU**

CNPJ: 09.494.245/0001-97-PB

End: Av. Carlos Pessoa, 92 – Centro – Umbuzeiro - PB

Fone: (83) 3395-1194

e-mail:saude.umbuzeiro@hotmail.com



Declaração de Inexistência de IML



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 43077234491 Nome completo da vítima: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

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

Nome completo: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA CPF: 43077234491

Profissão: CAMINHONEIRO Endereço: RUA CARLOS PESSOA Número: 223 Complemento: CASA

Bairro: CENTRO Cidade: UMBUZEIRO Estado: RO CEP: 58497-000

E-mail: aluisio.pereira@brb.com.br Tel (DDD): 181 896964979

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ R\$10.001,00 ATÉ R\$15.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1346 3 CONTA: 5436 4

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

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 assinado, 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Falecidos: _____

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 o cliente, ainda, de qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Osório, PE, 03 de junho de 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

FPS 001 V001/2018



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	29/07/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01346-3

CONTA: 000010005436-6

Nr. da Autenticação 760816DE3D191D7D



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Pólis de Cima, 220 - Jd. Pólis - João Pessoa - PB
CEP: 55.015-000 - CNPJ: 06.123.954/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO
MATRICULA
22081680
RECEPTE
MAR/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

ALUISSO PEREIRA DE SOUZA

RUA DR CARLOS PESSOA, 223 - CENTRO UMBUZEIRO PB
58497-000

Inscrição	SMU	Quantidade de Economias				Responsável
USO: 001, 250, 011, 000	000	Residencial	Comercial	Industria	Outro	
		I	V	O	P	
Hidrometro	Data de instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
ANTA 147908	10/08/2017	INTELAÇÃO URBANA	PARTECIPAT	PARTECIPAT		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NUM DE DIAS PROXIMA LEITURA						
294	332	18	33	28/04/2019		
MIST. CONS./ANDR. LEIT. QUALID. ÁGUA ANEXO 20 PORT. 05/2017 M...						
FEV/2019	15	PARÂMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORME	
JAN/2019	15	UNBIDEZ	10	10	10	
DEZ/2018	16	CLORO	10	10	10	
NOV/2018	16	COL.TERMCT	0	0	0	
OUT/2018	16	COR	10	10	10	
SET/2018	16	COL.TOTALS	10	10	10	
MEDIA(M)	16	DADOS REFERENTES A: JAN/2019				

DATA DA IMPRESSÃO: 29/03/2019	HOJA DA IMPRESSÃO: 12/03/19
DESCRIÇÃO:	CONSUMO TOTAL (R\$)
ÁGUA	
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3 37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$-4,89 POR M3	8 M3 39,12
ESGOTO	

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS R\$ 7,13 PIS E CONFINS LEI 12.741/12	
VENCIMENTO: 03/04/2019	Total a Pagar: R\$ 77,03

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA	TIPO DE TARIFA: 1
CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL	
INFORMAÇÕES GERAIS:	
SR. USUÁRIO: EM 28/02/2019, REGISTRAMOS QUE V. SA. ESTAVA EM DEBITO	
C. COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.	

Comprovante de residência



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Fátima Oliveira, 220 - Jaqueirão João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 08.123.654/0001-07PARA CONTATO COM A CAGEPA,
DOU-RE ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

7210161301

RECEPÇÃO

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MAR/2019

ANTONIO PEREIRA DE SOUZA

RUA DR CARLOS PESSOA, 223 - CENTRO UMBUZEIRO PB
58427-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Antes	Depois	Total	Outra	
054.001.750.0112 (HH)	DDH	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
402/14798	10/08/2017	INTER A C/ R/ 123456	BOA/US/CR/1			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (H3)	NÚM DE DIAS	PROPRIA LEITURA		
294	312	18	31	28/04/2019		
HIST. CONS./ANOR.	LEIT.	QUALID.	AGUA-ANEXO 20	POR 05/2017 H3.		
FEV/2019	15	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORTE.	
JAN/2019	15	TURBIDEZ	10	10	10	
DEZ/2018	16	CLORO	10	10	10	
NOV/2018	16	COL. TERMO	0	-0	0	
OUT/2018	18	FOR	10	10	10	
SET/2018	16	COL. TOTAIS	10	10	10	
MEDIA(H)	16	DADOS REFERENTES A:	JAN/2019			

DATA DA IMPRESSÃO: 29/03/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 12:52:19

DESCRIÇÃO

CONSUMO

TOTAL (R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 H3 - R\$ 37,91 POR UNIDADE

10 H3

37,91

ESGOTO

11 H3 A 20 H3 - R\$ 4,89 POR H3

8 H3

39,12

Comprovante de residência



VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS R\$ 7,33 BPS E CONTEINER LIT 17 743/12

VENCIMENTO: 08/04/2019

Total a Pagar:

R\$ 77,03



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

GR. USUÁRIO: EM 28/02/2019, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÉBITO
C. COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO NENHUM PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, MALDECY ALVES DA SILVA,
RG nº 1991977, data de expedição 1/1/,
Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 34703767472,
com domicílio na cidade de UMBZEIRO, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA SAMUEL OZÓRIO, nº 90,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
ALUISIO PEREIRA DE SOUZA, cujo o condutor era
ALUISIO PEREIRA DE SOUZA.
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/CGTSOTITAN Ano: 2014
Placa: OXX 4633 Chassi: 9C2KC7650ER019077
Data do Acidente: 11/02/2019

Declaração de proprietário do veículo



Local e Data: _____

Maldecy Alves da Silva
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Reconheço a firma de

Maldecy Alves da Silva

em _____ por _____

Em testemunho o sinal _____

Umbuzeiro-PB, 11/02/2019

Tabelação Interino

Selo Digital KY64866-WRYT

Consulte em: www.selodigital.tjpb.jus.br





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradpralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, MALDECY ALVES DA SILVA
RG nº 1991211, data de expedição 1/1/
Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 34103767472
com domicílio na cidade de UMBURZEIRO, no Estado de PARAÍBA
PRAIA SAMUEL OZÓRIO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
90
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
ALUISIO PEREIRA DE SOUZA, cujo o condutor era
ALUISIO PEREIRA DE SOUZA
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/CG 150 TITAN Ano: 2014
Placa: 0YX4633 Chassi: 9C2KC1650ER019071
Data do Acidente: 11/02/2019

Declaração do proprietário do veículo



Local e Data:

Maldecy Alves da Silva
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Reconheço a firma de Maldecy
Alves da Silva
por autenticidade
Em testemunho sinal da verdade
Umbuzeiro-PE, 31/05/2019

Assinatura Interina
Seio Digital 10464851-9382
Consulte em: www.seiodigital.tjpb.jus.br





CENTRO DE DIAGNÓSTICO

- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
- ULTRASSONOGRAFIA
- ESPECIALIDADES MÉDICA
- FISIOTERAPIA
- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Documentação médica - obrigatória



LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. ALUISIO PEREIRA DE SOUZA, CPF 430.772.344-91 e RG Nº 2866062 SSP/PE, foi vítima de acidente de trânsito no dia 11/02/2019 sofrendo FRATURA DA PATELA DIREITA, submetido a tratamento cirúrgico (redução cirúrgica e fixação com cerclagem no dia 13/06/2019). Atualmente apresenta queixa de dor, edema e crepitação no joelho direito (osteoartrose pós traumática), atrofia muscular da coxa direita com déficit de força muscular do MID, limitação da flexão do joelho direito (+/- 95 graus). Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 28/05/2019


Dr. Roberto de Castro Costa
Omnosdia - Traumatologia
CRM: 11730/1601 7330

ROBERTO DE CASTRO COSTA
CRM: 11.730



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Alvaro Lima

ALIA: R. de novo

LEITO:

MÉDICO:

IDADE:

DATA: 13 / 02 / 19

MANHÃ

TARDE

NOITE

paciente evolui: quadro Clínico em 1º POF do fratura
da fíbula, apresenta Conduta Conservante Orientado verbaliza
chase (+) aceita dieta por via Segue Sem Sinais Ato
Cuidados de enfermagem

JOSÉATO SILVA
TÉCNICO DE ENFERMAGEM
CONCELA RIZADA



[illegible]

PACIENTE: Antonio Yves Cordeiro de Mello
 Nº DO PRONTUÁRIO: 13027 Nº DO ATENDIMENTO: 13027
 DATA DA OPERAÇÃO: 13/02/2021 ENFERMARIA: 13027 LETTO: 13027
 OPERADOR: Dr. Paulo
 1ª AUXILIAR: Dr. Paulo 2ª AUXILIAR: Dr. Paulo
 ANESTESISTA: Dr. Paulo INSTRUMENTADOR: Dr. Paulo
 TIPO DE ANESTESIA: Dr. Paulo
 DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: Dr. Paulo
 TIPO DE OPERAÇÃO: Dr. Paulo
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: Dr. Paulo
 RELATÓRIO MÉDICO DA PATOLOGIA: Dr. Paulo
 EXAME RADIOLÓGICO DO CENOITO: Dr. Paulo
 ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: Dr. Paulo

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

1. Dr. Paulo
 2. Dr. Paulo
 3. Dr. Paulo
 4. Dr. Paulo
 5. Dr. Paulo
 6. Dr. Paulo
 7. Dr. Paulo
 8. Dr. Paulo
 9. Dr. Paulo
 10. Dr. Paulo





Prontuário 948233	Nome do Paciente ALUISIO PEREIRA DE SOUZA	Nascimento 26/01/1965	Idade 54	Sexo M	Cor	Naturalidade	Religião 1-CATOLICA
Estado Civil	CPF 430.772.344-51	RG 2865062 SSP PE	Grau de instrução	Profissão			
Filiação	Mãe: ALAIDE FILGUEIRA DE ALBUQUERQUE	Pai: JOSE PEREIRA DE SOUZA			Fone Residencial	Fone Trabalho	
Endereço	R. CARLOS PESSOA, SM - CENTRO, UMBUZEIRO-PB CEP:						
	Complemento Endereço						
Atendimento 2329979	Data 13/02/2019	Hora 10:02	Setor 3008-SECRETARIA CONVENIOS	Tipo Atendimento 5-INTERNAÇÃO CIRURGICA			
Médico Atendente 113093-AMARO JORGE PINTO NETO				Motivo Atendimento 4-INTERNAÇÃO/URGÊNCIA			
Plano / Convênio 37-PACOTE1-PACOTE ENFERMARIA	Nº Carteira	Validade	Nº CNS				
Posto (ALA MARIA DAS NEVES 1 ANDAR)	Acomodação (201024 APARTAMENTO 90)	Leito (APB0-2)					
Quila	Procedimento						
948233							

RX DE CONTROLE

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro assumir previamente pela responsabilidade em caráter solidário, por todas as despesas extras no meu contrato de internação e tratamento médico hospitalar, que de direito me compete.
Obrigamo-nos assim, a solver os valores tão logo sejam apresentados bem como os respectivos depósitos na forma de regulamento e critério que são do meu inteiro comprometimento.

Aluisio Pereira de Souza
Assinatura

CAMPINA GRANDE, 13 de 02 de 2019

Responsável: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA
Endereço: R. CARLOS PESSOA, S/N Barro CENTRO, UMBUZEIRO-PB
Telefone: 518128-1533

CAMPINA GRANDE, 13 de fevereiro de 2019

Ranieri Alves da Silva
RANIERI ALVES DA SILVA
Responsável pelo Atendimento

Aluisio Pereira de Souza
ALUISIO PEREIRA DE SOUZA
Responsável pelo Paciente



HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

NOTA DE SALA 049060

PACIENTE: Aluisio Pereira de Souza 54 anos umbilgueiro
CONVÊNIO: pacote NUS ☐ PRONTUÁRIO: 9482338399979 DATA: 13/02/19
CIRURGIÃO: Tratamento cirúrgico de fratura de perna
CIRURGIÃO: Amazo farge AUXILIAR: Denardo

MEDICAMENTO			MATERIAL			FIOS		
COD.	QUANT.		COD.	QUANT.		COD.	QUANT.	
11872		ADRENALINA	107329		ADAPTADOR PI SORO			ACIFLEX N°
11880		ÁGUA DESTILADA	110089		AG. RAQUI 27BD			ALGODÃO CIA N°
1698	03	AMITOFILINA	120089		AG. RAQUI 25BD			ALGODÃO CIA N°
1832		ARAMIN	161281		AG. RAQUI PI OBESO BD			CROMADO CIA N°
2170		ATROPINA			AGULHA DESCARTAVEL 16x12 34			ETHIBOND N°
263708		DEXTRA			AGULHA RAQUI N°			FITA CARINACA
1922		RICARBONATO DE SÓDIO	2259	03/5	ALGODÃO MICROFILO			MONOCRYL N°
4950	02	CEFALOTINA 1g	9113	04	ALGODÃO ORTOPÉDICO			MONONYLON N° 2.0... 03
132759		CEFALOTINA 1g			ATADURA GESSADA			PROLENE N°
1767		CEFTRIAXONA			ATADURA CREPON N° 10cm			VICRYL N° 1
154666		CETROPROFENO IV	2358	05	BOLSA COLÓSTOMIA			
1910		CLORETO DE POTÁSSIO			CÂNULA TRAQUEOSTOMIA N°			
2003		CLORETO DE SÓDIO	211958		CAPA PARA VÍDEO			
5304	01	DEXAMETASONA	2429	01	CATETER OXIGÊNIO			
4855		DICLOFENACO SÓDICO	27880		COLETOR URINA ABERTO			
2020	02	DIPIRINA	22381		COLETOR URINA FECHADO			
5675		DOPAMINA			COMPRESSAS			
12190	01	EFEDRINA	142341	06 pt	COMPRESSAS 25x28			
5539		ENERGAM			DRENO PENROSE N°			
2208		EUFROSEMI			DRENO SUÇÃO N°			
4286		EXAMICLONA	59587	02	DRENO TORAX N°			
2048		GLICOSE 50%	2765	01	ELETRODO			
2054		GLUCONATO DE CÁLCIO	287393		EQUIPO MACROGOTAS			
5849		HEPARINA	2615		EQUIPO PI ARTROSCOPIA			
5890		HIDROCORTISONA	20117		ESPARADRAPO 10cm			
2082		HYDROCLORAMIDA	142220	20 pt	FITA GLICEMIA			
7859	01	MAUSEDRON 8mg			GAZES 7,5x7,5			
69906		OMEPRAZOL 40mg	3425		GAZES			
701611		PROSTIGMINE	60917	01	GELFOAM			
70239		QUELICIM			GILETE			
29819	01	RHINITIDINA			GUENDEL N°			
70335		SOLIMEDROL 500mg	3458		INTRA-CATH			
413782		TORADOL			JELCO N° 18			
70621		TRANSAMIN			LÂMINA BISTURI N° 24			
70572		TRATIL 40mg	132709		LUVAS 6.5			
			111209	02	LUVAS 7.0			
			40126	02	LUVAS 7.5			
			3522		LUVAS 8.0			
			149870		LUVAS 8.5			
			69752		MICROPOR LARGO			
					SCALPS N°			
			3735		SERINGA DE 01cc			
			3700		SERINGA DE 03cc			
			3719	02	SERINGA DE 05cc			
			3659	02	SERINGA DE 10cc			
			3897	02	SERINGA DE 20cc			
			341797		SERINGA DE 60cc (bico longocurto)			
					SONDA FOLEY N°			
					SONDA NELATON			
					SONDA NSG			
					SONDA RETAL			





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2021 09:33:56
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020209335635200000072973050>
 Número do documento: 21020209335635200000072973050

Sr(a): **ALUISIO PEREIRA DE SOUZA**
 Idade: **54 anos**
 OS: **011-65057-266**
 Data O.S.: **13/02/2019 - 11:55**
 Dr(a): **AMARO JORGE PINTO NETO**
 Convênio: **PACOTE HAT**
 Emissão: **13/02/2019 - 12:22**



Local: **MARIA DAS NEVES**

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

		Valores de referência			
		Homens	Mulheres	Crianças	Acima de 70 anos
Resúncias:	3.10 milhões/mm ³	4.50 a 6.10	4.00 a 5.40	4.07 a 5.37	3.90 a 5.36
Hemoglobina:	10.2 g/dL	13.0 a 16.5	12.0 a 15.8	10.5 a 14.0	11.3 a 15.1
Hematócrito:	31.0 %	36.0 a 54.0	33.0 a 47.8	30.0 a 40.5	31.0 a 40.0
V.C.M.:	100.0 µ ³	80.0 a 98.0	80.0 a 98.0	70.0 a 85.0	80.0 a 95.0
S.C.M.:	32.9 pg	26.8 a 32.9	26.2 a 32.6	23.2 a 31.2	27.0 a 31.0
C.H.C.M.:	32.9 g/dL	30.0 a 36.5	30.0 a 35.5	30.0 a 35.5	30.0 a 36.5
RDW:	12.0 %	11.0 a 15.0	11.0 a 16.0	11.0 a 16.0	11.0 a 16.0
Série vermelha:	Macrocitose. Normocromia.				

LEUCOGRAMA

		Valores de referência			
		Adultos	Crianças		
Neutrófilos:	5.490 /mm ³	3.600 a 11.000	100	4.000 a 14.000	
Basófilos:	0 %	0 a 5	0 a 5	0 a 5	
Linfócitos:	51 %	40-70	0 a 550	0 a 500	
Eosinófilos:	1 %	0-7	1.480 a 7.700	30-64	1.200 a 4.500
Monócitos:	0 %	0-2	0 a 550	0 a 550	
Linfócitos reativos:	42 %	20-50	0 a 220	0-2	0 a 100
Monócitos:	0 %	0	740 a 5.500	38-79	1.500 a 10.500
Neutrófilos:	6 %	3-14	0	0	0
Série branca:	Leucócitos morfológicamente conservados.				

PLAQUETOGRAMA

		Valores de referência
Contagem de Plaquetas:	168.000 /mm ³	140.000 a 450.000 /mm ³
MPV:	11,10 fL	
Série plaquetária:	Plaquetas normais ao exame do esfregaço.	

Material: Sangue total com EDTA

Método: Citometria de fluxo fluorescente e impedância

Coleta: 13/02/2019 Liberação: 13/02/2019 - 12:22

Assinado eletronicamente por: Dra. Talita Nunes Cardozo - CRF-PB 4096

ASSINATURA DIGITAL

5042617191739C9C56656061FA4912U9DD242C2803F027949F63701E1156A45E171A6B1164214A7

Acesse seus resultados: www.labprosangue.com.br Central de Atendimento: **83 2102 6577** **83 2102 5555** **83 988310102**

UNIDADE CERQUEIRA

Unidade Santa Helena

UNIDADE ENFITE

Unidade Santa Helena

UNIDADE PRATA

Unidade Santa Helena

UNIDADE CATAGUENA

Unidade Santa Helena

UNIDADE JOÃO XXIII

Unidade Santa Helena

UNIDADE INTERMUNICÍPIO

Unidade Santa Helena



11/02/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data da internação: 11/02/2019 Hora: 22:14:13

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				7 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				8 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
Identificação do Paciente				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
2 - NOME DO PACIENTE				1831792	
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
898003499781346		26/01/1965		MASC ☒ FEM ☐	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO	
ALAÍDE FILGUEIRA DE ALBUQUERQUE				83 86714011	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	
AV CARLOS PESSOA, 0, CENTRO				Umbuzeiro	
14 - CIDADE MUNICÍPIO		15 - UF		16 - CEP	
251700		PB		58497000	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS					
20 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL					
21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO	
02		02		980016278218009	
29 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
980016278218009				DR. JOÃO PAULO OLIVEIRA NUNES	
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO				32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
11/02/2019				CRM/PA 00000000000000000000000000000000	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO		34 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		35 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	
36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO RILHTE		38 - SÉRIE	
39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNPJ DA EMPRESA		41 - CBOE	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
43 - EMPREGADOR					
44 - AUTÔNOMO					
45 - DESEMPREGADO					
46 - APOSENTADO					
47 - NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				44 - CID ORGÃO EMISSOR	
45 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
11/02/2019				CRM/PA 00000000000000000000000000000000	



Ficha de Acolhimento

Nome: <u>ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR</u>	
End: <u>AV. BRASIL, 100 - JARDIM</u>	Bairro: <u>PARQUE</u>
Data de Nascimento: <u>10/10/1980</u>	Documento de Identificação: <u>123456789</u>
Queixa: <u>DOLORES</u>	Data do Atend: <u>02/02/2021</u> Hora: <u>09:33</u> Documento: <u></u>
Acidente de trabalho? () Sim () Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fácies de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

MOO. 110

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



ATENDIMENTO URGENTE		CLASS. DE RISCO: VERMELHO	
PRONT. (R) Nº: 1837469		CNPJ: 00.000.000/0000-00	
HOSPITAL DE PATERNIDADE E MATERNIDADE DE TERCEIROS GRAVÍDEAS - UNICAMP		Data de Nascimento: 14/02/1979	
RUA DOBRYNIA, 100 - JARDIM MOHNO, CAMPINA GRÃ - PB		Alimentar: MARIÁ CRISTINA DE MORAES	
NOME DO ENFERMEIRO (R) Nº: 00000000000000000000		Cep: 58497000	
PACIENTE: ALISSIO PEREIRA DE SOUZA		Nascimento: 14/02/1965	
Endereço: AV CARLOS DE PESSOA		Sexo: M	
Idade: 50 anos		Idade do Son: 36714013	
Cidade: JIMENEZ		Bairro: CENTRO	
Nome do Mãe: ALAÍDI FLORES DE ALBUQUERQUE		RG: 2866062	
Responsável: ALAÍDI FLORES DE ALBUQUERQUE		CPF: 6307723481	
Procedimento:		Pró-sono	
Exatidão (C) Captação:		Nome do AGENTE LITRER	
Médico: ACIONEL DE MACHO		Data de	
		Atendi: 11/02/2019	
		CNS 90000499781346	
		Hora: 21:07:21	
		COMENTÁRIOS	
		Especialidade:	

OBJETIVO
DESCRIBIR
INDICACIONES DE TRATAMIENTO
LOCAL DEL LESÃO (ilustrar/verificar se local com o número correspondente da lista)

Contra:

1. Anorexia
2. Anúria
3. Anúria
4. Cãibras
5. Cefaleia
6. Dor
7. Edema
8. Ematúria
9. Ematúria
10. Eritema
11. Eritema
12. Eritema
13. Eritema
14. Eritema
15. Eritema
16. Eritema
17. Eritema
18. Eritema
19. Eritema
20. Eritema
21. Eritema
22. Eritema
23. Eritema
24. Eritema
25. Eritema
26. Eritema
27. Eritema
28. Eritema
29. Eritema
30. Eritema
31. Eritema
32. Eritema
33. Eritema
34. Eritema
35. Eritema
36. Eritema
37. Eritema
38. Eritema
39. Eritema
40. Eritema
41. Eritema
42. Eritema
43. Eritema
44. Eritema
45. Eritema
46. Eritema
47. Eritema
48. Eritema
49. Eritema
50. Eritema
51. Eritema
52. Eritema
53. Eritema
54. Eritema
55. Eritema
56. Eritema
57. Eritema
58. Eritema
59. Eritema
60. Eritema
61. Eritema
62. Eritema
63. Eritema
64. Eritema
65. Eritema
66. Eritema
67. Eritema
68. Eritema
69. Eritema
70. Eritema
71. Eritema
72. Eritema
73. Eritema
74. Eritema
75. Eritema
76. Eritema
77. Eritema
78. Eritema
79. Eritema
80. Eritema
81. Eritema
82. Eritema
83. Eritema
84. Eritema
85. Eritema
86. Eritema
87. Eritema
88. Eritema
89. Eritema
90. Eritema
91. Eritema
92. Eritema
93. Eritema
94. Eritema
95. Eritema
96. Eritema
97. Eritema
98. Eritema
99. Eritema
100. Eritema

QUEMADURA
Superficie corporal lesionada % Gravo () 1º Gravo () 2º Gravo () 3º Gravo
PRONÓSTICO CTD *Ausente de Nota*

[illegible][illegible]

EXAMES SOLICITADOS: () Laboratorial () Ultrassonografia
() Hemometria arterial () Radiografias
() Hemograma Completo/alterada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: otopedista _____ Ass _____ Dia _____

Exame(s): _____ Ass _____ Dia _____

PROJETO SOLICITANTE		PROJETO DETERMINANTE REALIZADO:	
Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUITAS	HORÁRIO REALIZADO	
1	Diferença 2ª, IV, 8º ano	21/12/21	
2			
3	Ata do Conselho geral com estudantes	21/12/21 - 11/02/22	
4	do Conselho de		
5			
6			

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:
Dr. Luiz Carlos Sales
MÉDICO
CRM 9263





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: ALVISIO PEREIRA DE SOUZA IDADE: 54a SEXO: M

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 12/02/19

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

(☒) Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

() Cefaléia () Tontura () Síncope
() Dispneia de esforço () Grande () Pequena
() Média () Ortopnéia
() Palpitações () Tosse Seca () Expectoração
() Dor Precordial () Típica () Atípica
Relacionada: () Esforço () Emoções () Frio () Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

() Hipertensão Arterial Sistêmica () Hipertensão Pulmonar () DPOC () Outros
() Diabetes Mellitus () Insuf. Cardíaca Congestiva () Insuficiência Coronariana
() Arritmias () Insuf. Renal () Aguda () Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos Insuficiência (☒) Tabagismo Ex
() Etilismo () Cirúrgico Nega () Sedentarismo
() Dislipidemia () Outros

Medicamentos em uso (☒) Não () Sim

4 - EXAME FÍSICO:

() Estado Geral () Bom (☒) Regular () Comprometido () Precário () Altura () Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: ECG em RT OK

FC: 84 b.p.m P.A.: 130/80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: MVE

Abdômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - ECG: ES ASR

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO - RISCO CIRÚRGICO:

(☒) Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
() Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível avaliar)

Obs.: _____
CARDIOLOGISTA
CRM 6369



onto 2



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Paciente: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA
 Data: 12-02-2019 12:22
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES
 Protocolo: 0000450724
 Data: 12-02-2019 12:24
 Idade: 54 anos
 RG: NÁQUIM GUIMARÃES
 Origem: ÁREA AMARELA
 Destino: ÁREA AMARELA

HEMOGRAMA

DATA DA COLETA: 12/02/2019 12:22

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos	3.13 milhões/mm ³	4.2 a 5.5 milhões/mm ³
Hemoglobina	10,9 g/dL	13,5 a 16,0 g/dL
Hematócrito	33,0 %	40,0 a 47,0 %
V.C.M.	105 fL	82,0 a 101,0 fL
H.C.M.	35 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.	33 g/dL	32,0 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos	4.500 /mm ³	4.000 a 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos	0	0
Linfócitos	0	0
Monócitos	0	0
Eosinófilos	2,0	90
Basófilos	55,0	2.475
Plaquetas	160.000 mm ³	135

OBSERVAÇÕES: Contagens repetidas e confirmadas.

Marcelo Augusto Feltous Oliveira
 CRM 7961

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 1543-FC2B-6373-6/P7-BJ/A-C760-FAIR-1502



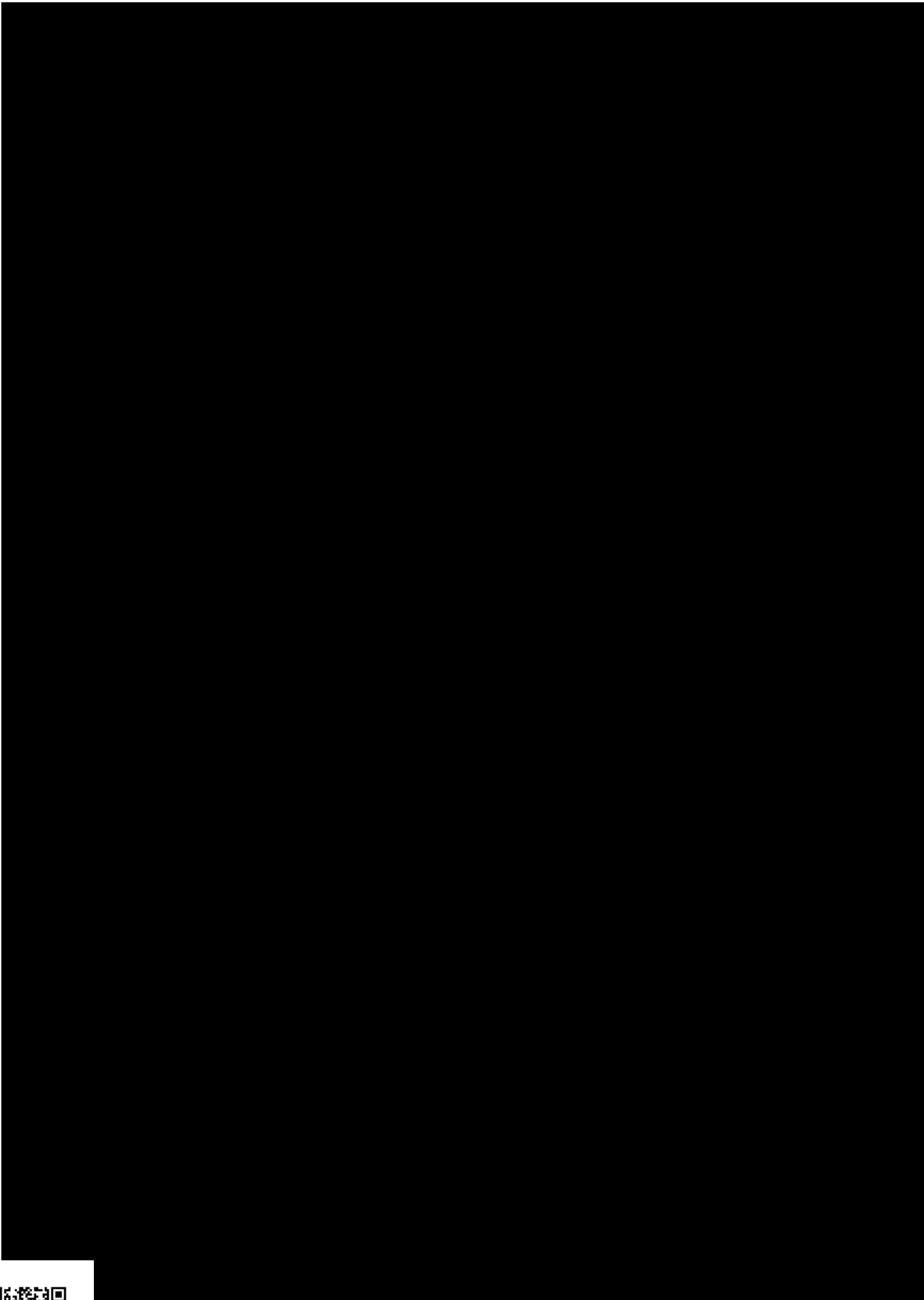


SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

NOME: <u>Celineza Stene</u>					
IDADE:	<u>54</u>	SEXO:	M ☒ F ☐	DATA DE NASCIMENTO:	/ /
SETOR:	<u>cardiovascular</u>			LEITO:	<u>08</u>
DIAGNOSTICO MEDICO: <u>Cardiopatia</u>					
ALERGIAS:	SIM ☐	NÃO ☒	QUAIS:		
MEDICAÇÃO CONTINUA:	SIM ☐	NÃO ☒	QUAIS:		
DOENÇA CRÔNICA:	SIM ☐	NÃO ☒	QUAIS:		
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM ☐	NÃO ☒	LOCAL:		
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO ☐	NORMOPOTENSO ☐	HIPERTENSO ☐		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☒	INCONSCIENTE ☐	ORIENTADO ☒		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO ☐	TAQUIPNEICO ☐	EUPNEICO ☒		
SIST. GENITOURINARIO (DIURSE):	NORMAL ☒	POLÚRIA ☐	OLIGÚRIA ☐		
	DUSÚRIA ☐	CISTOSTOMIA ☐	ANÚRIA ☐		
MOBILIDADE:	DEÂMBULA ☐	DEÂMBULA C/APOIO ☒	ACAMADO ☐		
	TETRAPLEGIA ☐	HEMIAPLEGIA ☐	PARESIA ☐		
SIST. GÁS. ROINTEATINAL (DIEA):	VO ☒	SNG ☐	SNE ☐		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☒	DESNUTRIDO ☐	OBESO ☐		
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:
☐ RISCO DE QUEDA			CD/R:		
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO			CD/R:		
☒ RISCO DE INFECÇÃO <u>AUREM HSE</u>			CD/R: <u>procedimento invasivo</u>		
☐ RISCO DE Desequilíbrio da temperatura corporal			CD/R:		
☐ RISCO de GLICEMIA instável			CD/R:		
☐ RISCO de RETENÇÃO URINÁRIA ☐ RETENÇÃO URINÁRIA			CD/R:		
☐ RISCO de SANGRAMENTO			CD/R:		
☐ NAUSEA			CD/R:		
☐ DOR AGUDA ☐ DOR CRÔNICA			CD/R:		
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ			CD/R:		
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA			CD/R:		
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO ☐ ALIMENTAR-SE ☐ PARA BANHO			CD/R:		
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA			CD/R:		
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA			CD/R:		
☐ RISCO de SÍNDROME DO DESUSO			CD/R:		
			CD/R:		
			CD/R:		
			CD/R:		
			CD/R:		
<u>Katrine Pontes dos S. Lima</u>			CD CARACTERÍSTICA DEFINIDORA		
<u>COREN-PR 528.295 - ENF</u>			FR: FATOR RELACIONADO		
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS			<u>08 20</u>		
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR					
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA					
☐ INSTALAR CATÉTER DE O ₂ A DL _{MIN} OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA					
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUÍDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).					
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.					
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°					
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA QUANDO RECOMENDADO.					
☒ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA)					
☐ ASSISTÊNCIA AO AUTOCUIDADO			<u>sempre conforme</u>		



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2021 09:33:56
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020209335635200000072973050>
 Número do documento: 21020209335635200000072973050



COL**CENTRO DE DIAGNÓSTICO**

- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX

- MAMOGRAFIA DIGITAL

- DENSITOMETRIA ÓSSEA

- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- ULTRASSONOGRAFIA

- ESPECIALIDADES MÉDICA

- FISIOTERAPIA

- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

LAUDO MÉDICO

Documentação médico - hospitalar



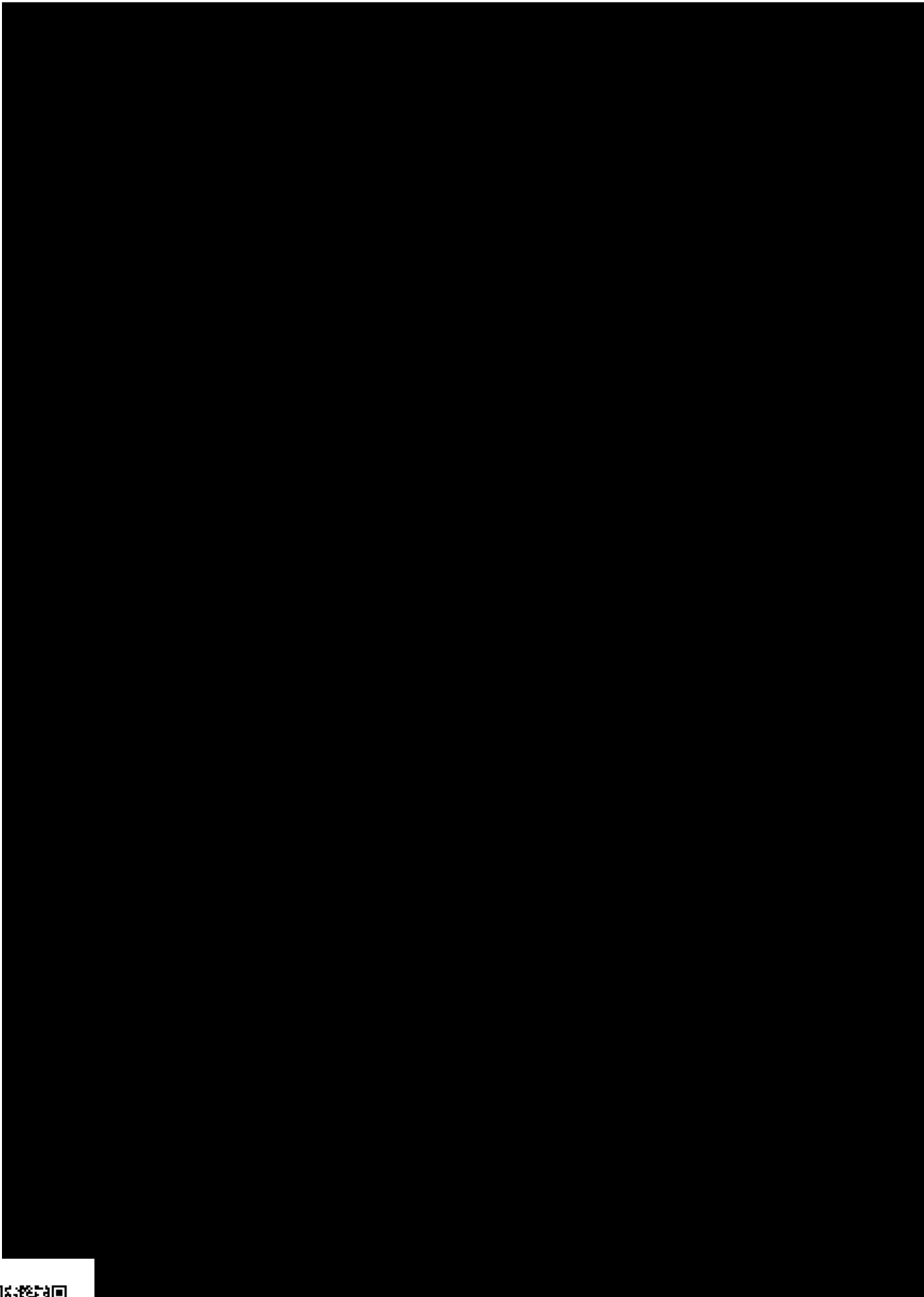
Declaro para os devidos fins, que o Sr. ALUISIO PEREIRA DE SOUZA, CPF 430.772.344-91 e RG Nº 2866062 SSP/PE, foi vítima de acidente de trânsito no dia 11/02/2019 sofrendo FRATURA DA PATELA DIREITA, submetido a tratamento cirúrgico (redução cirúrgica e fixação com cerclagem no dia 13/06/2019). Atualmente apresenta queixa de dor, edema e crepitação no joelho direito (osteoartrose pós traumática), atrofia muscular da coxa direita com déficit de força muscular do MID, limitação da flexão do joelho direito (+/- 95 graus). Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 28/05/2019


Dr. Roberto de Castro Costa
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 11730/1EOT - 7334

ROBERTO DE CASTRO COSTA
CRM: 11.730







GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: ALVÍSSO PEREIRA DE SOUZA IDADE: 54a SEXO: M

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 12/03/2021

1 - SIMTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

(☒) Assintomática (☐) Sintomática (☐) Oligossintomática

SINTOMAS:

(☐) Cefaleia (☐) Tontura (☐) Síncope
(☐) Dispnéia de esforço (☐) Grande (☐) Pequena
(☐) Palpitações (☐) Média (☐) Ortopnéia
(☐) Dor Precordial (☐) Tosse Seca (☐) Expectoração
(☐) Atípica
Relacionada: (☐) Esforço (☐) Emoções (☐) Fno (☐) Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

(☐) Hipertensão Arterial Sistêmica (☐) Hipertensão Pulmonar (☐) DPOC (☐) Outros
(☐) Diabetes Mellitus (☐) Insuf. Cardíaca Congestiva (☐) Insuficiência Coronariana
(☐) Arritmias (☐) Insuf. Renal (☐) Aguda (☐) Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

(☐) Alergia a Medicamentos: Doravex (☒) Tabagismo Ex
(☐) Etilismo (☐) Sedentarismo
(☐) Dislipidemia (☐) Cirúrgico Nega (☐) Outros

Medicamentos em uso (☒) Não (☐) Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

(☐) Estado Geral (☐) Bom (☒) Regular (☐) Comprometido (☐) Precário (☐) Altura (☐) Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: ECG em 12 leads

FC: 84 b.p.m P.A.: 130/80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: NV

Abdômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: RS AD R

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO - RISCO CIRÚRGICO:

(☒) Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
(☐) Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
(☐) Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
(☐) Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs.: _____

Dr. Guilherme Vaz Mascena
CARDIOLOGISTA
CRM 6369



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: *Aluísio Pereira*

ALIA: *X de novo*

LEITO:

MÉDICO:

IDADE:

DATA: *13/02/19*

MANHÃ

TARDE

NOITE

paciente evolui: quadro Clínico em E P.O.E de fratura
da perna. mantém Conduta Conservadora Orientado verbaliza
chorese (+) aceita dieta por via Orale Sem Queixas Aos
Cuidados de enfermagem

Josefina Souza
Téc. de Enfermagem
CONE-03/12/2019



[illegible]

PACIENTE: Alvaro Tachino de Souza
Nº DO PRONTUÁRIO: 18039 Nº DO ATENDIMENTO:
DATA DA OPERAÇÃO: 18/03/21 ENFERMARIA: LEITO:
OPERADOR: Dr. Tachino
1º AUXILIAR: Dr. Tachino 2º AUXILIAR:
3º AUXILIAR: INSTRUMENTADOR: Dr. Tachino
ANESTESISTA: Dr. Tachino TIPO DE ANESTESIA: 2
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: Fratura de fêmur
TIPO DE OPERAÇÃO: osteotomia de Böhler

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

RELATÓRIO MÉDICO DA PATOLOGIA:

EXAME RADIOLÓGICO DO ATO:

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ABORDAGEM: Abordagem por dentro da ferida
TÉCNICA: LIGADURA S. ORENAGENS TIRA-MATERNIDADE: DO-ASPIRADO VICERAS

- 1) Fratura de fêmur
- 2) Fratura de fêmur
- 3) Fratura de fêmur
- 4) Fratura de fêmur
- 5) Fratura de fêmur
- 6) Fratura de fêmur
- 7) Fratura de fêmur
- 8) Fratura de fêmur
- 9) Fratura de fêmur
- 10) Fratura de fêmur

Dr. Jorge Pinto Neto
CRM 18.228
MÉDICO





Paciente: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA
 Idade: 54 anos
 OS: 011-65057-266
 Data O.S.: 13/02/2019 - 11:55
 Dr(a): AMARO JORGE PINTO NETO
 Convênio: PACOTE IAT
 Emissão: 13/02/2019 - 12:22



Local: MARIA DAS NEVES

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

		Homens	Mulheres	Crianças	Acima de 70 anos
Hemácias:	3,10 milhões/mm ³	4,50 a 6,10	4,00 a 5,40	4,07 a 5,27	3,90 a 5,25
Hemoglobina:	10,2 g/dL	13,0 a 16,5	12,0 a 15,8	10,5 a 14,0	11,5 a 15,1
Hematócrito:	31,0 %	36,0 a 54,0	33,0 a 47,9	30,0 a 40,5	33,0 a 40,0
M.C.M.:	100,0 µ ³	80,0 a 98,0	80,0 a 98,0	70,0 a 86,0	80,0 a 90,0
H.C.M.:	32,9 pg	26,8 a 32,9	26,2 a 32,6	21,2 a 31,7	24,0 a 31,0
C.H.C.M.:	32,9 g/dL	30,0 a 36,5	30,0 a 36,5	30,0 a 36,5	30,0 a 36,5
RDW:	12,0 %	11,0 a 16,0	12,0 a 16,0	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0
Série vermelha:	Macrocitose. Normocromia.				

Valores de referência

LEUCOGRAMA

		Adultos	Crianças
Leucócitos:	5.490 /mm ³	3.500 a 11.000	4.000 a 10.000
Eosinófilos:	0 %	0-5	0-6
Segmentados:	51 %	40-70	30-60
Basófilos:	1 %	0-2	0-5
Linfócitos:	42 %	20-50	38-70
Linfócitos reativos:	0 %	0	0
Monócitos:	6 %	3-14	3-14
Série branca:	Leucócitos morfológicamente conservados.		

Valores de referência

PLAQUETOGRAMA

Contagem de Plaquetas:	168.000 /mm ³	150.000 a 450.000 /mm ³
MPV:	11,10 fL	

Valores de referência

Série plaquetária: Plaquetas normais ao exame do esfregaço.

Material: Sangue total com EDTA

Método: Citometria de fluxo (fluorescência e impedância)

Coleta: 13/02/2019 Liberação: 13/02/2019 - 12:22

Assinado eletronicamente por: Dra. Talita Nunes Cardoso - CRF-PH 4096

ASSINATURA DIGITAL

504561719273909056606061FA4912090D42C2F09FD27949F6370E1156A5E171A6B11642142A7

Acesse seus resultados: www.labprosangue.com.br

Central de Atendimento: ☎ 83 2102.5577 ☎ 83 2102.5555 ☎ 83 988310102

UNIDADE CENTRO

☐ Rua Senador Barbosa, 61

UNIDADE CATOLÉ

☐ Av. Vigário Carato, 87

UNIDADE PRAIA

☐ Rua Rodrigues Alves, 1049

UNIDADE CATINGUEIRA

☐ R. Severino Serejo de Almeida, 17

UNIDADE JOÃO XXIII

☐ Rm Nilo Paçanha, 83 - Praia

UNIDADE INTEGRAÇÃO

☐ Rua Sebastião Donato, 75

UNIDADE CRUZEIRO

☐ Av. Almirante Balsem, 1493

UNIDADE JOSÉ PINHEIRO

☐ Rua Campos Sales, 463

UNIDADE QUEIMADAS

☐ Rua João Barbosa Silva, 77

UNIDADE ANTÔNIO TARGINO

☐ R. Dr. Raimundo Gouveia, 349 - Caruaru

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patologias e outros. Apenas um médico tem condições de interpretar.

CONTROLE DE QUALIDADE - SPRL

Programa de Qualidade para Laboratório CAPSA





CENTRO DE DIAGNÓSTICO

- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX

- MAMOGRAFIA DIGITAL

- DENSITOMETRIA ÓSSEA

- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- ULTRASSONOGRAFIA

- ESPECIALIDADES MÉDICA

- FISIOTERAPIA

- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

LAUDO MÉDICO

Documentação médico - hospitalar



Declaro para os devidos fins, que o Sr. ALUISIO PEREIRA DE SOUZA, CPF 430.772.344-91 e RG Nº 2866062 SSP/PE, foi vítima de acidente de trânsito no dia 11/02/2019 sofrendo FRATURA DA PATELA DIREITA, submetido a tratamento cirúrgico (redução cirúrgica e fixação com cerclagem no dia 13/06/2019). Atualmente apresenta queixa de dor, edema e crepitação no joelho direito (osteoartrose pós traumática), atrofia muscular da coxa direita com déficit de força muscular do MID, limitação da flexão do joelho direito (+/- 95 graus). Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 28/05/2019


Dr. Roberto de Castro Costa
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 11730/1EOT - 7334

ROBERTO DE CASTRO COSTA
CRM: 11.730



Data da Internação: 11/02/2019 Hora: 22:14:13

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
Identificação do Paciente				4 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE ALUISSO PEREIRA DE SOUZA				1831792	
7 - CARTÃO DO SUS 898003499781346		8 - DATA DE NASCIMENTO 26/01/1965		9 - SEXO Masculino ☒ Feminino ☐	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL ALAIDE FILGUEIRA DE ALBUQUERQUE				11 - TELEFONE DE CONTATO 83 86714011	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) AV CARLOS PESSOA, 0, CENTRO					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Umbuzeiro		14 - CÓDIGO MUNICÍPIO - UF 251700 PB		16 - CEP 58497000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Acid q - de e difíceis p gunk</i>					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>19001R</i>					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS E RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS <i>Acid q - de e difíceis p gunk</i>					
20 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO <i>Acid q - de e difíceis p gunk</i>					
21 - CID 10 PRINCIPAL <i>Acid q - de e difíceis p gunk</i>					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO <i>Acid q - de e difíceis p gunk</i>					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS <i>Acid q - de e difíceis p gunk</i>					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA 02		27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO (X) CMS () CPF	
29 - Nº DO DOCUMENTO 980016278218009		30 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES		32 - DATA DA SOLICITAÇÃO 11/02/2019		33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr. JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES</i>	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OLVIDADOS - 0551)					
34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		35 - CPM DA SEGURADORA		36 - Nº DO BILHETE	
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		38 - CPM EMPRESA		39 - CHAE DA EMPRESA	
40 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO		41 - CPM		42 - CBO	
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESPREVIDADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO					
AUTORIZAÇÃO					
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - CBO, ORGÃO EMISSOR		46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
47 - DOCUMENTO () CMS () CPF		48 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 11/02/2019		51 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: ALVÍSSO PEREIRA DE SOUZA IDADE: 54a SEXO: M

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 12/03/2021

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

(☒) Assintomática (☐) Sintomática (☐) Oligossintomática

SINTOMAS:

(☐) Cefaleia (☐) Tontura (☐) Síncope
(☐) Dispnéia de esforço (☐) Grande (☐) Pequena
(☐) Palpitações (☐) Média (☐) Ortopnéia
(☐) Dor Precordial (☐) Tosse Seca (☐) Expectoração
(☐) Típica (☐) Atípica
Relacionada: (☐) Esforço (☐) Emoções (☐) Fno (☐) Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

(☐) Hipertensão Arterial Sistêmica (☐) Hipertensão Pulmonar (☐) DPOC (☐) Outros
(☐) Diabetes Mellitus (☐) Insuf. Cardíaca Congestiva (☐) Insuficiência Coronariana
(☐) Arritmias (☐) Insuf. Renal (☐) Aguda (☐) Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

(☐) Alergia a Medicamentos: Dorcasul (☒) Tabagismo Ex
(☐) Etilismo (☐) Sedentarismo
(☐) Dislipidemia (☐) Cirúrgico Nega (☐) Outros

Medicamentos em uso (☒) Não (☐) Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

(☐) Estado Geral (☐) Bom (☒) Regular (☐) Comprometido (☐) Precário (☐) Altura (☐) Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: ECG em 12 derivações

FC: 84 b.p.m P.A.: 130/80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: NV

Abdômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: RS AD R

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO - RISCO CIRÚRGICO:

(☒) Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
(☐) Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
(☐) Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
(☐) Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs.: _____

Dr. Guilherme Vaz Mascena
CARDIOLOGISTA
CRM 6369



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: *Aluísio Pereira*

ALIA: *X de novo*

LEITO:

MÉDICO:

IDADE:

DATA: *13/02/19*

MANHÃ

TARDE

NOITE

paciente evolui quadro Clínico em 1º POE de fratura da perna. mantém Conduta Conservadora Orientado verbaliza choro e (+) aceita dieta por via Orale Sem Queixas Aos Cuidados de enfermagem

Josefina Souza
Téc. de Enfermagem
CONE-13/02/2019



HOSPITAL ANTONIO TARGINO		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DIAGNÓSTICO:	NOME: ALIA:	LEITO:	CONVÊNIO:
MEDICAMENTO:		HORÁRIO:	
① Dose		Amor & João Paulo Neto FONE: 3333-3333 CLINICA TRAUMATOLOGIA	
② Dose			
③ Dose			
④ Dose			
⑤ Dose			
EVOLUÇÃO MÉDICA			
Cardiologia Dr. Fátima de Fátima 31/02/14 Exame físico Exame de laboratório Exame de imagem Exame de função Exame de genética Exame de imunologia Exame de microbiologia Exame de parasitologia Exame de patologia Exame de toxicologia Exame de farmacologia Exame de fisiologia Exame de anatomia Exame de histologia Exame de embriologia Exame de zoologia Exame de botânica Exame de geologia Exame de meteorologia Exame de astronomia Exame de arqueologia Exame de antropologia Exame de sociologia Exame de psicologia Exame de pedagogia Exame de letras Exame de direito Exame de economia Exame de engenharia Exame de arquitetura Exame de design Exame de moda Exame de culinária Exame de artes Exame de música Exame de dança Exame de teatro Exame de cinema Exame de literatura Exame de história Exame de filosofia Exame de religião Exame de esportes Exame de jogos Exame de hobbies Exame de viagens Exame de compras Exame de culinária Exame de artesanato Exame de jardinagem Exame de pesca Exame de caça Exame de colecionismo Exame de numismática Exame de filatelia Exame de mineralogia Exame de paleontologia Exame de geografia Exame de cartografia Exame de topografia Exame de geodésia Exame de geologia Exame de meteorologia Exame de astronomia Exame de arqueologia Exame de antropologia Exame de sociologia Exame de psicologia Exame de pedagogia Exame de letras Exame de direito Exame de economia Exame de engenharia Exame de arquitetura Exame de design Exame de moda Exame de culinária Exame de artes Exame de música Exame de dança Exame de teatro Exame de cinema Exame de literatura Exame de história Exame de filosofia Exame de religião Exame de esportes Exame de jogos Exame de hobbies Exame de viagens Exame de compras Exame de culinária Exame de artesanato Exame de jardinagem Exame de pesca Exame de caça Exame de colecionismo Exame de numismática Exame de filatelia Exame de mineralogia Exame de paleontologia Exame de geografia Exame de cartografia Exame de topografia Exame de geodésia Exame de geologia Exame de meteorologia Exame de astronomia Exame de arqueologia Exame de antropologia Exame de sociologia Exame de psicologia Exame de pedagogia Exame de letras Exame de direito Exame de economia Exame de engenharia Exame de arquitetura Exame de design Exame de moda Exame de culinária Exame de artes Exame de música Exame de dança Exame de teatro Exame de cinema Exame de literatura Exame de história Exame de filosofia Exame de religião Exame de esportes Exame de jogos Exame de hobbies Exame de viagens Exame de compras Exame de culinária Exame de artesanato Exame de jardinagem Exame de pesca Exame de caça Exame de colecionismo Exame de numismática Exame de filatelia Exame de mineralogia Exame de paleontologia Exame de geografia Exame de cartografia Exame de topografia Exame de geodésia Exame de geologia Exame de meteorologia Exame de astronomia Exame de arqueologia Exame de antropologia Exame de sociologia Exame de psicologia Exame de pedagogia Exame de letras Exame de direito Exame de economia Exame de engenharia Exame de arquitetura Exame de design Exame de moda Exame de culinária Exame de artes Exame de música Exame de dança Exame de teatro Exame de cinema Exame de literatura Exame de história Exame de filosofia Exame de religião Exame de esportes Exame de jogos Exame de hobbies Exame de viagens Exame de compras Exame de culinária Exame de artesanato Exame de jardinagem Exame de pesca Exame de caça Exame de colecionismo Exame de numismática Exame de filatelia Exame de mineralogia Exame de paleontologia Exame de geografia Exame de cartografia Exame de topografia Exame de geodésia Exame de geologia Exame de meteorologia Exame de astronomia Exame de arqueologia Exame de antropologia Exame de sociologia Exame de psicologia Exame de pedagogia Exame de letras Exame de direito Exame de economia Exame de engenharia Exame de arquitetura Exame de design Exame de moda Exame de culinária Exame de artes Exame de música Exame de dança Exame de teatro Exame de cinema Exame de literatura Exame de história Exame de filosofia Exame de religião Exame de esportes Exame de jogos Exame de hobbies Exame de viagens Exame de compras Exame de culinária Exame de artesanato Exame de jardinagem Exame de pesca Exame de caça Exame de colecionismo Exame de numismática Exame de filatelia Exame de mineralogia Exame de paleontologia Exame de geografia Exame de cartografia Exame de topografia Exame de geodésia Exame de geologia Exame de meteorologia Exame de astronomia Exame de arqueologia Exame de antropologia Exame de sociologia Exame de psicologia Exame de pedagogia Exame de letras Exame de direito Exame de economia Exame de engenharia Exame de arquitetura Exame de design Exame de moda Exame de culinária Exame de artes Exame de música Exame de dança Exame de teatro Exame de cinema Exame de literatura Exame de história Exame de filosofia Exame de religião Exame de esportes Exame de jogos Exame de hobbies Exame de viagens Exame de compras Exame de culinária Exame de artesanato Exame de jardinagem Exame de pesca Exame de caça Exame de colecionismo Exame de numismática Exame de filatelia Exame de mineralogia Exame de paleontologia Exame de geografia Exame de cartografia Exame de topografia Exame de geodésia Exame de geologia Exame de meteorologia Exame de astronomia Exame de arqueologia Exame de antropologia Exame de sociologia Exame de psicologia Exame de pedagogia Exame de letras Exame de direito Exame de economia Exame de engenharia Exame de arquitetura Exame de design Exame de moda Exame de culinária Exame de artes Exame de música Exame de dança Exame de teatro Exame de cinema Exame de literatura Exame de história Exame de filosofia Exame de religião Exame de esportes Exame de jogos Exame de hobbies Exame de viagens Exame de compras Exame			

PACIENTE: Alvaro Tachino de Souza
 Nº DO PRONTUÁRIO: 18039 Nº DO ATENDIMENTO:
 DATA DA OPERAÇÃO: 18/03/21 ENFERMARIA: LEITO:
 OPERADOR: Dr. Tachino
 1º AUXILIAR: 2º AUXILIAR:
 3º AUXILIAR: INSTRUMENTADOR:
 ANESTESISTA: TIPO DE ANESTESIA:
 DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO:
 TIPO DE OPERAÇÃO:
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

RELATÓRIO MÉDICO DA PATOLOGIA:

EXAME RADIOLÓGICO DO ACATO:

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ABORDAGEM: TÉCNICA: LIGADURA: S. ORENAÇÃO: TIRA-MATERNIDADE: DO-ASPIRADO: VICERAS:

- ① Tachino de Souza
- ② Tachino de Souza
- ③ Tachino de Souza
- ④ Tachino de Souza
- ⑤ Tachino de Souza
- ⑥ Tachino de Souza
- ⑦ Tachino de Souza
- ⑧ Tachino de Souza
- ⑨ Tachino de Souza
- ⑩ Tachino de Souza

Dr. Jorge Pinto Neto
CRM 18.228
MÉDICO





Nome: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA
Idade: 54 anos
OS: 011-65057-266
Data O.S.: 13/02/2019 - 11:55
Paciente: AMARO JORGE PINTO NETO
Convênio: PACOTE IAT
Emissão: 13/02/2019 - 12:22



Local: MARIA DAS NEVES

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

		Valores de referência			
		Homens	Mulheres	Crianças	Acima de 70 anos
Hemácias:	3,10 milhões/mm ³	4,50 a 6,10	4,00 a 5,40	4,07 a 5,17	3,90 a 5,25
Hemoglobina:	10,2 g/dL	13,0 a 16,5	12,0 a 15,8	10,5 a 14,0	11,5 a 15,1
Hematócrito:	31,0 %	36,0 a 54,0	33,0 a 47,9	30,0 a 40,5	33,0 a 40,0
M.C.M.:	100,0 µ ³	80,0 a 98,0	80,0 a 98,0	70,0 a 86,0	80,0 a 90,0
M.C.M.:	32,9 pg	26,8 a 32,9	26,2 a 32,6	21,2 a 31,7	24,0 a 31,0
M.C.M.:	32,9 g/dL	30,0 a 36,5	30,0 a 36,5	30,0 a 36,5	30,0 a 36,5
RDW:	12,0 %	11,0 a 16,0	12,0 a 16,0	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0
Série vermelha:	Macrocitose. Normocromia.				

LEUCOGRAMA

		Valores de referência			
		Adultos	Crianças		
Leucócitos:	5.490 /mm ³	100	3.500 a 11.000	100	4.000 a 10.000
Eosinófilos:	0 %	0-5	0 a 5%	0-6	0 a 5%
Segmentados:	51 %	40-70	1.400 a 7.700	30-64	1.200 a 5.600
Basófilos:	1 %	0-2	0 a 5%	0-5	0 a 5%
Linfócitos:	42 %	20-50	740 a 5.500	38-70	1.800 a 10.500
Linfócitos reativos:	0 %	0	0	0	0
Monócitos:	6 %	3-14	37 a 1.110	3-14	40 a 1.110
Série branca:	Leucócitos morfológicamente conservados.				

PLAQUETOGRAMA

Contagem de Plaquetas:	168.000 /mm ³	Valores de referência
WBC:	11,10 fL	150.000 a 450.000 /mm ³

Série plaquetária: Plaquetas normais ao exame do esfregaço.

Material: Sangue total com EDTA

Método: Citometria de fluxo (fluorescência e impedância)

Coleta: 13/02/2019 Liberação: 13/02/2019 - 12:22

Assinado eletronicamente por: Dra. Talita Nunes Cardoso - CRF-PB 4096

ASSINATURA DIGITAL

504561719273909056606061FA4912090D42C2F09FD27949F6370E1156A5E171A6B11642148A7

Accesse seus resultados: www.labprosangue.com.br

Central de Atendimento: ☎ 83 2102.5577 ☎ 83 2102.5555 ☎ 83 988310102

UNIDADE CENTRO

☐ Rua Senador Barbosa, 61

☐ Rua Sebastião Donato, 75

UNIDADE CATOLÉ

☐ Av. Vigário Carato, 87

☐ Av. Almirante Barroso, 1493

UNIDADE PRAIA

☐ Rua Rodrigues Alves, 1049

☐ Rua Campos Sales, 463

UNIDADE CATINGUEIRA

☐ R. Severino Serejo de Almeida, 17

☐ Rua João Barbosa Silva, 77

UNIDADE JOÃO XXIII

☐ Rua Nilo Paquetá, 83 - Praia

☐ R. Osmário Gouveia, 349 - Caruaru

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patologias e outros. Apenas um médico tem condições de interpretar.

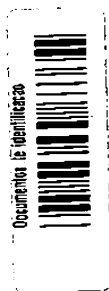
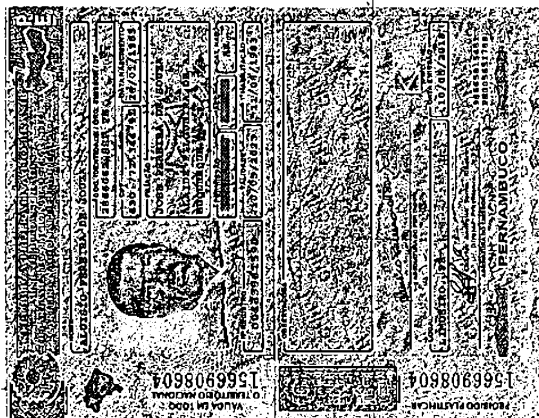
CONTROLE DE QUALIDADE - SRP

Programa de Qualidade para Laboratório CAPS

Control Lab



[illegible][illegible]



UJI

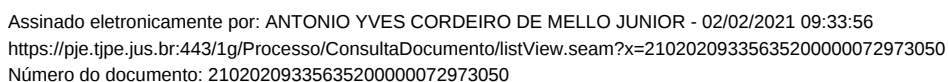


REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADIAS		SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAQ - SEGURO DPVAT	
DETRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO Nº 014800485076 VIA 1 DDD RENAVAM 998017132 RJ R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019 MALDECY ALVES DA SILVA ORORO-PE 341.037.674-72 PLACA OYY4633 9C2XC1650BR019071 PAS /MOTOCICLETA MARCA/MODELO HONDA/CG 150-TITAN ESD ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2014 CAP/ POT / CL 2E/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA COTA ÚNICA IPVA 2019 QUITADO PREMIO TARIFARIO (R\$) 80.115 CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 DATA DE PAGAMENTO 16/02/19 OBSERVAÇÕES SEER RESERVA TO DE FORTE OBRIGATORIO NAO VALGO PARA TRANSPARENCIA ORORO Roberto Carlos Moreira Fontelles Diretor Presidente DETRAN/PE		PE Nº 014800485076 BILHETE DE SEGURO DPVAT MALDECY ALVES DA SILVA 55745-000 CASA ORORO-PE ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204 EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 16/02/19 VIA 1 DDD RENAVAM 998017132 RJ R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019 MALDECY ALVES DA SILVA ORORO-PE 341.037.674-72 PLACA OYY4633 9C2XC1650BR019071 PAS /MOTOCICLETA MARCA/MODELO HONDA/CG 150-TITAN ESD ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2014 CAP/ POT / CL 2E/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA COTA ÚNICA IPVA 2019 QUITADO PREMIO TARIFARIO (R\$) 80.115 CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 DATA DE PAGAMENTO 16/02/19 OBSERVAÇÕES SEER RESERVA TO DE FORTE OBRIGATORIO NAO VALGO PARA TRANSPARENCIA ORORO Roberto Carlos Moreira Fontelles Diretor Presidente DETRAN/PE	





11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1041 1042 1043 1044 10



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder nas
Condições do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199933/19

Vítima: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

CPF: 430.772.344-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/02/2019

Titular do CPF: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ALUISIO PEREIRA DE SOUZA : 430.772.344-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/06/2019
Nome: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA
CPF: 430.772.344-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/06/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ALVISIO PEREIRA DE SOUZA
 DATA DO ACIDENTE 17.02.2019 CPF DA VÍTIMA 43077234491
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ALVISIO PEREIRA DE SOUZA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA DR. CARLOS PESSOA
 Nº 223 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO
 CIDADE UMBUZEIRO UF RJ CEP 58477-000
 E-MAIL alvisio@dpv.com.br TELEFONE (81) 896964979
891065824

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

RECEBIDO

17 JUN 2019
 Seguradora Líder DPVAT

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

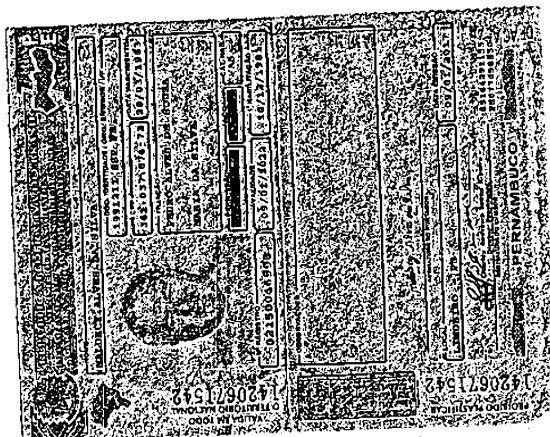
- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE - R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL 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 03.06.2019IDENTIDADE 2866062ASSINATURA Alvisio Pereira de Souza

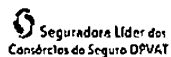
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 03/06/19NOME JOHN LENNON DE LIMA SILVAASSINATURA John Lennon de Lima Silva



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2021 09:33:56
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020209335635200000072973050>
 Número do documento: 21020209335635200000072973050

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199933/19

Número do Sinistro: 3190377190

Vítima: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

CPF: 430.772.344-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/02/2019

Titular do CPF: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

Outros



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/07/2019
Nome: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA
CPF: 430.772.344-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/07/2019
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

Elen Tais Alves Pereira

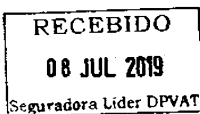




Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo, ligue para o Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020.1556 (Região Metropolitana) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 81. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 08. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190377190
Vítima: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA
Data do Acidente: 11/07/2019
Cobertura: INVALIDE2



Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

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

Boletim de ocorrência Incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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.

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

220101014 - INVALIDE2
Pag 51/1016.0



Carta nº 146/2019





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ALUISIO PEREIRA DE SOUZA
 DATA DO ACIDENTE 27.02.2019 CPF DA VÍTIMA 43071234491
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ALUISIO PEREIRA DE SOUZA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIR PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA DA CARLOS PESSOA
 Nº 223 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO
 CIDADE UMUZEIRO UF PI CEP 58497000
 E-MAIL endofhna@al.com.br TELEFONE 81 996964979
997065834

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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 17 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO 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 17 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES -

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 23.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 11.500,00. 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 03.07.2019
 IDENTIDADE 29597799
 ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPV21

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199933/19

Número do Sinistro: 3190377190

Vítima: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

CPF: 430.772.344-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/02/2019

Titular do CPF: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de registro de acidente declarado

Declaração de Inexistência de IML

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

Outros



ALUISIO PEREIRA DE SOUZA : 430.772.344-91

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/08/2019
Nome: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA
CPF: 430.772.344-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/08/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ALUISIO PEREIRA DE SOUZA
 DATA DO ACIDENTE 17.02.2019 CPF DA VÍTIMA 43071234491
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ALUISIO PEREIRA DE SOUZA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA DO CARLOS PESSOA
 Nº 223 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO
 CIDADE UNIBAZILIO UF RS CEP 58497-000
 E-MAIL endoflora@bol.com.br TELEFONE (81) 996964979
997065834

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- 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

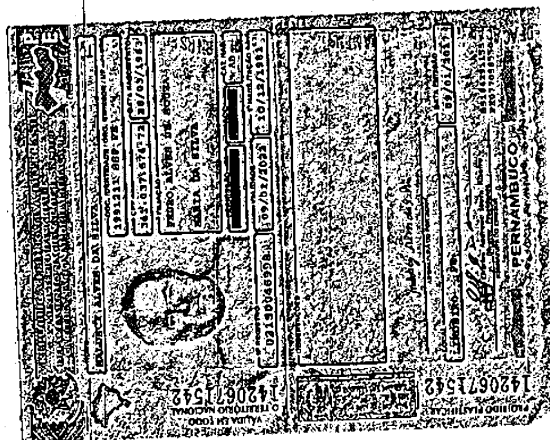
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 03-06-2019
 IDENTIDADE 9.866.062
 ASSINATURA Aluisio Pereira de Souza

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 15-08-19
 NOME John Lennon de Lima Silva
 ASSINATURA Ag. Comercial
Mat. 8.508/254-6





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2021 09:33:56
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020209335635200000072973050>
 Número do documento: 21020209335635200000072973050

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2021 09:33:56

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

Eletro Cardiograma

NOME: Aluisio Pereira de Sousa

Idade: 54 sexo M Quarto - leito 90-2

DATA: 13/02/19 Responsável: [Assinatura]

Médico Requisitante: D. A. A. A.

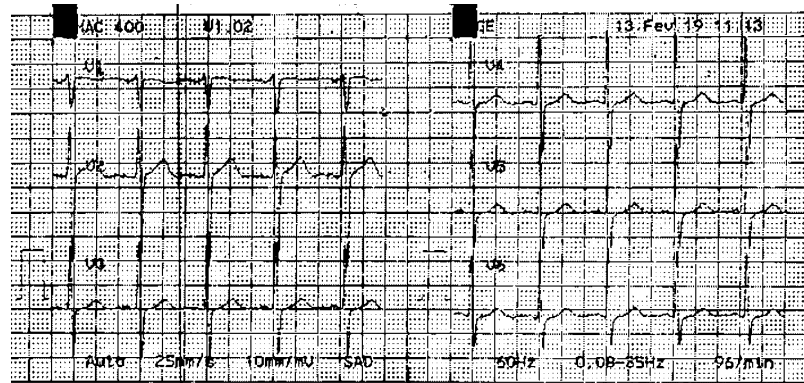
Eletro. doc

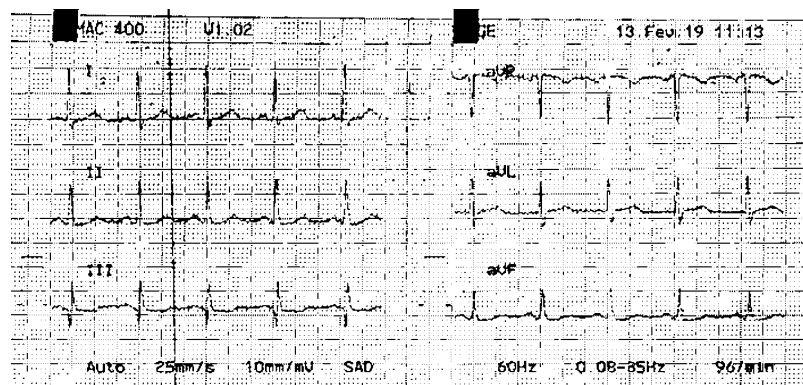


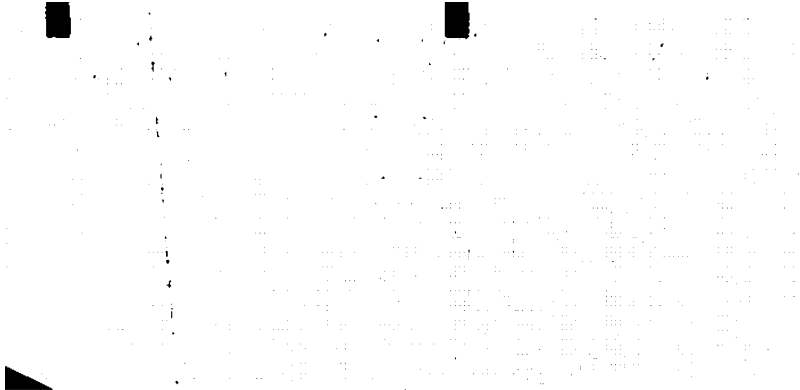
35 13.Fev.19 11:14
Série: SCT12230131KA
Interpretação:
Ritmo sinusal normal
QT prolongada
ECG anormal
Resultados de medidas:
PRP 390 / 400
PRP 624 / 400
PRP 607 367 120ms
MAC 407 01.02 12SL 0239

35 13.Fev.19 11:14
Série: SCT12230131KA
Interpretação:
Ritmo sinusal normal
QT prolongada
ECG anormal
Resultados de medidas:
PRP 390 / 400
PRP 624 / 400
PRP 607 367 120ms
MAC 407 01.02 12SL 0239











PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190377190

Cidade: Umbuzeiro

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

Data do acidente: 11/02/2019

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.(PÁG.4)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das
sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.Documentos
complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199933/19

Número do Sinistro: 3190377190

Vítima: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

CPF: 430.772.344-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/02/2019

Titular do CPF: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/07/2019
Nome: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA
CPF: 430.772.344-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/07/2019
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

Elen Tais Alves Pereira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199933/19

Vítima: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

CPF: 430.772.344-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/02/2019

Titular do CPF: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ALUISIO PEREIRA DE SOUZA : 430.772.344-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/06/2019
Nome: ALUISIO PEREIRA DE SOUZA
CPF: 430.772.344-91

ALUISIO PEREIRA DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/06/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

