

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOAO JOAQUIM DOS SANTOS JUNIOR

Nº Sinistro: 3180334203

Vitima: JOAO JOAQUIM DOS SANTOS JUNIOR

Data do Acidente: 05/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180334203**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13148302



Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOAO JOAQUIM DOS SANTOS JUNIOR
Nº Sinistro: 3180334203
Vitima: JOAO JOAQUIM DOS SANTOS JUNIOR
Data do Acidente: 05/04/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180334203**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOAO JOAQUIM DOS SANTOS JUNIOR
Nº Sinistro: 3180334203
Vitima: JOAO JOAQUIM DOS SANTOS JUNIOR
Data do Acidente: 05/04/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180334203**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: JOAO JOAQUIM DOS SANTOS JUNIOR

Nº Sinistro: 3180334203

Vítima: JOAO JOAQUIM DOS SANTOS JUNIOR

Data do Acidente: 05/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180334203**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **05/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

JOÃO JOAQUIM DOS SANTOS JUNIOR

CPF da Vítima

028.537.044-83

Data do Acidente

05/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

J. PESSOA 13, 30 de JULHO de 2018

Local e Data

João Joaquim dos Santos Junior

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831449692

Data Nasc: 06/06/1972 - 46 anos

Paciente: JOAO JOAQUIM DOS SANTOS JUNIOR

Data Exame: 21/07/2018

RADIOGRAFIA CLAVÍCULA ESQUERDA

Sinais de desnivelamento da articulação acromioclavicular esquerda, aspecto que pode estar relacionado a subluxação, na dependência de correlação com dados clínicos.

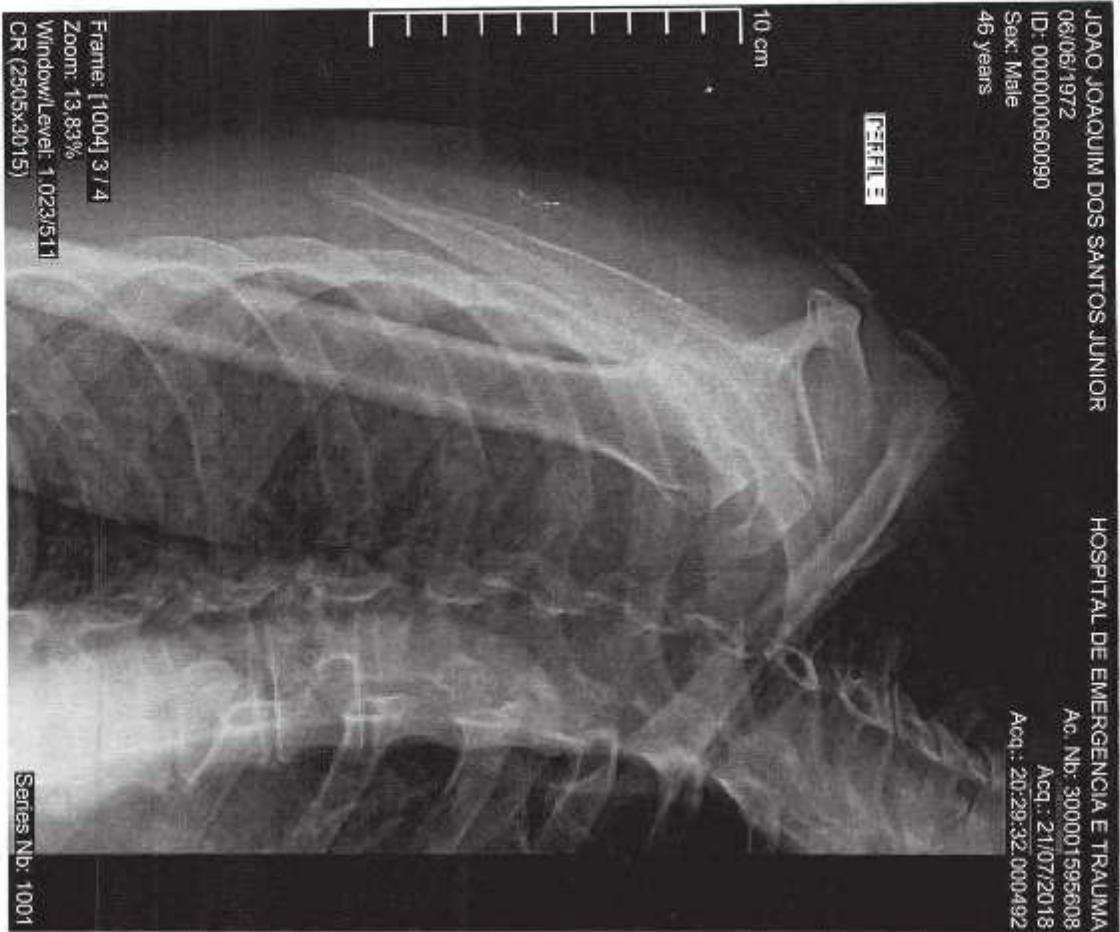
Textura óssea normal.

** O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*



Este laudo foi liberado em 30/11/2018 10:53.

Dra. Danielle C.S. Pereira
CRM: 6088 - PB



PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
03 DEZ. 2018
PROTOCOLO
DE ATENDIMENTO À PESSOA



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831228440

Data Nasc: 06/06/1972 - 45 anos

Paciente: JOAO JOAQUIM DOS SANTOS JUNIOR

Data Exame: 06/04/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

*** Exame realizado em caráter de urgência/ emergênica.

Imagens obtidas no plano axial, através de técnica helicoidal, sem a injeção endovenosa de meio de contraste iodado.

Análise:

Cisternas presentes, sulcos corticais e espaços periencefálicos de aspecto preservado.

Sistema ventricular simétrico, de topografia e dimensões usuais.

Parênquima cerebral, cerebelo e as estruturas do tronco encefálico possuem coeficiente de atenuação adequados.

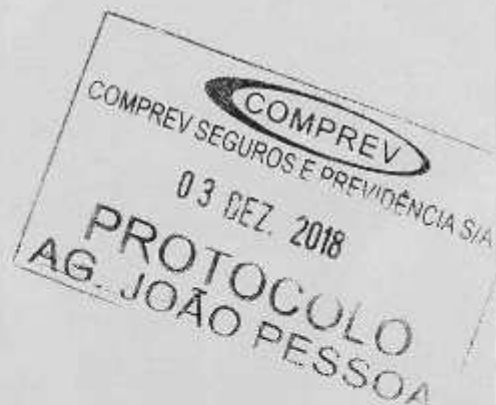
Não há desvio de estruturas da linha média.

Ausência de coleções líquida extra-axiais, processos expansivos intra-parenquimatosos e sinais de hemorragia aguda/subaguda.

Não se evidenciam traços de fraturas desalinhadas na calota craniana.

Nota: Exame realizado em condições de urgência/emergência.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.





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

Atendimento: 201831228440

Paciente: JOAO JOAQUIM DOS SANTOS JUNIOR

Data Nasc: 06/06/1972 - 45 anos

Data Exame: 06/04/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

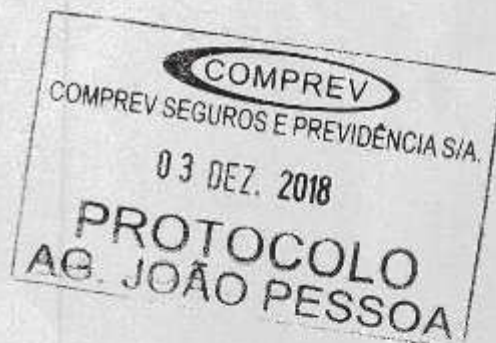
*** Exame realizado em caráter de urgência/ emergência.
Imagens obtidas no plano axial, através de técnica helicoidal, sem a injeção endovenosa
meio de contraste iodado.

Análise:

Cisternas presentes, sulcos corticais e espaços periencefálicos de aspecto preservado.
Sistema ventricular simétrico, de topografia e dimensões usuais.
Parênquima cerebral, cerebelo e as estruturas do tronco encefálico possuem coeficiente
atenuação adequados.
Não há desvio de estruturas da linha média.
Ausência de coleções líquida extra-axiais, processos expansivos intra-parenquimatosos;
sinais de hemorragia aguda/subaguda.
Não se evidenciam traços de fraturas desalinhadas na calota craniana.

Nota: Exame realizado em condições de urgência/emergência.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-
epidemiológicos do(a) paciente.





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831228440

Data Nasc: 06/06/1972 - 45 anos

Paciente: JOAO JOAQUIM DOS SANTOS JUNIOR

Data Exame: 06/04/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

*** Exame realizado em caráter de urgência/ emergência.

Imagens obtidas no plano axial, através de técnica helicoidal, sem a injeção endovenosa do meio de contraste iodado.

Análise:

Cisternas presentes, sulcos corticais e espaços periencefálicos de aspecto preservado.

Sistema ventricular simétrico, de topografia e dimensões usuais.

Parênquima cerebral, cerebelo e as estruturas do tronco encefálico possuem coeficientes atenuação adequados.

Não há desvio de estruturas da linha média.

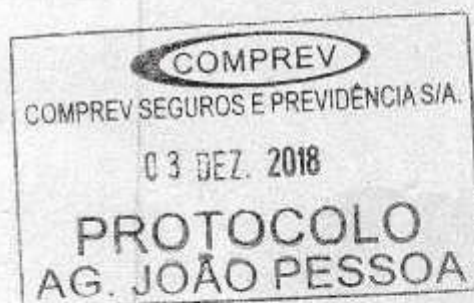
Ausência de coleções líquida extra-axiais, processos expansivos intra-parenquimatosos ou

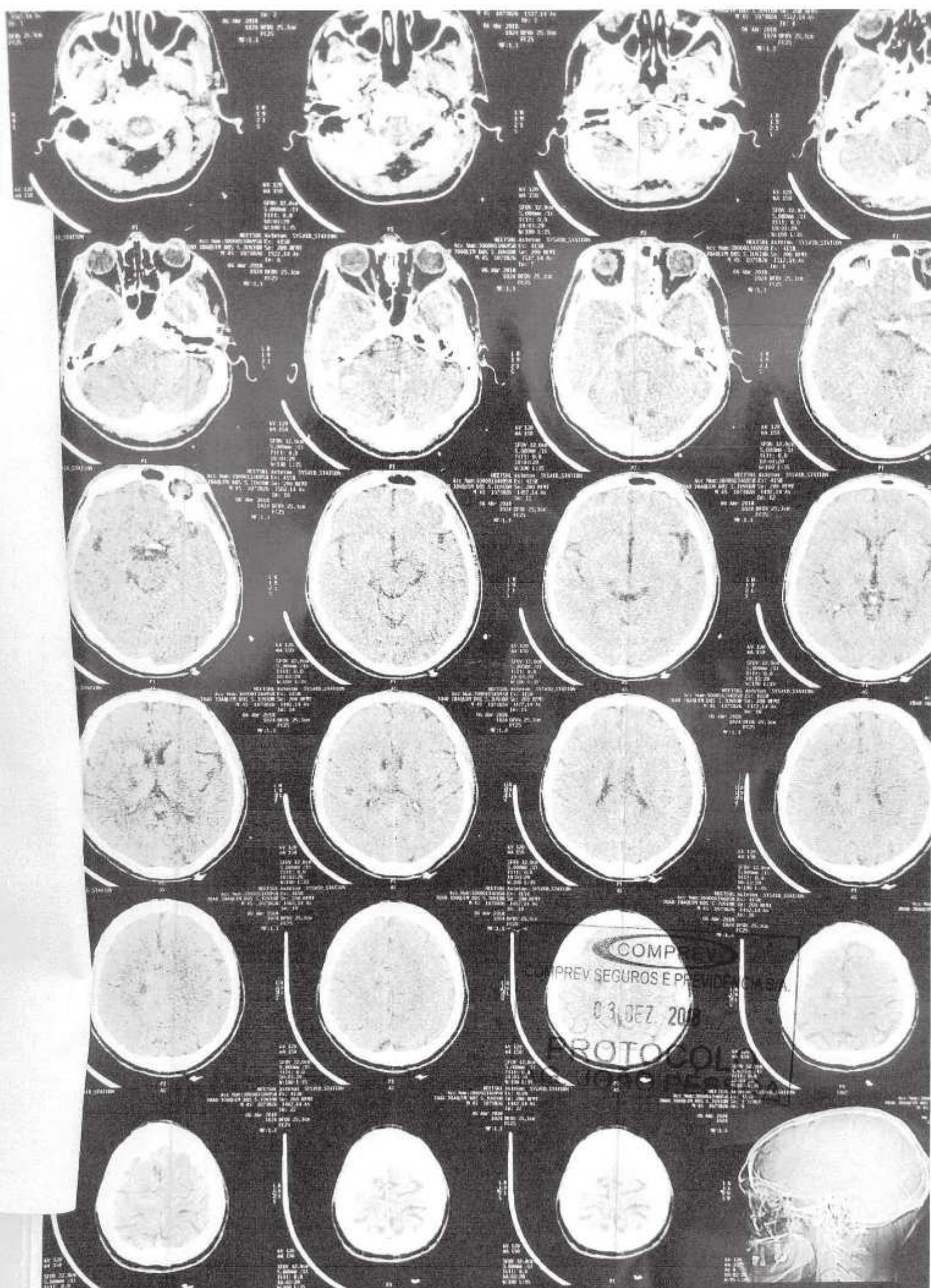
sinais de hemorragia aguda/subaguda.

Não se evidenciam traços de fraturas desalinhadas na calota craniana.

Nota: Exame realizado em condições de urgência/emergência.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.





Patient ID:
Age:

1073826
45Y

Patient Name:
Sex:

JOAO JOAQUIM DOS S. JUNIOR
M

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180334203 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO JOAQUIM DOS SANTOS JUNIOR **Data do acidente:** 05/04/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO.
TRAUMA EM COLUNA CERVICAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180334203 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO JOAQUIM DOS SANTOS **Data do acidente:** 05/04/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A
JUNIOR

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO.
TRAUMA EM COLUNA CERVICAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 804/092, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2033620, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **JOAO JOAQUIM DOS SANTOS** idade 46 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Atropelamento)** no dia 05/04/2018, na Av. Hilton Souto Maior, Bairro: Mangabeira - João Pessoa - aproximadamente às 23:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 25 de Abril de 2018

Jefferson da Rocha Augusto
F. Medístico
CRE/5ª Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 028.537.044-83	Nome completo da vítima JOÃO JOAQUIM DOS SANTOS JUNIOR
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOÃO JOAQUIM DOS SANTOS JUNIOR		CPF titular da conta 028.537.044-83	Profissão TEORINHO
Endereço RUA MARIA DA GLÓRIA ALVES		Número 85	Complemento CASA
Bairro BANCARIOS	Cidade JOÃO PESSOA	Estado PARNABA	CEP 58.051-804
Email			Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☒ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRO _____ AGÊNCIA NRO _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRO 4915 D/V _____ (Informar dígito se existir)	CONTA NRO 8428 D/V 7 (Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

J. PESSOA - PB, 20 de JULHO de 2018
Local e Data

+ **João Joaquim dos Santos Junior**
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01367.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01367.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:14 horas do dia 19 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **João Joaquim dos Santos Júnior**, CPF nº 028.537.044-83, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Angelina Maria dos Santos e João Joaquim dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 06/06/1972 (46 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Maria da Glória Alves, Nº 85, bairro Bancários, tendo como ponto de referência Próximo Ao Mercadinho de Paulo, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98760-9918.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Hilton Souto Maior, Perto do Viaduto das Mangabeiras, Sentido Mangabeira/José Américo, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/04/18 23:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

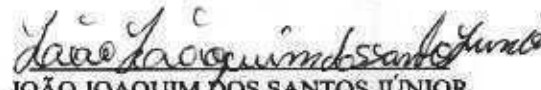
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que ao atravessar a via foi atropelado por um CARRO NÃO IDENTIFICADO vindo em decorrência a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. ELIVALDO SALES DE TOLÊDO, CRM 1873/PB, DATADO DE 13.06.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 19 de julho de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


JOÃO JOAQUIM DOS SANTOS JÚNIOR
Noticiante



Procedimento Policial: 01367.01.2018.1.00.420



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JOÃO JOAQUIM DOS SANTOS JUNIOR
DATA DE NASCIMENTO 06/06/72
NOME DA MÃE ANGELINA MARIA DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS DO BOLETIM DE ATENDIMENTO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1073826
DATA DO ATENDIMENTO 06/04/18
HORA DO ATENDIMENTO 00:06
MOTIVO DO ATENDIMENTO ATROPELAMENTO
DIAGNÓSTICO (S) POLITRAUMATISMO (CRANIO, COLUNA, OMBRO ESQ.)
CID 10 T00

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, COM HISTORIA DE PERDA DE CONSCIENCIA, VÔMITOS, GLAGOW 14, AVALIAÇÃO DIFICULTADA DEVIDA A INGESTÃO DE ALCOOL (RELATO DA EQUIPE DE PLANTÃO). EXAMINADO PELA CIRURGIA GERAL, NEUROCIRURGIA, ORTOPEDIA.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC DE CRANIO
RX DE COLUNA CERVICAL, RX DE COLUNA TORACO-LOMBAR, RX COLUNA LOMBOSACRA
RX TORAX, RX PELVE, RX OMBRO ESQ.

EXAMES - NORMAIS

RESULTADOS DOS EXAMES

TRATAMENTO:

TIPOIA - (ORTOPEDIA)

ALTA HOSPITALAR: 06/04/18
DATA DA EMISSÃO: 13/06/18

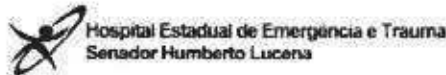
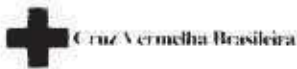


Elivaldo Sales de Toledo
Cirurgião Geral
CRM 1873/PB

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 1873/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

06/04

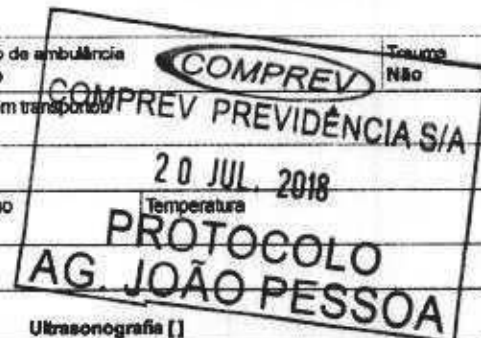


AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

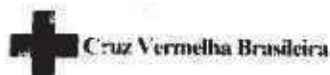
Boletim de Atendimento: 1073826



Identificação do paciente				
ID 1023175	Nome JOAO JOAQUIM DOS SANTOS JUNIOR			Sexo Masculino
Data de nascimento 06/06/1972	Idade 45 anos 10 meses	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário 94519
Mãe ANGELINA MARIA DOS SANTOS	Pai JOAO JOAQUIM DOS SANTOS			
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO			Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987609818	DDD Fixo		Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3355249	Nº Cns 706300798205874		
Local de procedência MANGABEIRA			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		
Endereço				
CEP 59027345	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro RODRIGUES ALVES	
Número SN	Complemento		Bairro MANDACARU	
Admissão				
Data e Hora 06/04/2018 00:06:54	Número da pulseira 1000005164072		Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica		
Classificação de risco			Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente VEICULO X BICICLETA		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU		Quem transportou		
Sinais Vitais				
PA X mmHg		Pulso Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos 06/04/18 Paciente trazido pelo GOMU vítima de atropelamento, apresentando sinais de embriaguez, com oriente, confuso, agitado em uso de colar cervical. Encaminhado ao COT. Diagnóstico Atendido por THIAGO FERNANDES DE ARAUJO				



Imprimir

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N., JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente JOAO JOAQUIM DOS SANTOS JUNIOR		BAE 1073826	Data/Hora Entrada 06/04/2018 00:06:54	Data Baixa
Data de nascimento 06/06/1972	Idade 45a 10m	Sexo Masculino	CNS 706300798205874	Telefone de Contato (83) 987609918
Mãe ANGELINA MARIA DOS SANTOS				Prontuário 94519
Endereço RODRIGUES ALVES, SN		Bairro MANDACARU	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X BICICLETA	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional TOMAS CATAO MONTE RASO		Nº Cons. Regional 7742/PB
Data/Hora Classificação 06/04/2018 00:06:54			Data/Hora Prescrição 06/04/2018 13:38:16	

Anamnese

PACIENTE EVOLUI CLINICAMENTE BEM.
MELHORA DOS SINTOMAS GERAIS E DA CEFALÉIA.
AO EXAME:BEG
ECG 15
SEM DEFICITS
TCC:SEM COLEÇÕES E SEM FRATURAS
RX COL CERVICAL/DORSAL/LOMBAR:
SEM SINAIS DE FRATURAS/LISTESE
CD: ALTA DA NCIR

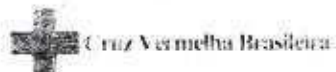
Conduta

Em observação

Tomas Cação Monte Raso
Neurocirurgia
CRM-PB 7742

JOAO JOAQUIM DOS SANTOS JUNIOR

TOMAS CATAO MONTE RASO
(CRM: 7742/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JOAO JOAQUIM DOS SANTOS JUNIOR	BAE 1073826	Data/Hora Entrada 06/04/2018 00:06:54	Data Baixa
Data de nascimento 06/06/1972	Idade 45a 10m	Sexo Masculino	CNS 706300796205874
Mãe ANGELINA MARIA DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 987609918
Endereço RODRIGUES ALVES, SN	Bairro MANDACARU	Município JOAO PESSOA	Prontuário 94519
Acidente VEICULO X BICICLETA	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS	UF PB
Data/Hora Classificação 06/04/2018 00:06:54		Data/Hora Prescrição 06/04/2018 09:10:18	Nº Cons. Regional 6028/PB

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO (COLISÃO BICICLETA X CARRO) ONTEM À NOITE.

RELATO DE PERDA DA CONSCIÊNCIA E VÔMITOS.

EF.: GLASGOW 14, PUPILAS ISO/FOTO, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS.

CD.: SOL. TC DE CRÂNIO. SINTOMÁTICOS.

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

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

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

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

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
20 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CUIDADOS

SSVV + CCGG

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP + PERFIL)

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA

RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP + PERFIL)

RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP + PERFIL)

Conduta

Em observação

Boletim registrado por: THIAGO FERNANDES DE ARAUJO em 06/04/2018 00:07:23

JOAO JOAQUIM DOS SANTOS JUNIOR

LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente JOAO JOAQUIM DOS SANTOS JUNIOR	BAE 1073826	Data/Hora Entrad. 06/04/2018 00:08:54	Data Baixa
Data de nascimento 06/06/1972	Idade 45a 10m	Sexo Masculino	CNS 706300788205874
Mãe ANGELINA MARIA DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 987609918
Endereço RODRIGUES ALVES, SN	Bairro MANDACARU	Município JOAO PESSOA	Prontuário 94519
Acidente VEICULO X BICICLETA	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA	UF PB
Data/Hora Classificação 06/04/2018 00:06:54		Nº Cons. Regional 6913/PB	
		Data/Hora Prescrição 06/04/2018 06:08:28	

Anamnese

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM RELATO DE ACIDENTE BICICLETA X CARRO, O MESMO DE ENCONTRA ALCOOLIZADO, EXAME PREJUDICADO, O MESMO REFERE DOR EM OMBRO ESQUERDO, APRESENTANDO DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DO MOVIMENTO.

AO EXAME:

A= VIAS AEREAS PERVEAS, MANTIDO COLOCAR CERVICAL PELO FATO DE SE ENCONTRAR EMBREAGADO, E NÃO COPERAR COM EXAME.

B: MV PRESENTES, TORAX SIMETRICOS

C: PULSOS PRESERVADOS

D: GLASGOW DE 15

E: ESCORIAÇÃO EM PÉ DIREITO

CD= SOLICITO RADIOGRAFIA DE CERVICAL, TORAX, OMBRO ESQUERDO E Pelve.
SOLICITO PARECER DA NEUROCIRURGIA E ORTOPEDIA

ORTOPEDIA

PCTE ALCOOLIZADO REFERE DOR NO OMBRO ESQ

ADM PASSIVA PRESERVADA

RX SEM FRATURAS

CD TIPOIA MSE

ALTA DA ORTOPEDIA

PROCEDIMENTO

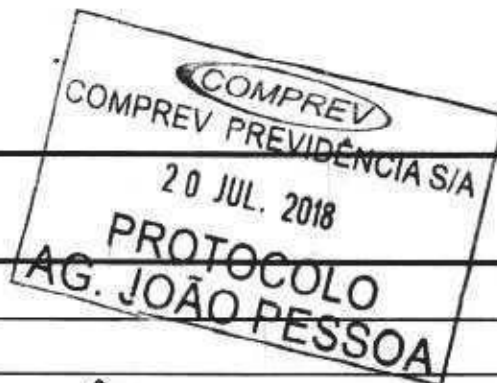
TIPOIA, (OBSERVAÇÕES: MSE)

CID10

Código	Descrição
S40.0	Contusão do ombro e do braço

Conduta

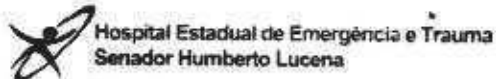
Em observação



Dr. Alisson F. F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 89.944-1
SBC 12414

JOAO JOAQUIM DOS SANTOS JUNIOR

ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA
(: 8913/PB)

**AREA AMARELA**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente JOAO JOAQUIM DOS SANTOS JUNIOR		BAE 1073826	Data/Hora Entrada 06/04/2018 00:06:54	Data Baixa
Data de nascimento 06/06/1972	Idade 45a 10m	Sexo Masculino	CNS 706300798205574	Telefone de Contato (83) 987609918
Mãe ANGELINA MARIA DOS SANTOS				Prontuário 94519
Endereço RODRIGUES ALVES, SN		Bairro MANDACARU	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X BICICLETA	Motivo ATROPELAMENTO		Profissional TOMAS CATAO MONTE RASO	Nº Cons. Regional 7742/PB
Data/Hora Classificação 06/04/2018 00:06:54			Data/Hora Prescrição 06/04/2018 02:28:20	

AnamnesePACIENTE VITMA DE COLISÃO BICICLETA X CARRO.
ENCONTRA-SE ALCOOLIZADO.

EG REG

MOVIMENTOS ATIVOS DOS 4 MM

PIFR

VIGIL

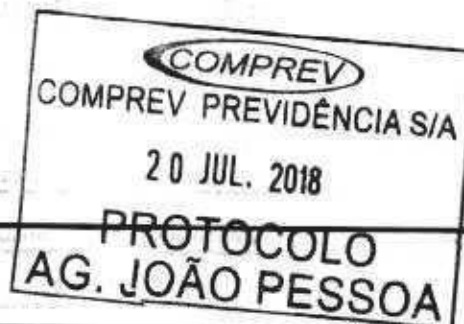
RX COL CERVICAL:

ATÉ C5-C6 - SEM SINAIS DE FRATURAS/LISTESE

CD: OBS NEUROLOGICA

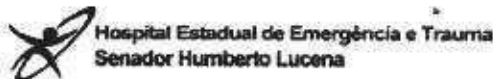
Conduta

Em observação



JOAO JOAQUIM DOS SANTOS JUNIOR

TOMAS CATAO MONTE RASO
(CRM: 7742/PB)



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JOAO JOAQUIM DOS SANTOS JUNIOR	BAE 1073826	Data/Hora Entrada 06/04/2018 00:06:54	Data Baixa
Data de nascimento 06/06/1972	Idade 45a 10m	Sexo Masculino	CNS 706300798205874
Mãe ANGELINA MARIA DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 987609918
Endereço RODRIGUES ALVES, SN	Bairro MANDACARU	Município JOAO PESSOA	Prontuário 94519
Acidente VEICULO X BICICLETA	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional JUARez SILVESTRE NETO	UF PB
Data/Hora Classificação 06/04/2018 00:06:54		Nº Cons. Regional 11302/PB	
		Data/Hora Prescrição 06/04/2018 00:44:05	

Anamnese

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM RELATO DE ACIDENTE BICICLETA X CARRO, O MESMO DE ENCONTRA ALCOOLIZADO, EXAME PREJUDICADO, O MESMO REFERE DOR EM OMBRO ESQUERDO, APRESENTANDO DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DO MOVIMENTO.

AO EXAME:

A= VIAS AEREAS PERVEAS, MANTIDO COLOCAR CERVICAL PELO FATO DE SE ENCONTRAR EMBREAGADO, E NÃO COPERAR COM EXAME.

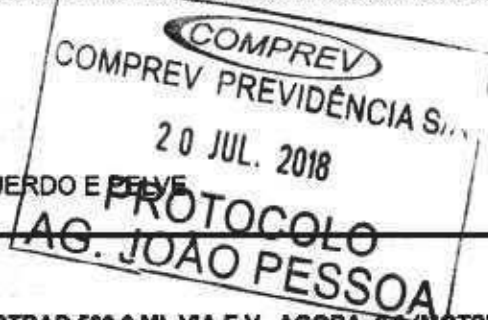
B: MV PRESENTES, TORAX SIMETRICOS

C: PULSOS PRESERVADOS

D: GLASGOW DE 15

E: ESCORIAÇÃO EM PÉ DIREITO

CD= SOLICITO RADIOGRAFIA DE CERVICAL, TORAX, OMBRO ESQUERDO E Pelve
SOLICITO PARECER DA NEUROCIRURGIA E ORTOPEDIA



MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO GLICOSADA 5% SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MSTSM)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., AGORA

TENOXCAM 20MG INJETÁVEL (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 20,0 MG VIA E.V., AGORA

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE PELVE (OUTLET)

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dr. Juarez Silvestre
Medicina do Trabalho
Médico Auditor
CRM PB - 13202
CPF: 072.993.054-88

Boletim registrado por: THIAGO FERNANDES DE ARAUJO em 06/04/2018 00:07:28

JOAO JOAQUIM DOS SANTOS JUNIOR

JUARez SILVESTRE NETO

PREScrição Médica

Nome	JOAO JOAQUIM DOS SANTOS JUNIOR	Data de	06/06/1972	Idade	45a 10m	Sexo	MASCULINO	Nº	1073826	Nº Prontuário	94519	Data Prescrição	06/04/2018 09:10:18
Motivo de Atendimento	Enfermaria / Leito												
Convenio	SUS	Matricula											
		Validade da Prescrição		06/04/2018 09:10:00 - 07/04/2018 09:10:00		Senha							

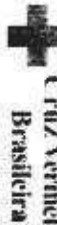
Data:	06/04/18 09:10
Usuário:	LEONARDO
Boleim:	1073826

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apazamento
1 D-PIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6/6H	
Diluir em AGUA DESTILADA	100.0	ML					
2 GONDANEIRONA	2.0	ML		E.V.		8/8H	
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
3 OMERAZOL	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA	
CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG					
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML		E.V.		12/12H	
5 S.S.V. + CCGG	0.0						

LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS
(CRM: 6028)

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
20 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

LEONARDO P. COSTA
Assinatura e Carimbo do Profissional
06 de Abril de 2018



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	JOAO JOAQUIM DOS SANTOS JUNIOR	Data de	06/06/1972	Idade	45a 10m	Sexo	MASCULINO	Nº	1073826	Nº Prontuário	94519	Data Prescrição	06/04/2018 00:44:05
Motivo do Atendimento	Enfermeira / Leito							Validade da Prescrição		06/04/2018 00:44:00 - 07/04/2018 00:44:00			
Convenio				Matricula						Sessão			
SUS													

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. inf.	Pos	Aprezamento
1 SOLUÇÃO GLUCOSADA 5% SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML)	500.0	ML		E.V.			AGORA
2 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	4.0	ML		E.V.			AGORA
3 TENOXICAM 20MG INJETAVEL (FRASCO-AMPOLA)	20.0	MG		E.V.			AGORA
4 PARECER ORTO	0.0						
5 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0						

JUAREZ SILVESTRE NETO
CRM: 11302

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
20 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Juarez Silvestre Neto
Medicina do Trabalho
Médico Especialista
CRM 11302
CPS 072.997
Assinatura e Carimbo do Profissional

06 de Abril de 2018



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831228440

Data Nasc: 06/06/1972 - 45 anos

Paciente: JOAO JOAQUIM DOS SANTOS JUNIOR

Data Exame: 06/04/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

*** Exame realizado em caráter de urgência/ emergência.

Imagens obtidas no plano axial, através de técnica helicoidal, sem a injeção endovenosa do meio de contraste iodado.

Análise:

Cisternas presentes, sulcos corticais e espaços periencefálicos de aspecto preservado.

Sistema ventricular simétrico, de topografia e dimensões usuais.

Parênquima cerebral, cerebelo e as estruturas do tronco encefálico possuem coeficientes de atenuação adequados.

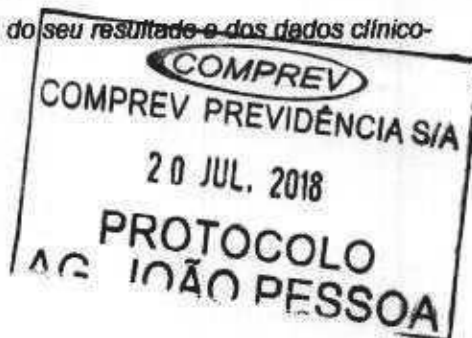
Não há desvio de estruturas da linha média.

Ausência de coleções líquida extra-axiais, processos expansivos intra-parenquimatosos ou sinais de hemorragia aguda/subaguda.

Não se evidenciam traços de fraturas desalinhadas na calota craniana.

Nota: Exame realizado em condições de urgência/emergência.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 06/04/2018 15:41.

Dr. Tiago Nepomuceno
CRM 6723 - PB

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

JOÃO JOAQUIM DOS SANTOS JUNIOR

CPF da Vítima

028.537.044-83

Data do Acidente

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

JOÃO JOAQUIM DOS SANTOS JUNIOR

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

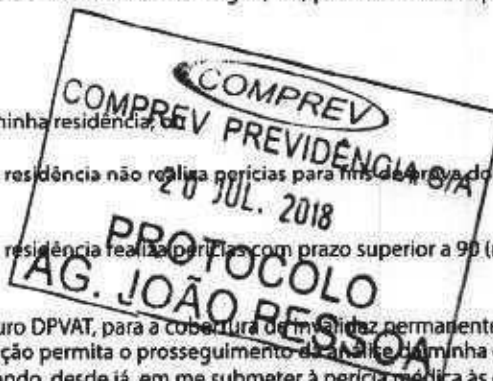
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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



J. Brasil - 20 de Julho de 2018

Local e Data

+ João Joaquim dos Santos Junior

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA JOÃO JOAQUIM DOS SANTOS JUNIOR

DATA DO ACIDENTE 05.04.2018 CPF DA VITIMA 028.537.044-83

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☐ VITIMA ☒ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VITIMA É JOÃO JOAQUIM DOS SANTOS JUNIOR

ENDEREÇO DO PORTADOR R. Maria da Glória, Alves

Nº 85 COMPLEMENTO CASA BAIRRO DALCÁRIOS

CIDADE JOÃO PESSOA UF PB CEP 58.051.804

E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VITIMA (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 VITIMA 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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA 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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VITIMA (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 RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (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)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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 PREVIDÊNCIA 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 20/07/2018

IDENTIDADE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 20/07/2018

NOME ADAILTON SANTOS

ASSINATURA Adailton Santos ASSINATURA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0264930/18

Número do Sinistro: 3180334203

Vítima: JOAO JOAQUIM DOS SANTOS JUNIOR

CPF: 028.537.044-83

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 05/04/2018

Titular do CPF: JOAO JOAQUIM DOS
SANTOS JUNIOR

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 03/12/2018
Nome: JOAO JOAQUIM DOS SANTOS JUNIOR
CPF: 028.537.044-83

JOAO JOAQUIM DOS SANTOS JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

JOAO JOAQUIM DOS SANTOS JUNIOR
RUA MARIA DA GLORIA ALVES, 85 - BANCARIOS
JOAO PESSOA / PB CEP: 58051-804 (AQ: 1)

Emissão: 09/04/2018 Referência: Abr / 2018
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / BADA RENDA MONOFÁSICO R 230, Kwh 25 - Grupo Residencial - João Pessoa / PB - CEP 58071-690
Roteiro: 3 - 5 - 803 - 8780 NP medidor: 00008008580

 **energisa**

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.095.183/0001-40 Ins. Est. 15.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº004 056.063
Cód. por Ddd. Automático: 50013014229

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Conta referente a:

Abr / 2018

Apresentação:

09/04/2018

Data prevista de

09/05/2018

CNPJ/CPF/RAEI

2853704483

Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/1351422-9

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos:
Conforme previsto na Lei 12.037 de 29 de julho de 2009,
informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vencidos no ano de 2017 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui a antiga declaração.

