

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180497046**

Vitima: **MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS**

Data do Acidente: **29/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180497046**.

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 13510231



Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS**
Nº Sinistro: **3180497046**
Vitima: **MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS**
Data do Acidente: **29/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180497046**, 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, 19 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180497046

Vítima: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 29/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

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

Documentação médico-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contado com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

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

Carta nº 13605599



Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180497046

Vítima: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 29/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003487

Conta: 0000015189-0

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



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

053.658.654-30

Nome completo da vítima

Marcio Andre Pereira dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Marcio Andre Pereira dos Santos		CPF titular da conta 053.658.654-30	Profissão Segurancista
Endereço R. João Américo dos Santos		Número 85	Complemento
Bairro Mangabeira	Cidade João Pessoa	Estado P.B.	CEP 58000000
Email			Telefone (DDD) 83 99921-9283

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)

AGÊNCIA

Nº

3487

D/V

13

CONTA

Nº

15189

D/V

0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(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.

João Pessoa, 17 de outubro de 2018

Local e Data

Marcio Andre Pereira dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01867.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01867.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:34 horas do dia 28 de setembro 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 José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Marcio Andre Pereira dos Santos**, CPF nº 053.658.654-30, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Segurança, filho(a) de Josefa Pereira dos Santos e Paulo Virgínio dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 16/05/1980 (38 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) João Quirino dos Santos, complemento MANG.II, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Coqueiral, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98720-6653.

Dados do(s) Fatos:

Local: Hildebrando Torino, Jardim Luna, Escola Particular, João Pessoa/PB, bairro Brisamar; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 29/04/18 14:35h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE o notificante trafegava com o veículo pas/automóvel tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/NXR 160 BROS, ano e modelo: 2016 de cor vermelha, placa: QFV 1556/PB, chassi nº 9C2KD1000GR042308, registrado em nome do notificante; QUE segundo o mesmo seguia normalmente em sua mão, quando um veículo que seguia mas afrente fez uma manobra errada tentando voltar; QUE segundo o notificante não sabe informar qual a marca e modelo desse veículo e que este sem ter a devida atenção terminou por colidir com o notificante; QUE segundo o notificante o condutor deste veículo evadiu-se do local sem se quer prestar socorro; QUE devido ao fato foi jogado ao chão; QUE devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DE 31.08.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo resgate do corpo de Bombeiros; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S82,3

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 28 de setembro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS
Notificante



Procedimento Policial: 01867.01.2018.1.00.420

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

Marcio Andre Pereira dos Santos

CPF da Vítima

053-658-654-3

Data do Acidente

29.04.18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

83-99921-9283

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.

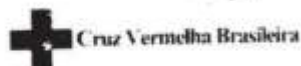
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Marcio Andre Pereira dos Santos, 17 de outubro de 2018
Local e Data



Marcio Andre Pereira dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

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

Boletim de Atendimento: 1078891



Identificação do paciente				
ID 1277620	Nome MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS			Sexo Masculino
Data de nascimento 16/05/1980	Idade 37 anos 11 meses 13 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe JOSEFA PEREIRA DOS SANTOS	Pai PAULO VIRGINIO DOS SANTOS			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987206653	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2273252	Nº Cns		
Local de procedência JARDIM LUNA	Tipo BAIRRO		UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58056535	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro JOÃO QUIRINO DOS SANTOS	
Número 85	Complemento	Bairro MANGABEIRA		
Admissão				
Data e Hora 29/04/2018 15:52:20	Número da pulseira 1000005136512	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA 134 x 90 mmHg	Pulso 97	Temperatura 36,2 = 36,0		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []				
Ultrasonografia []				
Dados clínicos				
Diagnóstico				
CID				
Atendido por ADRIANA DE OLIVEIRA PORTO				
Tempo 10seg				

COMPREV
Imprimir
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
22 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000015189-0

Nr. da Autenticação E3F3E983BE7118F8

ALESSANDRA PEREIRA DOS SANTOS TRAJANO
RUA JOAO GUARDO DOS SANTOS, 95 - MANGABERA
JOAO PESSOA / PB CEP 58009000 (AQ. 1)

Emissão: 20/08/2018 Referência: Ago / 2018

Classe/Suporte: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-230, 4m25 - Grupo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-660
Roteiro: 10 - S - 250 - 1810 Nº medidor: 0000136218

ENERGISA PARÁRIB: DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.095.180/0001-40 Ins. Est. 15.015.123-0

Fato Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 011.179.958
Cód. para Deb. Automático: 00004117362

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da
próxima leitura

CPF/ CNPJ/ RANI

Ago / 2018

20/08/2018

18/09/2018

339.724.749-7

Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/411736-2

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
19/07/18	47335	20/08/18	47501	1	158	32
Demonstrativo						
CC: Descrição	Quantidade	Valor	Base Calc	Alto	Valor (R\$)	Base Calc
		Trabalho (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS	Por (R\$)	Por (R\$)
DECI Consumo em kWh	188,000	122,88	122,88	27	32,12	122,88
DECI Adic. B. Verneha		12,40	12,40	27	3,35	12,40
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
9807 CONTR. SERV. ILLUM. PUBLICA		5,40	0,00	0	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL

140,48 125,08 36,47 135,38 1,40 6,74

Média últimos meses (kWh)

172

VENCIMENTO
27/08/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 140,48

Histórico de Consumo (kWh)

165 | 176 | 171 | 170 | 180 | 181 | 174 | 188 | 175 | 184 | 178 | 167
Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18

b642.799e.f028.05e0.a9f8.96ad.d1f8.04cd.

Indicadores de Qualidade

6/2018 - Mangabera

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DECI TRIMESTRAL	10,38	2,58	NOMINAL 220
DECI ANUAL	20,77		
DECI MENSAL	3,23	1,00	
DECI TRIMESTRAL	5,47		CONTRATADA 232
DECI ANUAL	10,95		
DECI MENSAL	3,64	2,68	
DECI TRIMESTRAL	10,95		LIMITE INFERIOR 221
DECI ANUAL	21,90		
DECI MENSAL	10,95		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/FE	31,42	22,37
Compra de Energia	45,48	32,36
Serviço de Transmissão	4,62	3,43
Encargos Setoriais	9,71	7,00
Impostos Diretos e Encargos	90,07	64,64
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	140,48	100,00

Valor do EUSO (Ref. 8/2018) R\$ 48,85

ATENÇÃO

Faturas em atraso

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS
DATA DE NASCIMENTO	16/05/80
NOME DA MÃE	JOSEFA PEREIRA DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.078.891
DATA DO ATENDIMENTO	29/04/18
HORA DO ATENDIMENTO	15:52
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA EXPOSTA DE 1/3 DISTAL DE PERNA ESQUERDA
CID 10	S82.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com ferimento na perna esquerda, com deformidade local. Pulsos pediosos presentes. Presença de fratura exposta de perna esquerda.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de tornozelo esquerdo

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura exposta de perna esquerda.

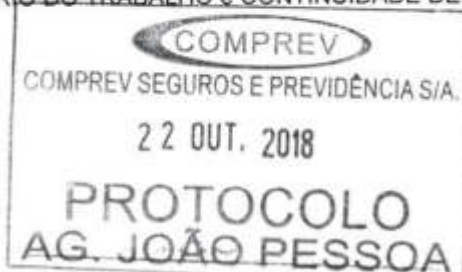
TRATAMENTO:

Imobilização e encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira.

ALTA HOSPITALAR:	29/04/18
DATA DA EMISSÃO:	31/08/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS	BAE 1078891	Data/Hora Entrada 29/04/2018 15:52:20	Data Baixa
Data de nascimento 16/05/1980	Idade 37a 11m 13d	Sexo Masculino	CNS
Mãe JOSEFA PEREIRA DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 987206653
Endereço JOÃO QUIRINO DOS SANTOS, 85	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE	UF PB
Data/Hora Classificação 29/04/2018 15:52:20		Nº Cons. Regional 165843/SP	Data/Hora Prescrição 29/04/2018 18:59:12

AnamnesePACIENTE AGUARDANDO AMBULÂNCIA PARA O ORTOTRAUMA
FAÇO ATB**MEDICAÇÃO**

CEFAZOLINA SODICA 1G (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 2000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 1 DIA(S)

GENTAMICINA 80MG/2ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 6,0 ML VIA E.V., AGORA, POR 1 DIA(S)

Conduta

Alta médica

Diego Dantas Lins de Albuquerque
CRM PB 8047
EOT 15589

MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE
(CRM: 165843/SP)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS	BAE 1078891	Data/Hora Entrada 29/04/2018 15:52:20	Data Baixa
Data de nascimento 16/05/1980	Idade 37a 11m 13d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987206653
Mãe JOSEFA PEREIRA DOS SANTOS			Prontuário
Endereço JOÃO QUIRINO DOS SANTOS, 85	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE MARTINHO CLAUDINO DE PONTES	Nº Cons. Regional 4719/PB
Data/Hora Classificação 29/04/2018 15:52:20		Data/Hora Prescrição 29/04/2018 18:38:32	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE POR MOTO COM FERIMENTO PERNA ESQUERDA HA CERCA DE 3 HORAS
COM DEFORMIDADE PERNA ESQUERDA
VISTO RADIOGRAFIA
PERNA ESQUERDA
FRATURA EXPOSTA PERNA
ESQUERDA
PULSO PEDIOSO E TIBIAL POSTERIOR PRESENTE
SENSIBILIDADE NORMAL
EXAME MUSCULAR PREJUDICADO PELA DOR
FEITA ANALGESIA TRAMAL
JA PRESCRITO VAT E SAT PELA CIRURGIA GERAL
COMFORME PACTUÇÃO AO HOSPITAL DE MANGABEIRA
COMPLEXO HOSPITALAR TARCISIO BURITY

MEDICAÇÃO

TETANOGAMMA, ADMINISTRAR 5000,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0.0 (MGTSM)

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

Conduta

Em observação

Jose Martinho C. Pontes
29/04/2018
18:38:32

MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

JOSE MARTINHO CLAUDINO DE PONTES
(: 4719/PB)





Cruz Vermelha
Brasil

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data:	29/04/18 18:38
Usuário:	JOSE MARTINHO
Boleim:	1078891



Nome	MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS	Data de	16/05/1980	Idade	37a 11m 13d	Sexo	MASCULINO	Nº	1078891	Nº Prontuário	29/04/2018 18:38:32
Motivo do Atendimento	Validade da Prescrição 29/04/2018 18:38:00 - 30/04/2018 18:38:00										
Convenio	Matricula										
SUS	Senha										

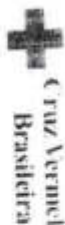
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 TETANOGAMMA	5000.0	UI		INTRAMUSCUL AR		AGORA	
2 TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	1.0	ML		E.V.		AGORA	

29 de Abril de 2018

JOSE MARTINHO CLAUDINO DE PONTES
CRM: 4719



Assinatura e Carimbo do Profissional



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS	Data de	16/05/1980	Idade	37a 11m 13d	Sexo	MASCULINO	Nº	1078891	Nº Prontuário	29/04/2018 16:02:01
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito										
Convenio	Matricula										
SUS	Validade da Prescrição 29/04/2018 16:02:00 - 30/04/2018 16:02:00 Senha										

Data:	29/04/18 16:02
Usuário:	CICERO
Boletim	1078891



Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apazamento
1 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	1000.0	ML		EV		AGORA	
2 PARECER ORTO	0.0						

CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO
CRM: 6311

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Cicero Ludgero
Cirurgião Geral
Assinatura e Carimbo do Profissional
29 de Abril de 2018

PREScrição Médica

Nome	MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS	Data de	16/05/1980	Idade	37a 11m 13d	Sexo	MASCULINO	Nº	1078891	Nº Prontuário	29/04/2018 18:59:12
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito		Matricula		Validade da Prescrição		29/04/2018 18:59:00 - 30/04/2018 18:59:00		Senha		
Convenio	SUS										

Data:	29/04/18 18:59
Usuário:	DIEGO DANTAS
Boleim	1078891

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apazamento
1 CEFALOTINA SODICA 1G	2000.0	MG		E.V.		AGORA	
2 GENTAMICINA 80MG/2ML (AMPOLA 2ML)	6.0	ML		E.V.		AGORA	

29 de Abril de 2018

DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE
CRM: 165843

Diego Dantas L. Albuquerque
Ortopedia e Traumatologia
CRM PB 8047
TEOT 15589

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura e Carimbo do Profissional



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: GERLANDISON DA SILVA DUEIRA

O PACIENTE FOI ATENDIDO NO
DETOUR DO ABLASTO DO
COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA.
O MESMO FOI SUBMETIDO A
CIRURGIA DEVIDO A FRATURA
DE TIBIOFIBULA E FEMUR DA
TARSA. NO MOMENTO ESTA
CIENTE DA PERDA COM
MOMENTO DE AMBULACAO.

Dr. J. PESSOA
Dr. J. PESSOA
Carimbo
CRM - PB 6206

06.11.18



37

CERTIDÃO

Nº. 1391/2018

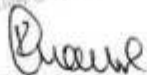
Atendendo solicitação de **MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 124322 e Prontuário Nº 2018.04.004260 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 29/04/2018 às 20H24min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em perna esquerda.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 29/04/2018 com alta médica dia 29/04/2018.

E para constar eu, Rossana de Fátima de Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 11 de outubro de 2018

Dr^a Rossana de F. A. Barbosa
Clínica Médica / Saúde da Família
Geraldo / Torquato Mendes
CRM-PB 3533



Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533



Ficha Nr: 124322 Atd: Nao Regulado
Data: 29/04/2018
Hora: 20:24:14
Recepcionista: GABRIELA DA COSTA SERRA
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.04.004260

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2273252 Fone: 32397215

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 16/05/1980 Id: 38 ano(s)

End.: RUA JOAO QUIRINO DOS SANTOS, 85

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: JOSEFA PEREIRA DOS SANTOS

Pai: PAULO VIRGINIO DOS SANTOS

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação: SEGURANCA

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: IRMA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Local: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO MOTOXCARRO AS 15:30/MIRAMAR

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Local: Principal

FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQ

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[X] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

18 JAN. 2019

PROTOKOLO

AG. JOAO PESSOA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

ACIDENTE MOTO. HOJE AS 14:00HS. COM FRATURA EXPOSTA DO OSO DA PERNA. PULSO PRE-SERVADO, DOB. PE FUJO.

Diagnostico

Conduta

FR EXPOSTA OSO DA PERNA AO BLOCO CIRURGICO

Prescricao

Horario da medicacao

① CEFALOXIMA 2g EV 060H 2x

Yury Cordeiro

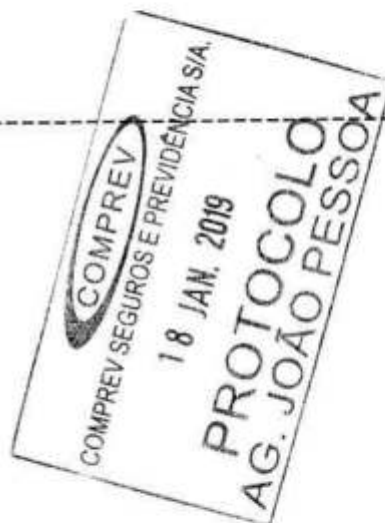
CRM 28: 11507

03.05.2018

Realizado Atendimento Psicopedagógico.

Guilherme Ferreira da Silva
Psicólogo Clínico e Hospitalar
CRP 13.4365

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)



ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberação

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Marcos André Pereira Data da Admissão: / /
 Prontuário: Idade: Enfermaria: Leito:
 Nome da Mãe: Bairro:
 Endereço: Estado: Fone: Profissão:
 Cidade: Estado Civil: Religião:
 Sexo: F () M () Cor: Data de Nascimento / /
 Escolaridade:

QPD: Fx exposto a virus por

HDA: Pto. de vista de ac. de rubeola,
com quadro de febre exposto
por E

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

18 JAN 2019

Medicações em uso:

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso Kg em [] Prurido [] Sudorese
 [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros:

Pele:

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
 [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: Visão:

AR e ACV: [] Dor [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
 [] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema Outros:

ABD: [] Dor [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
 [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
 [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras:

SME: [] Dor [] Rigidez pós-reposo [] Deformidades
 [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade
 [] Amnésia [] Libido [] Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
18 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

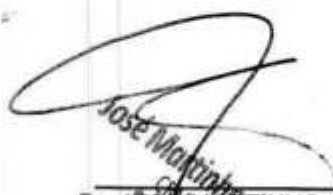
Receituário

Paciente: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

Idade: 37

Data: 29/04/2018 18:38:07 Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1078891

PACIENTE COM FRATURA EXPOSTA PERNA ESQUERDA
CONFORME PACTUAÇÃO AO HOSPITAL TARCISIO BURITY ORTOTRAUMA DE
MANGABEIRA


Dr. JOSÉ MARTINHO CLAUDINO DE PONTES
CRM: 4719
Rég. 1192

Dr. JOSÉ MARTINHO CLAUDINO DE PONTES
CRM: 4719
Rég. 1192

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
18 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Marcio Andrei Reis</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fx exposta anca fm E</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>Ok</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<i>Limpeza Cirurgica + Talo fechado</i>					
<i>OBS: sem fixador externo no osso</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico			1 () Sim	Descreva:	
			2 (X) Não		
Biópsia de Congelação:			1 () Sim		
			2 (X) Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					


 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 18 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1^o em DP/H. prob. aneurisma
Aneurisma + Anterior + Cor

Incisão:

Aplicação do flange

Achados:

Conduta:

- Limpeza cirúrgica abundante com Jato de água
- OBS: sem SF 9,9/10 P/ limpeza
- Debridamento

Fechamento:

Sutura
Curativo + Tala

OBS:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
18 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Data: ____/____/____

Dr. Thales Medeiros
Otorrinolaringologista
CRM-PB 12345

MÉDICO/CRM

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em DDH sob Raquidural
- Assepsia + antissepsia + oporizal de escova esteril

Incisão:

- Amostragem de pele ferida em região anterior do pé

Achados:

- Ferida com sinais positivos em topografia de fratura do fêmur

Conduta:

- Realizado exame de radiografia + oporizal de fixação interna sob controle fluoroscópico
- Realizado suc. de fôcos exantem com 80,9%
- Desbridamento de tecido devitalizado
- Sutura em plano anatômico
- curativo

Fechamento:

OBS: Não foi observado saída de sangue purulento em ferida.

Data: 17/05/19

Dr. Leonardo Miranda
Médico
CRM 18.867

MÉDICO/CRM

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A:
18 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Reciente sob DBH
Assessio + Selti nupio
Assessio
Assessio de corpo inteiro

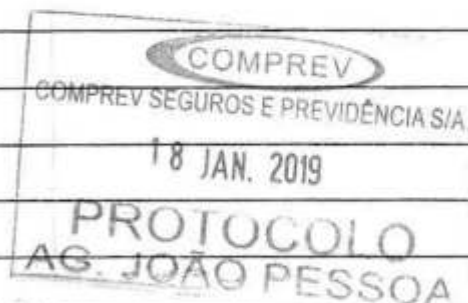
Incisão:

Achados:

fx. ossos perna

Conduta:

Redução aberta e aposição
de placa de 15001
Retirada de fixador externo
+
LME.



Fechamento:

Setup de placas anatômicas
anatómicas + fx controle

OBS:

Após a definitiva

Dr. Jazara F. Araújo
CRM 9807
Ortopedia e Traumatologia

Data: 01/06/18

MÉDICO/CRM

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

paciente em decúbito
supino, com o membro
superior direito

Incisão:

Incisão horizontal
na região do fêmur

Achados:

fratura completa

Conduta:

fixação com placa e
parafusos, com
curativo e analgésico.

Fechamento:

curativo e
medicação.

OBS:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
18 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Data: 7.6.18

Dr. Roberto A. Santos
Orto - Traumatologia
CRM 1580
MÉDICO/CRM

RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME:

Francis Miller

Peddine

AG. PROJ. JOÃO

Paesanti present
à d'ingr

As follows

per CFD:
5023-

has 51 cents
president

mess
alli de p.h.d.

619718

197/18
Assinatura e Carimbo

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
E INFRA-ESTRUTURA DE TERRITÓRIOS

PARAÍBA

MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

2273252 **SSP** **PB**

053.658.654-30 **16/05/1980**

PAULO VIRGINIO DOS SANTOS
JOSEFA PEREIRA DOS SANTOS

04222002948 **04/10/2022** **01/11/2007**

PARAÍBA

1545204899

PROIBIDO PLASTIFICAR

1545204899

PARAÍBA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PB Nº 013930535407

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 0110-759082-2 20180060363354 Exercício
NOME 00/00000000 2018

MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

CPF / CNPJ PLACA

05365865430 QFV1556/PB

PLACA ANT / UF CHASSI
NOVO PB 9C2KD1000GR042308

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
MOTOCICLETA / NAO APERTO

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA / NXR 160 BROS 2016 2016

CAP / POT / CL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 E/162 /CL PARTIC VERMELHA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC / COTAS
1 00/00/0000 1º
P FAIXA L.PVA 2º
V PARCELAMENTO / COTAS 3º
A 00000000

PRÊMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 24/04/2018

A.F. BANCO HONDA S.A.

LOCAL DATA
JOAO PESSOA-PB 24/04/2018

41980 34584

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013930535407 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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 0600 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 24/04/2018

VA 05365865430 QFV1556/PB

RENAVAM MARCA / MODELO
01107590822 HONDA / NXR 160 BROS

ANO FAB. DT. EMISS. Nº CHASSI
2016 9 9C2KD1000GR042308

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL GERAL DO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO SEGURO P A G O DATA DE QUITAÇÃO
COTA UNICA PARCELADO 24/04/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CPF 08.345.804/0001-04

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Marcio Andre Pereira dos Santos
 DATA DO ACIDENTE 23.04.18 CPF DA VITIMA 053.658.654.30
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Marcio Andre Pereira dos Santos
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VITIMA É Marcio Andre Pereira dos Santos
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. João Oliveira dos Santos
 Nº 85 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Andarae
 CIDADE João Pessoa UF PB CEP 5800008
 E-MAIL _____ TELEFONE (83) 999244282

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 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 CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS 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 SORRIDAS 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 CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS 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 VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 11.500,00
- 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, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 19.10.18IDENTIDADE 2273262ASSINATURA Marcio Andre Pereira dos Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180497046 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 29/04/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180497046 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 29/04/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0385135/18

Número do Sinistro: 3180497046

Vítima: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 053.658.654-30

Seguradora: ALFA SEGURADORA

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/04/2018

Titular do CPF: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

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: 14/11/2018
Nome: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS
CPF: 053.658.654-30

MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0385135/18

Número do Sinistro: 3180497046

Vítima: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 053.658.654-30

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 29/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

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: 18/01/2019
Nome: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS
CPF: 053.658.654-30

MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/01/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0385135/18

Número do Sinistro: 3180497046

Vítima: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 053.658.654-30

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 29/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

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: 18/01/2019
Nome: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS
CPF: 053.658.654-30

MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/01/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0385135/18

Número do Sinistro: 3180497046

Vítima: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 053.658.654-30

Seguradora: ALFA SEGURADORA

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/04/2018

Titular do CPF: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

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: 14/11/2018
Nome: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS
CPF: 053.658.654-30

MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0385135/18

Vítima: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 053.658.654-30

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 29/04/2018

Titular do CPF: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS : 053.658.654-30

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: 22/10/2018
Nome: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS
CPF: 053.658.654-30

MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2018
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0385135/18

Vítima: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 053.658.654-30

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 29/04/2018

Titular do CPF: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS : 053.658.654-30

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: 22/10/2018
Nome: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS
CPF: 053.658.654-30

MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2018
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS