

Rio de Janeiro, 11 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CONSTANTINO NETO

Nº Sinistro: 3180363628

Vitima: JOSE CONSTANTINO NETO

Data do Acidente: 05/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180363628**.

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 13222355



Rio de Janeiro, 11 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CONSTANTINO NETO
Nº Sinistro: 3180363628
Vitima: JOSE CONSTANTINO NETO
Data do Acidente: 05/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180363628**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Documentos de identificação ilegível
- Declaração do Proprietário do Veículo autenticado

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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, 11 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CONSTANTINO NETO
Nº Sinistro: 3180363628
Vitima: JOSE CONSTANTINO NETO
Data do Acidente: 05/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180363628**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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





Administradora de Seguros DPVAT

Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados 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

181 962 304-97

Nome completo da vítima

JOSE CONSTANTINO NETO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOSE CONSTANTINO NETO		CPF titular da conta 181 962 304-97	Problema APOSENTADO
Endereço SÍTIO LAGOA DO CASTRO		Número 5A	Complemento
Bairro ÁREA RURAL	Cidade MULUNGU	Estado AB	CEP 58354-000
Email		Telefone (DDD) 31 - 99907-4629	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - 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
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ 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 NRO.	DIV	CONTA NRO.	DIV
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome		NRO	
BANCO DO NORDESTE			
AGÊNCIA NRO.	DIV	CONTA NRO.	DIV
0020		3198	4
(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 Lider 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.

_____ de _____ de _____
Local e Data

BANCO DO NORDESTE
 SALDO DE CONTA DE DEPOSITOS
 EMISSÃO EM: 17/04/2018 às 12:28:21
 AGENCIA 0020 CONTA 1/000003198-4
 CLIENTE: JOSE CONSTANTINO NETO

SALDO TOTAL DA CONTA	26.33
DISPONIVEL PARCIAL	0.00
POUPANCA CORRENTE	26.33
PLUQUEADO	0.00

FUNDO INVESTIMENTO	
COM RESGATE AUTOMÁTICO	
SALDO LÍQUIDO	0.00
SEM RESGATE AUTOMÁTICO	
SALDO LÍQUIDO	0.00

CONTAS A COBRAR	0.00
SALDO DISPONIVEL TOTAL	26.33

DATA DA ABERTURA DA CONTA	04/07/2013
DATA DO ÚLTIMO MOVIMENTO	26/03/2018

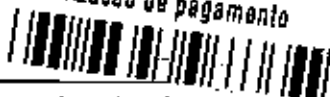
FUNDOS DE INVESTIMENTO BANCO DO NORDESTE:
 CONFIIE SEUS RECURSOS AO MAIOR GESTOR DE FUNDOS
 DE INVESTIMENTO DO NORDESTE: PROCURE SEU
 GERENTE OU ACESSSE O INTERNET BANKING E
 DESCURRA A MELHOR OPÇÃO.

BANCO DO NORDESTE: CLIENTE CONSULTA E
 DIVULGARIA 0800 728 3122 - WWW.BNB.GOV.BR

0020-0071-18.16.1-1-90-1807



Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados 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 com 16 ou 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: 3180363628 CPF da Vítima: 18196730497 Nome completo da vítima: Jose Constantino Neto

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: <u>Jose Constantino Neto</u>		CPF titular da conta: <u>18196730497</u>	Profissão: <u>Agricultor</u>
Endereço: <u>Sítio Lagoa de Castro</u>		Número: <u>512</u>	Complemento:
Bairro:	Cidade: <u>Mulungu</u>	Estado: <u>Paraíba</u>	CEP: <u>58354-000</u>
Email:	Telefone (DDD): <u>(83) 999074624</u>		

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 ATE R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ 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: <u>Banco do Nordeste</u> NKSJ: <u>004</u>	
AGÊNCIA NRO.: <u>020</u>	D/V: <u>020</u>	CONTA NRO.: <u>3198</u>	D/V: <u>4</u>
(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.

Mulungu 17 de Agosto de 2018.
Local e Data

Jose Constantino Neto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



INFORMACOES SOBRE CONTA CORRENTE

NOME: JOSE CONSTANTINO NETO CPF / CNPJ: 181.967.304-97
CONTA: 0020/000003198-4 STATUS DA CONTA: Ativa CODIGO CONTABIL: 1
VENCIMENTO CHEQUE: LIMITE: R\$ 0,00
ABERTURA DA CONTA: 04/07/2013 FUNDO LIQUIDEZ: R\$ 0,00
CHEQUE CONTERRANEO

SALDO DISPONIVEL

SALDO DISPONIVEL ANTERIOR: R\$ 26,69
(-) DEBITO: R\$ 0,00
(-) BLOQUEIO: R\$ 0,00
(+) CREDITO: R\$ 0,00
DISPONIVEL PARCIAL: R\$ 26,69
(+) LIMITE CHQ. CONTERRANEO: R\$ 0,00
(-) CPMF A COBRAR : R\$ 0,00
DISPONIVEL TOTAL: R\$ 26,69
(-) PROVISAO DE CPMF : R\$ 0,00
DISPONIVEL SAQUE: R\$ 26,69

POUPANCA CORRENTE

SALDO DISPONIVEL: R\$ 26,69
SALDO BLOQUEADO A LIBERAR: R\$ 0,00
SALDO BLOQUEADO (MAIS DE UM DIA): R\$ 0,00
(*) Ja incluido no disponivel total.

SALDO BLOQUEADO A LIBERAR

SALDO ANTERIOR: R\$ 0,00
(-) BLOQUEIO: R\$ 0,00
SALDO ATUAL R\$ 0,00

SALDO BLOQUEADO (MAIS DE UM DIA)

SALDO ANTERIOR: R\$ 0,00
(-) DEBITO: R\$ 0,00
(+) CREDITO: R\$ 0,00
SALDO ATUAL: R\$ 0,00

FUNDOS DE INVESTIMENTO

COM RESGATE AUTOMATICO

SALDO BRUTO: R\$ 0,00
PROVISAO DE IR/IOF: R\$ 0,00
SALDO LIQUIDO: R\$ 0,00

SEM RESGATE AUTOMATICO (1)

SALDO BRUTO: R\$ 0,00
PROVISAO DE IR/IOF: R\$ 0,00
SALDO LIQUIDO: R\$ 0,00

OUTRAS INFORMACOES

DATA DE ATUALIZACAO: 17/08/2018 23:59:00
DATA DO ULT. MOV. NAO FINANC.:
ULTIMO NSU: 000000
DATA DO ULT. MOV. FINANC.: 24/07/2018 23:59:00

INDICADORES

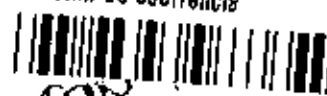
CONTRA ORDEM NAO
FORNECER TALAO NAO
CONTA ENCERRADA NAO
TEM CHEQUE ESPECIAL NAO
CHEQUE ESPECIAL VENCIDO NAO
COBRAR TALAO SIM
TEM APLICACAO NAO

(1) PARA TORNAR DISPONIVEL, SOLICITE RESGATE DA APLICACAO.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Boletim de ocorrência



Livro nº 001/2018
Ocorrência nº. 054/2018

Aos VINTE E SETE dias de JUNHO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de MULUNGU/PB, na Delegacia de Policia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). HUGO PEREIRA LUCENA, Delegado(a) de Policia Civil, comigo o Comissário de Policia Civil do seu cargo, ai, por volta 09h:00min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

JOSE CONSTANTINO NETO, conhecido(a) por ZÉ DE VICENTE, Identidade nº 1003553-SSPPB, CPF nº 181.967.304-97, nacionalidade brasileira, estado civil: casado, profissão: agricultor, filho(a) de Vicente Constantino Pereira E Ines Josefa Do Carmo, natural de Mulungu/PB, nascido(a) em 20/04/1953 (65 anos de idade), do sexo MASCULINO, residente e domiciliado(a) no(a) Sitio Lagoa Do Castro, Zona Rural, tendo como ponto de referência: IGREJA, na cidade de MULUNGU, fone(s) para contato: 83 99907.4624.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Policia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) Natureza do fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) Data do Fato: 05 de novembro de 2017; ☒
- 3) Horário do fato: 09h:50min;
- 4) Local do fato: ESTRADA DE BARRO QUE LIGA OS SÍTIOS IPUERA E BR NA ZONA RURAL DE MULUNGU;
- 5) Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a): HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA E REMOVIDO PARA O HOPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DE JOÃO PESSOA;
- 6) O comunicante/vítima conduzia o veículo? SIM;
- 7) Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado? NÃO;
- 8) O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias? SIM

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

MOTO HONDA CG 150 FAN, DE COR VERMELHA, PLACA OCG 7400/PB, ANO/MODELO 2012/2013, CHASSI 9C2KC1670DR430572 EM NOME DE EDILSON JOSE CONSTANTINO;

MOTO HONDA MXR 150 BROS, DE COR VERMELHA, PLACA NQG 1159/PB, ANO/MODELO 2010/2010, CHASSI 9C2KD0520AR87449 EM NOME DE LUZIMAR CAMILO DOS SANTOS

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

NÃO

8) Breve resumo do fato:

Afirmo o comunicante que vinha conduzindo a sua moto e veio o condutor da outra de nome MARCELO SERAFIM DA SILVA, portador do CPF 065.029.044-59 e por vir muito rapido bateu de frente com o condutor; QUE com o abarrolamento caiu ao solo e fraturou o fêmur direito; QUE populares solicitaram o socorro do SAMU; QUE o comunicante foi socorrido pelo SAMU ate o Hospital Regional de Guarabira e pela gravidade da fratura foi encaminhado para o Hospital de Emergencia e Traumas em Joao Pessoa onde passou por intervenção cirurgica; QUE so nessa data após se recuperar veio ate esta delegacia para registrar a ocorrencia e solicitar o seguro DPVAT; QUE não tem mais nada para declarar.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

A MOTO E DE PROPRIEDADE DE LUIS ANTONIO BENICIO LINDOLFO, PORTADOR DO CPF 016.914.234-59

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevê(o) que digitei.

Jose Constantino Neto

JOSE CONSTANTINO NETO
Comunicante

Investigador
COMISSÁRIO DE POLÍCIA CIVIL
Matrícula nº 181.953-4



TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
GUARABIRA - PB
Av. Dom Pedro II, nº 43 - Centro - Guarabira - PB, CEP: 56200-000 - Fone: (83) 3271-8502

Autentico a presente copia, reproducao fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.
Guarabira-PB 10/07/2018 14:04:22
Mardiria Toscano de Sales - Titular
(2018-006451) ENL:R\$ 2,37 FARPEN:R\$ 0,28 REPJ:R\$ 0,12
SELO DIGITAL: #4D02132-CX21
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



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

Jose Constantino Neto

CPF da Vítima

18196730497

Data do Acidente

05/11/2017

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.

Mulungu, 12 de Setembro de 2018

Local e Data

Jose Constantino Neto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOÍHA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 - ALAGOÍHA - PB

Comprovação de ato declaratório



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data 05 / 11 / 2017	ID da Ocorrência 1874985	JEI USB ☐ USA ☐ MT	Nº / Equipe 41	Plantão: ☒ Dia ☐ Noite	Hora de Saída de Base 09 : 50 Hs	Hora de Chegada no Local Hs
Paciente / Usuário Sr. Constantino Neto				Idade 64	Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem.	Telefone:
Local da Ocorrência: ☐ Alagoína ☐ Cuiabá ☐ Píças ☒ Manguá ☐ Outros:				Logradouro Bairro		
Quantidade de vítima (s) no local: ☒ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de três				Médico Registrador Gustavo		
Apelo no Local: ☐ USB ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☒ PM ☐ Resgate PFR ☐ EPTRAN ☐ OUTRO						
OTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evacuação do Local ☐ Trole ☐ OUTRO						
DESTINO DO PACIENTE: ☐ Atendimento no Local e Liberado ☒ Encaminhado a Unidade Hospitalar ☐ Óbito no Local ☐ Óbito Durante o atendimento						
Destino (Unidade Hospitalar) Trauma				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICO Motivo: ☐ PSQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO ☐ CAUSAS EXTERNAS ▶ Acidente de trânsito ☐ Colisão carro x moto ☐ Queda de moto ☒ Atropelamento por: ☐ Colisão carro x carro ☐ Capotamento ☐ Outros: ☐ F.A.F. ☐ F.A.B. ☐ Agressão Física ☐ Afogamento ☐ Queda - Altura aproximada: ☐ Eletrocussão / Deslizamento ☐ Choque Elétrico ☐ Outros:	☐ TRANSFERÊNCIA Hospital de Origem: Responsável: Hospital de Destino: Responsável: ANTECEDENTES ☐ ADO ☐ Alcoolismo ☐ AVC ☐ Convulsões ☐ Diabetes ☐ Doença Cardíaca ☐ Doença Infecto-contagiosa Qual? ☐ Doença Mental ☐ Doença Renal ☐ Drogas ☐ Hipertensão Arterial ☐ Internamentos Anteriores ☐ Problemas Respiratórios ☐ Medicamentos de uso Contínuo
--	--

1. DADOS VITAIS

PA: 160,80 PC: 88 FR: HGT: SpO2 - SIC2: 99% SpO2 - CIC2:

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnósticos de Enfermagem:

Intervenções:

Evolução do Enfermeiro:

Paciente vítima de queda de moto, consciente, orientado, em postura fechada de tórax.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

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: 11/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CONSTANTINO NETO

BANCO: 004

AGÊNCIA: 00020

CONTA: 000000003198-4

Nr. da Autenticação 97F3DC080E204726

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, JOSE CONSTANTINO NETO

RG nº 1003 533, data de expedição 09/06/1983, Órgão SSA/PB,

CPF nº 183 362 304-92, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>SITIO LAGOA DO CASTRO</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>ÁREA VERDE</u>
Cidade	<u>MULUNGU</u>
Estado	<u>PARRAIBA</u>
CEP	<u>58354-000</u>
Telefone de Contato	<u>83-99907 4624</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: GUARABIRA-PB, 16 de julho 2018

Assinatura do Declarante: Jose Constantino Neto

MARIA DA PAZ CONSTANTINO
SIT LACOA DO CASTRO, 572 - AREA RURAL
MULUNGU/ PB CEP: 55954-000 (AG 22)

Emissão: 07/06/2018 Referência: Jun/2018
Classif/Subcl: RURAL/RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO 0120, Km 25 - Cód. Recibo: João Pessoa/PB, CEP: 55071-180
Roteiro: 2.43-724-2950 IP medidor: 00002513267

ENERGISA PARÁIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 06.095.182/0001-40 Ins. Est: 15.015.822-0

Nº: Faturamento de Energia ENEPAR000527055
Cód. para 018. Automático: 0000010074

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Atualize: www.energisa.com.br

Conta referente a: Apresentação: Data prevista de próxima leitura: CPF/CNPJ RANT: 5039172494
Jun/2018 07/06/2018 08/07/2018 INSC. EST.

UC (Unidade Consumidora): 5/51003-2

Canal de cobrança: BRADESCO EXPRESSO

PAGO

26 JUN. 2018

Anterior: 07/05/18 07/05/18 07/05/18 07/05/18 07/05/18 07/05/18
Atual: 07/05/18 07/05/18 07/05/18 07/05/18 07/05/18 07/05/18
Constante: 07/05/18 07/05/18 07/05/18 07/05/18 07/05/18 07/05/18
Consumo: 145 30

Demonstrativo									
Descrição									
145,000 R.204020 52,87 0,00 0 0,00 52,87 0,47 2,19									
0501	Consumo em kWh	145,000 R.204020	52,87	0,00	0	0,00	52,87	0,47	2,19
0501	Adc. B. Amarela		1,15	0,00	0	0,00	1,15	0,01	0,05
0501	Adc. B. Vermelha		1,78	0,00	0	0,00	1,78	0,02	0,07
0501	Subst. B.		72,65	0,00	0	0,00	72,65	0,20	0,84
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0501	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA		5,44	0,00	0	0,00	5,44	0,00	0,00
0501	Descont. Subst. B.		-21,51	0,00	0	0,00	-21,51	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL: 67,40 0,00 0,00 10,47 0,70 0,25

Média últimos meses (kWh) 129 VENCIMENTO 14/06/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 62,40

Histórico de Consumo (kWh)

121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140
JUN/17	JUL/17	AGO/17	SET/17	OCT/17	NOV/17	DEZ/17	JAN/18	FEB/18	MAR/18	ABR/18	MAY/18	JUN/18	JUL/18	AGO/18	SET/18	OCT/18	NOV/18	DEZ/18	JAN/19

RESERVAÇÃO: b6ac1ebdb.a55a.44f6.6885.6d62.4ab5.a35c.

Indicadores de Qualidade		Limite de Tensão		Limite de Tensão	
Indicador	Valor	Limite Inferior	Limite Superior	Limite Inferior	Limite Superior
DESEMPENHO	22,81	22,81	22,81	22,81	22,81
DESEMPENHO	22,81	22,81	22,81	22,81	22,81
DESEMPENHO	22,81	22,81	22,81	22,81	22,81
DESEMPENHO	22,81	22,81	22,81	22,81	22,81
DESEMPENHO	22,81	22,81	22,81	22,81	22,81
DESEMPENHO	22,81	22,81	22,81	22,81	22,81
DESEMPENHO	22,81	22,81	22,81	22,81	22,81
DESEMPENHO	22,81	22,81	22,81	22,81	22,81
DESEMPENHO	22,81	22,81	22,81	22,81	22,81
DESEMPENHO	22,81	22,81	22,81	22,81	22,81

ATENÇÃO: Futuras em atraso.



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EDILSON JOSÉ CONSTANTINO,
RG nº 2475141, data de expedição 09/09/1997
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 050.008.044-57, com
domicílio na cidade de MULUNGU, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
SITIO LAGOA DE CASTRO, nº S/N,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOSÉ CONSTANTINO NETO, cujo o condutor era
JOSÉ CONSTANTINO NETO.

Veículo:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Data do Acidente:

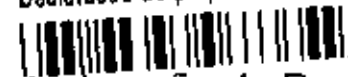
Local e Data: _____

Edilson José Constantino
Assinatura do Declarante

José Constantino Neto

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

Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edilson José Constantino,

RG nº 2475341, data de expedição 09/09/1997

Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 050.008.044-57, com

domicílio na cidade de Mulungu, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Sítio Lagoa de Castros, nº 514,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima José Constantino Neto, cujo o condutor era

José Constantino Neto.

Veículo: Moto.

Modelo: Honda 150 Fan ES1

Ano: 2012/2013.

Placa: OGC 7400/PB.

Chassi: 9C2 KC 1670DR430572

Data do Acidente: 05/12/2017.

Local e Data: Mulungu 17/08/2018

Edilson José Constantino

Assinatura do Declarante

José Constantino Neto

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



TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
 WARDIRIA TOSCANO DE SALES - Titular
 Av. Dom Pedro II, nº 43 - Centro - Guarabira - PB, CEP: 56200-000 - Fone: (83) 3271-8502

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(s) de: ...
 EDILSON JOSÉ CONSTANTINO
 JOSE CONSTANTINO NETO
 Em test. da verdade. Guarabira - PB 17/08/2018 14:31:56
 Wardiria Toscano de Sales - Titular
 [2018-005957]EML:R\$ 18,96 FASEN:R\$ 0,56 FEPI:R\$ 3,00 PSE:R\$ 0,94
 SELO DIGITAL: ANK14377-2LIN; ANK14378-0LIN
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.tips.net.br>



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1039283

Identificação do paciente

ID 1227244	Nome JOSE CONSTANTINO NETO	Sexo Masculino
Data de nascimento 20/04/1953	Idade 64 anos 6 meses 16 dias	Estado civil Religião Prontuário
Mãe INES JOSEFA DO CARMO	Pai VICENTE CONSTANTINO PEREIRA	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) JANETE CONSTANTINO DE AZEVEDO - FILHO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987686448	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1003533	Nº Cns 707000807896838
Local de procedência MULUNGU	Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade MULUNGU	CBO/R

Endereço

CEP 58354000	Município de residência MULUNGU	UF PB	Logradouro UTINGA
Número S/N	Complemento	Barro ZONA RURAL	

Admissão

Data e Hora 05/11/2017 12:32:42	Número da pulseira 1000006287183	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO

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 []	Líquor []	ECG []	Ultrassonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	---------------------

Dados clínicos:
Paciente consciente, orientado, eupneico, et al
e deformável em MDD. Segue os cuidados
da equipe.

Diagnóstico	CD
Atendido por ALYSSON JOSE LIMA DA SILVA	Tempo 01min 04seg

Imprimir

ATE
05/11



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente JOSE CONSTANTINO NETO		BAE 1039283	Data/Hora Entrada 05/11/2017 12:32:42	Data Baixa
Data de nascimento 20/04/1963	Idade 64	Sexo Masculino	CNS 707000807895638	Telefone de Contato (83) 987686448
Mãe INES JOSEFA DO CARMO				Prontuário 105245
Endereço UTINGA, S/N		Bairro ZONA RURAL	Município MULUNGU	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA		Nº Cons. Regional 8637/PB
Data/Hora Classificação 05/11/2017 12:32:42		Data/Hora Prescrição 07/11/2017 14:14:30		
Convênio SUS		Nº Matrícula		Senha

Anamnese

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 MG VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM)

Diluir

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

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA SUBLINGUAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD>110MMHG E/OU PAS>160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H, 0.0 (MGTSM)

ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA S.C., 1X AO DIA

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLUÇÃO, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, 0.0 (MGTSM) SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: LENTO, SN) -

Dituir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

HGT 8/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

Conduta

Em observação

Dr. Luiz Juvêncio
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PB 6637

LUIZ JUVÊNCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA
(8637/PB)

JOSE CONSTANTINO NETO

Após realizar a ASSINATURA de uma prescrição ou IMPRIMIR, ela não poderá mais ser alterada.

Finalizar Imprimir Reimprimir boletim



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente JOSE CONSTANTINO NETO		BAE 1039283	Data/Hora Entrada 05/11/2017 12:32:42	Data Baixa
Data de nascimento 20/04/1953	Idade 64	Sexo Masculino	CNS 707000807895638	Telefone de Contato (83) 997686448
Mãe INES JOSEFA DO CARMO				Prontuário
Endereço UTINGA, S/N		Bairro ZONA RURAL	Município MULUNGU	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional VICTOR LINHARES LUGUINHO	Nº Cons. Regional 10894/PB	
Data/Hora Classificação 05/11/2017 12:32:42			Data/Hora Prescrição 05/11/2017 18:18:49	
Avênio JS		Nº Matricula	Senha	

Anamnese

paciente vítima de atropelamento por motocicleta, queixa de dor e deformidade em coxa direita
RX:fratura diáfise de fêmur direito
cd: tração transesquelética transtibial direita
e internamento para cirurgia

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0.0 (MGTSM)
Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: S/N)
Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 MG VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM)
Diluir

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

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA SUBLINGUAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD>110MMHG
E/OU PAS>160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H, 0.0 (MGTSM)

ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA S.C., 1X AO DIA

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLUÇÃO, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, 0.0 (MGTSM) SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)

5
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: LENTO, SN)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

HGT 8/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

EMOGRAMA

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

UREIA - SORO

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

POTASSIO

SODIO - SORO

EXAME DE IMAGEM

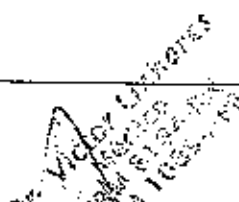
RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E PERFIL)

Conduta

em observação


VICTOR LINHARES LUGUINHO
(10894/PB)

JOSE CONSTANTINO NETO

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 56011-090
Tel: 32135700
CNES:

Paciente JOSE CONSTANTINO NETO		PAE 1039283	Data/Hora Entrada 05/11/2017 12:32:42	Data Baixa
Data de nascimento 20/04/1953	Idade 64	Sexo Masculino	CNS 70760657895638	Telefone de Contato (83) 987686446
Mãe INES JOSEFA DO CARMO		Prontuário		
Endereço UTINGA, S/N	Bairro ZONA RURAL	Município MULUNGU	UF PB	
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EDUARDO MOTTA BRAGA	Nº Cons. Regional 7253/PB	
Data/Hora Classificação 05/11/2017 12:32:42		Data/Hora Prescrição 05/11/2017 12:32:05		
Convênio	Nº Matrícula	Sentença		

Anamnese

DESCONSIDERE ATENDIMENTO ANTERIOR - USE ESTE COMO ORIGINAL/OFICIAL/DIGNO DE NOTA

VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTOCICLETA
TRAZIDO POR SAMU
DOR EM FEMUR PROXIMAL
NEGA TCE, GLASGOW 15
ABD E TORAX NON

CD: ALTA CIRURGIA GERAL
AVALIAÇÃO ORTÓPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Eduardo Motta Braga
Cir. Geral / Urologia
CRM-PB 7253 / CRM-PE 18463

EDUARDO MOTTA BRAGA
(7253 - PB)

JOSE CONSTANTINO NETO



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HROP

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

AROP

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

João Constantino Neto

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1039253

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc. ☐

9 - SEXO

Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. do PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. do PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. do PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI FIOU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE UTI TIPO I



DIÁRIA DE UTI TIPO II



DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. do PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - CTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. do PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - CTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. do PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - CTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

ca haste bloqueada etc + fêmur

haste bloqueada no 10 x 360 mm (al) com pino
transversal bloqueio no 65/1 - 70/1.
Parafusos corticais no 40/1 - 45/1

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Pedro Henrique Freitas
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RS 10575

43 - N° DO REGISTRO DO CONSELHO

13/11/17

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Jose Constantino Leite BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 13/11/17
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura do fêmur
 Cirurgião: Dr. Marcos Vinícius 1º Assistente: Dr. Luiz Portela
 2º Assistente: Dr. Gustavo 3º Assistente: Dr. Milton Barbosa
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dra. Camila
 Tipo de Anestesia: Raquiorestesia Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura difusa do fêmur direito</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico de fratura difusa do fêmur direito</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (☒) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (☒) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(☒) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Pedro Henrique Freitas
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PB 10575

João Pessoa, 13/11/17

Nota de Sala Cirúrgica

01

9

NOME DO PACIENTE: Stefane Capetino Neto							
IDADE: 64 anos DATA: 29/03/2017 TERMA: 25. LETO: 03							
CIRURGIÃO: Dr. Lúcio Eduardo F. F. ; Dr. Vinícius							
ANESTESIA: Ureque							
ANESTESISTA: Dr. Camila V. F. M. G. A.							
INSTRUMENTADOR: Dr. Lúcio							
DATA: 29/03/2017 CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: 13:00 FIM: 15:00 CIRURGIÃO: INÍCIO: 13:00							
ÍNDICE DE RISCO DE CIRÚRGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)							
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()							
GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA							
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS		QTD.	MATERIAIS CONT.		QTD.	FIOS	
ALFENTANILA			JELCO Nº18		1	FIO CAT. GUT. CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOHÁRICA		1	JELCO Nº20			FIO CAT. GUT. CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA			JELCO Nº22			FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA			JELCO Nº24			FIO DE AÇO Nº	
UROPERIDOL			KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº			FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO			LÂMINA BISTURI Nº11			FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL			LÂMINA BISTURI Nº15			FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA		1	LÂMINA BISTURI Nº23			FIO POLILACTINA Nº	
FLUMAZENIL			LÂMINA BISTURI Nº24			FIO POLILACTINA Nº	
ISOFLURANO			LÂMINA DE DERMATOMO			FIO POLILACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO			LÂMINA DE ENXERTO			FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO			LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR.		01	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO			LUVAS ESTÉRIL Nº7.0		1	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO			LUVAS ESTÉRIL Nº7.5		1	FIO POLILECAPRONE Nº	
MIDAZOLAM		1	LUVAS ESTÉRIL Nº8.0		1	FIO SEDA Nº	
MORFINA		1	LUVAS ESTÉRIL Nº8.5			FITA CARDÍACA	
NIMBUM			MÁSCARA CIRÚRGICA		01	MATERIAL ESPECIAL	
PANCURÔNIO			MULTIVIAS			QTD.	
PETIDINA			PERFURADOR DE SORO			CATETER DE PIC	
PROPOFOL			SCALP Nº19			CIMENTO CIRÚRGICO	
RAMIFENTANILA			SCALP Nº21			CLIP TITÂNIO LIGADURA	
ROCURÔNIO			SERINGA 3ML			FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO			SERINGA 5ML			FIO DE KIRSCHNER Nº	
SUAMETÔNIO			SERINGA 10ML			FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL			SERINGA 20ML			FIO STEINMAN Nº	
MEDICAÇÕES		QTD.	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8			GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
ADRENALINA			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10			HEMOST. ABSORVÍVEL	
ÁGUA DESTILADA		1	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12			KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ATROPINA			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14			PRÓTESE VASCULAR	
BEXTRA			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16			KIT. PAM	
CEFAZOLINA		1	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12			FIXADOR EXTERNO	
DEXAMETASONA		1	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			EMPRESA	
DIPIRONA SÓLIDA		1	SONDA NASOG. CURTA			PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEDRINA		1	SONDA NASOG. LONGA			PARAFUSOS CORTICAIS	
FUROSEMIDA			SONDA URETRAL Nº			PARAFUSOS ESPONIOSA	
GLUCOSE 50%			TORNEIRINHA			PARAFUSOS ESPONIOSO	
GLUCONATO DE CÁLCIO			TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			PARAFUSOS MALDOLAR	
HIDROCORTISONA			TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			PARAFUSOS MALDOLAR	
LIDOCAÍNA GELÉIA			TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			PLACA	
ONDASINTRONA		1	TUBO SILICONE (LATEX)		1	PLACA	
PLASIL						EQUIPAMENTOS	
PROSTIGMINE						() ASPIRADOR	
PROTAMINA						() BISTURI ELÉTRICO	
TENOXICAN						() CAPNÓGRAFO	
GASES						() CARDIOMONITOR	
GASES ALGODOADAS						() DESFIBRILADOR	
GEL ELETROLÍTICO						() FOCO AUXILIAR	
JELCO Nº14						() FOCO CENTRAL	
JELCO Nº16						() MICROSCOPIO	
						() OXÍMETRO DE PULSO	
						() P.A. INVASIVIDADE	
						() PERFURADOR ELÉTRICO	
						() SERRA	
						CIRCULANTE	

Plaste bloqueado de fômites
10x360 (col) com pino
Parafusos de bloqueio nº
70/4 - 65/4

Parafusos corticais 40/4 - 45/4

13/11



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

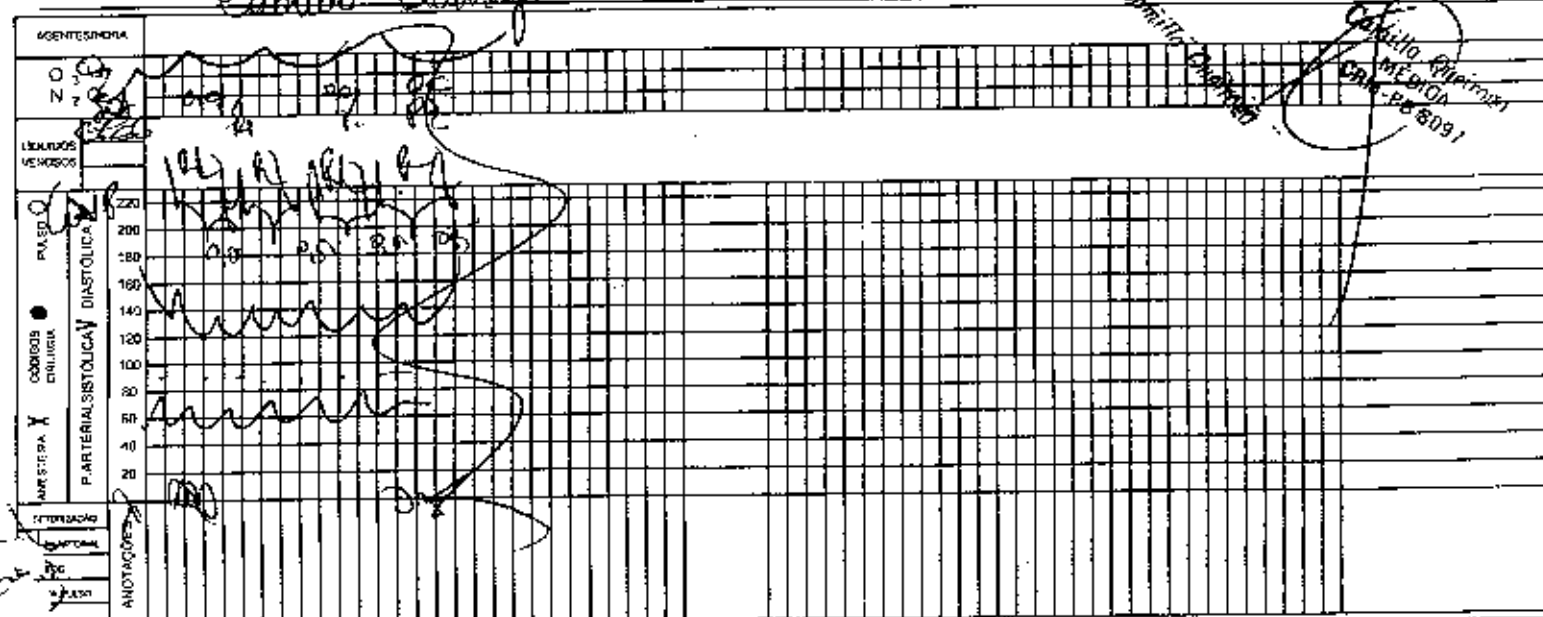
FICHA DE ANESTESIA



DATA: 13.11.2012

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Jozé Costantino Leite	SEXO: M	COR:	IDADE: 64
PRESSÃO ARTERIAL: 80	PULSO: 80	RESPIRAÇÃO: 20	TEMPERATURA: 36,5
ESTADO GERAL: BOM	REGULAR	MAU	PÉSSIMO
EXAMES COMPLEMENTARES	AP. RESPIRATÓRIO: Não	AP. CIRCULATÓRIO: Não	GRUPO SANGÜÍNEO
AP. DIGESTIVO: Jépu	ESTADO MENTAL: Lúcido	DROGAS EM USO	ESTADO FÍSICO (ASA): II
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA	DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		
CIRURGIA REALIZADA: Tratamento cirúrgico de póstero de fratura de fêmur			
CIRURGIÃO: Dr. Vmício	AUXILIARES: Dr. Roberto	DURAÇÃO DA ANESTESIA: 240m	
INÍCIO DA ANESTESIA: 11:00	TÉRMINO DA ANESTESIA: 15:00	VALORES R\$	
DIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DECH.	CRM-PB	
ANESTESISTA: Camillo Durães	CPE		



☐ ANESTESIA GERAL	☐ RAQUIDIANA	☐ EPIDURAL	☐ BLOQ. PLEXO	☐ BLOQ. NERVOS	☐ OUTROS
TÉCNICA: Jépu, mantendo-se o paciente em posição supina.					
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATQ. ANESTÉSICO					
GLICOSE	11	Glucose 5% - 20ml			
INSUL	12	Insulina - 2U			
SORO	13	Soro fisiológico - 200ml			
ROGER	14	Ringer - 200ml			
UTAL	15	Ureia - 20ml			
DESTINO DO PACIENTE	16	Fentônio 20mg			
☐ APT	17	Suplemento vitamínico - 25ml			
☐ UTI	18	Ringer - 200ml			
☐ OUTROS	19				
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:					
ASSINATURA DO ANESTESISTA:					
FINS/ASCAR.025-1					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DD U sobre anestesia em mesa de trauma
Assepsia e antissepsia
Colocação de campos cirúrgicos

Incisão:

Via de acesso p/ haste de fixação

Achados:

Fratura displaced de fêmur ①

Conduta:

Realizar redução da fratura sob fluoroscopia
Fixar com 2 talaes ligamentares com haste intramedular
de fêmur
Ligação com SF
Revisão hemostática

Fechamento:

Suturar por planos
Curativos
Rx de controle

Observação:

Dr. Pedro Henrique Freitas
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 10575

João Pessoa, 13/11/17

Médico/CRM: _____



SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HE GTO H2

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

João Constantino Neto

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

4039283

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE, MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE UTI TIPO I



DIÁRIA DE UTI TIPO II



DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - DTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - DTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - DTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Antesintese Fio de Steinmann nº 4,0-(04)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

MÉDICO

CRM 8184-RM

CRM 110274-24

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: José Constantino Neto BE/Prontuário: _____Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 05/11/17Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____Cirurgia: Troca Transversal Lética Transilial DCirurgião: Dr. Búcio 1º Assistente: Dr. Victor UR

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Felipe

Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
- Fratura Diáfise do Fêmur D	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
- Tto de Fratura Diáfise do Fêmur Direito com Troca Transversal Lética Transilial D	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(X) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Victor Urhães
Médico
CRM 8.134 RM
Cada 10094-PB

João Pessoa, 05/11/17

Nota de Sala Cirúrgica

BE: 1039283

14

NOME DO PACIENTE: José Constantino Neto.

IDADE: 64 **SEXO:** M **PRONTUÁRIO:** 425043 **ENFERMARIA:** 11 **LEITO:** 11

CIRURGIÃO: Dr. J. C. Silva **ANESTESISTA:** Dr. J. F. Silva **ANESTESIA:** Sedação

INSTRUMENTADOR: Dr. J. F. Silva

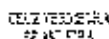
DATA: 05/11/17 **TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA:** INÍCIO: 17:45 FIM: 18:00 **CIRURGIA:** INÍCIO: 17:45 FIM: 18:00

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS): ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS		QTD.	MATERIAIS CONT.		QTD.	FIOS		QTD.
ALFENTANIL			JELCO Nº18			FIO CAT GUT CROMADO Nº		
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA			JELCO Nº20			FIO CAT GUT CROMADO Nº		
BUPIVACAÍNA PESADA			JELCO Nº22			FIO DE AÇO Nº		
CETAMINA			JELCO Nº24			FIO DE AÇO Nº		
ETÓPERIDOL			KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº			FIO DE NYLON Nº		
ETOMIDATO			LÂMINA BISTURI Nº11			FIO DE NYLON Nº		
FENOBARBITAL			LÂMINA BISTURI Nº15			FIO DE NYLON Nº		
FENTANILA			LÂMINA BISTURI Nº23			FIO POLIGLACTINA Nº		
FLUMAZENIL			LÂMINA BISTURI Nº24			FIO POLIGLACTINA Nº		
ISOFLURANO			LÂMINA DE DERMÁTOMO			FIO POLIGLACTINA Nº		
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO			LÂMINA DE ENXERTO			FIO POLIPROPILENO Nº		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO			LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	100		FIO POLIPROPILENO Nº		
LIDOCAÍNA C/ VASO			LUVA ESTÉRIL Nº7,0			FIO POLIPROPILENO Nº		
LIDOCAÍNA S/ VASO			LUVA ESTÉRIL Nº7,5			FIO POLIGLECAPRONE Nº		
MIDAZOLAM			LUVA ESTÉRIL Nº8,0			FIO SEDA Nº		
MORFINA			LUVA ESTÉRIL Nº8,5			FIO CARDÍACA		
NIMBUM			MÁSCARA CIRÚRGICA	1		MATERIAL ESPECIAL	QTD.	
PANCURÔNIO			MULTIVIAS			CATETER DE PIC		
PETIDINA			PERFURADOR DE SORO			CIMENTO CIRÚRGICO		
PROPÓFOL	1		SCALP Nº19			CLIP TITÂNIO LIGADURA		
RAMIFENTANILA			SCALP Nº21			FIO DE KIRSCHNER Nº		
ROCURÔNIO			SERINGA 3ML			FIO DE KIRSCHNER Nº		
SEVOFLURANO			SERINGA 5ML			FIO STEINMAN Nº	4,0	1
SUXAMETÔNIO			SERINGA 10ML	1		FIO STEINMAN Nº		
TIOPENTAL			SERINGA 20ML			GRAMPEADOR CIRÚRGICO		
MEDICAÇÕES	QTD.		BOLSA P/ COLOSTOMIA			HEMOST. ABSORVÍVEL		
ADRENALINA			CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	1		KIT. DEXIVA. VENTRICULAR		
ÁGUA DESTILADA			CATETER DE OXIGÊNIO			PRÓTESE VASCULAR		
ATRÓPINA			CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº			KIT. PAM		
BEXTRA			CATETER EPIDURAL Nº16			FIXADOR EXTERNO		
CEFAZOLINA			CATETER EPIDURAL Nº17			EMPRESA		
DEXAMETASONA			CATETER EPIDURAL Nº18					
DIPIRONA SÓDICA			CERA PARA OSO			PARAFUSOS CORTICAIS		
EFEDRINA			COLET. URINA FECHADO			PARAFUSOS CORTICAIS		
FUROSEMIDA			COMPRESSAS CIRÚRGICAS			PARAFUSOS ESPONJOSO		
GLICOSE 50%			COMPRESSAS CIRÚRGICAS			PARAFUSOS ESPONJOSO		
GLUCONATO DE CÁLCIO			DRENO DE PENROSE			PARAFUSOS MALEOLAR		
HIOROCORTISONA			DRENO DE SUCCÃO			PARAFUSOS MALEOLAR		
LIDOCAÍNA GELÉIA			ELETRODOS	5		PLACA		
ONDASENTRONA			EQUIPO MACROGOTAS			PLACA		
PLASII			EQUIPO TRANSF. SANGUE					
PROSTIGMINE			EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS		
PROTAMINA			ESPONJA DE PVPI			ASPIRADOR		
TENOXICAN			ESPARADRAPO			BISTURI ELÉTRICO		
			GAZES	26		CAPNÓGRAFO		
			GAZES ALGODOADAS			CARDIOMONITOR		
			GEL ELÉTROLÍTICO			DESFIBRILADOR		
			JELCO Nº14			FOCO AUXILIAR		
			JELCO Nº16			FOCO CENTRAL		
						MICROSCÓPIO		
						OXÍMETRO DE PULSO		
						PLA. INVASIVA NÃO INVASIVA		
						PERFURADOR ELÉTRICO		
						SERRA		
						CIRCULANTE		

Fernando Cinthia
(425043)



DATA: 05/11/75

PRONTUÁRIO:

PACIENTE:	Joaquim Constantino Nogueira		DATA:	27/07/97	PRONTUÁRIO:		SEXO:	M	COR:		IDADE:	64
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGÜÍNEO							
ESTADO GERAL	X BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO	X BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO									
EXAMES COMPLEMENTARES												
AP. RESPIRATÓRIO				AP. CIRCULATORIO								
AP. DIGESTIVO				ESTADO MENTAL				DROGAS EM USO				
DOENÇAS EXISTENTES				ESTADO FÍSICO CASA								
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO												
CIRURGIA REALIZADA												
CIRURGIÃO												
INÍCIO DA ANESTESIA												
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO												
ANESTESISTA												

AGENTES		ZONA		EXPOSICION		LÍQUIDOS		VENOSOS		PULSO		DIÁSTOLICA		SISTOLICA		PULSO		DIÁSTOLICA		SISTOLICA	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44
45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66
67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88
89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110
111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132
133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154
155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176
177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198
199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220

☒ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOSOS ☐ OUTROS		NOME DO PACIENTE: <u>Patim vanessa eugenia crast. De Almeida</u>	
LICENÇA: <u>Volume em ml</u>		MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
GLICOSE	1	Fentanyl 50mcg	11
HAZAR	2	Propofol 150mg	12
SANGUE	3		13
RINGER	4		14
TOTAL	5		15
DESTINO DO PACIENTE	6		16
☐ ADT ☐ ENFERMARIA	7		17
☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA	8		18
☒ OUTROS: <u>SRPA</u>	9		19
	10		20

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: - Negar alguns problemas passados q' anestesias;

ASSINATURA DO ANTESSISTENTE

Dr. Felipe Oliveira E. de Lima

CLM-15: 8250

REF ID: A5CIR 025-1

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) DDH sobre Sedação
- 2) Anestesia Antisseptica
- 3) Com pos. Esteril

Incisão:

Achados:

Ex. Displasia de Fêmur D

Conduta:

2

Troca Transesquelética
transfêvel em posição direita

Fechamento:

Observação:

Orientação colocada 7 kg
Na tangerina

Médico/CRM:


Dr. Victor Linhares
Médico
CRM 8.94.000
Cada 1.000-08

João Pessoa, 05/11/17



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 José Constantino Neto

DATA DE NASCIMENTO 20/04/53

NOME DA MÃE Inez Josefa do Carmo

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 105245

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1039283

DATA DO ATENDIMENTO 05/11/17

HORA DO ATENDIMENTO 12:32

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de fêmur direito

CID 10 S72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de atropelamento por de moto, com queixa de dor e deformidade em coxa direita, glasgow 15. Avaliado pela Cirurgia Geral, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX coxa D.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de fêmur direito

TRATAMENTO:

Tração transequelética transtibial direita (realizado em 25/11/17). Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur direito com fixação (realizado em 13/11/17)

ALTA HOSPITALAR: 15/11/17

DATA DA EMISSÃO: 02/03/18

Dr. Juan Jaime Alcorba Arce
CRM: 3323/PB

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

Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda.

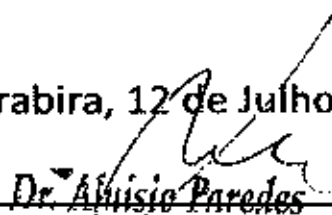
Avenida Rui Barbosa Nº 240 – Centro – Guarabira-PB.

Fone: (83) 3271 1156

LAUDO MÉDICO

O paciente, JOSÉ CONSTANTINO NETO, Agricultor, brasileiro, foi atendido neste Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda, CGC: 09.239.906/0001-38, com nomenclaturas de CID 10 S72.3 e T93, compareceu no dia 12/07/2018, é portador de Sequela de Fratura de Fêmur direito, tendo sido submetido a tratamento cirúrgico no Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena. Conforme Laudo desta Entidade.

Guarabira, 12 de Julho de 2018.


Dr. Aluísio Paredes

CRM 1600

Dr. Aluísio Paredes Moreira.

CRM: 1600.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JOSE CONSTANTINO NETO, portador da carteira de identidade nº 1005533-44/PB e inscrito no CPF/MF sob o nº 181 267304-97, residente e domiciliado na SITIO LAGOA DO CASTRO, SN - AREA RURAL, Cidade MULUNGU, Estado PARAIBA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Jose Constantino Neto

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

MULUNGU-PB, 16 DE JULHO 2013

Local e data

PatientID: 000000045091
PatientName: JOSE CONSTANTINO NETO

Sex: Masculino
BirthDate: 20.04.1953
Age: 64a.

StudyDate: 30.01.2010

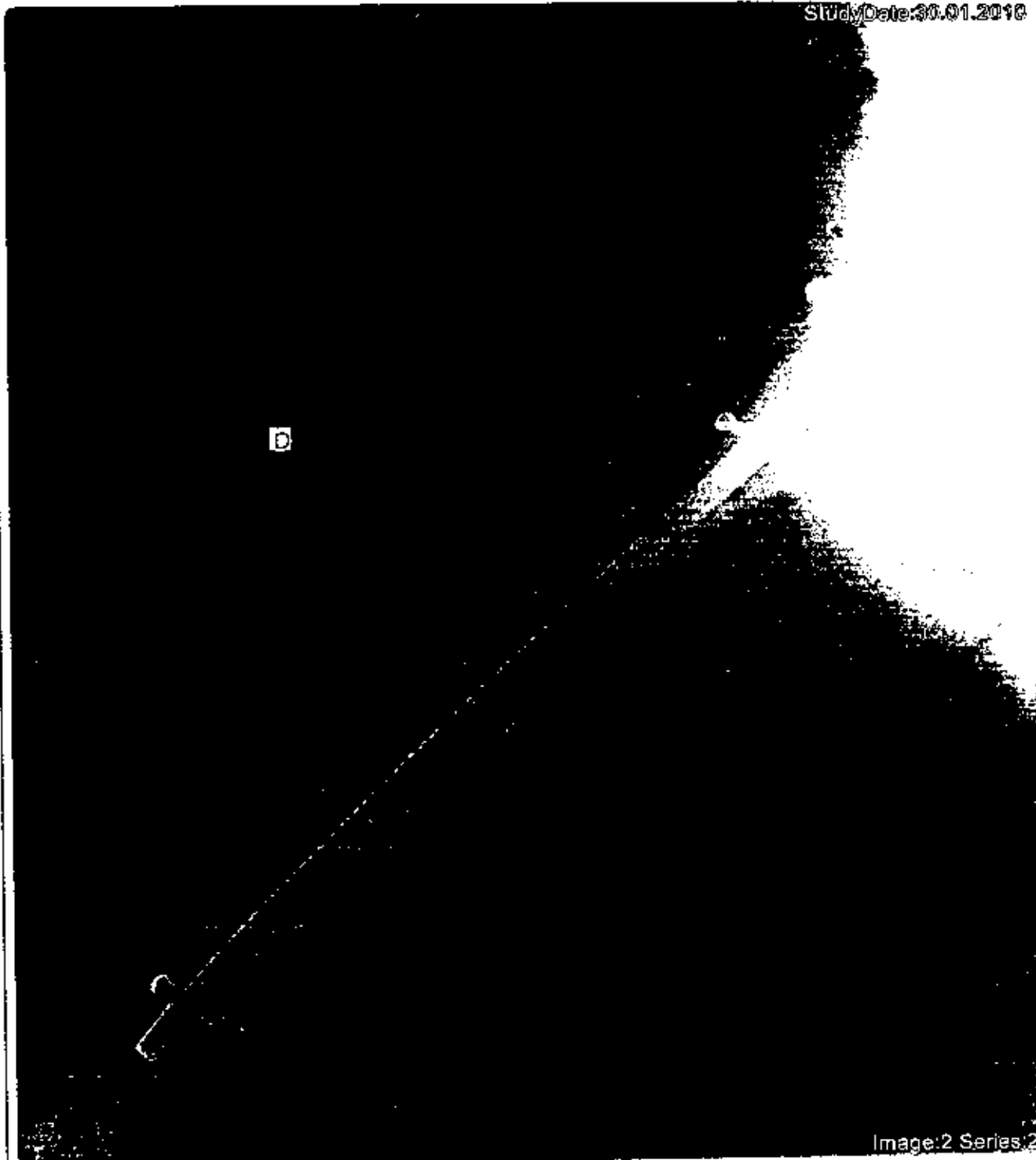


Image:2 Series:2

PatientID: 000000045091
PatientName: JOSE CONSTANTINO NETO

Sex: Masculino
BirthDate: 20.04.1953
Age: 64a.

StudyDate: 30.01.2018

D

Image: 1 Series: 1

PatientID: 000000045091
PatientName: JOSE CONSTANTINO NETO

Sex: Masculino
BirthDate: 20.04.1953
Age: 64a.

StudyDate: 03.12.2017

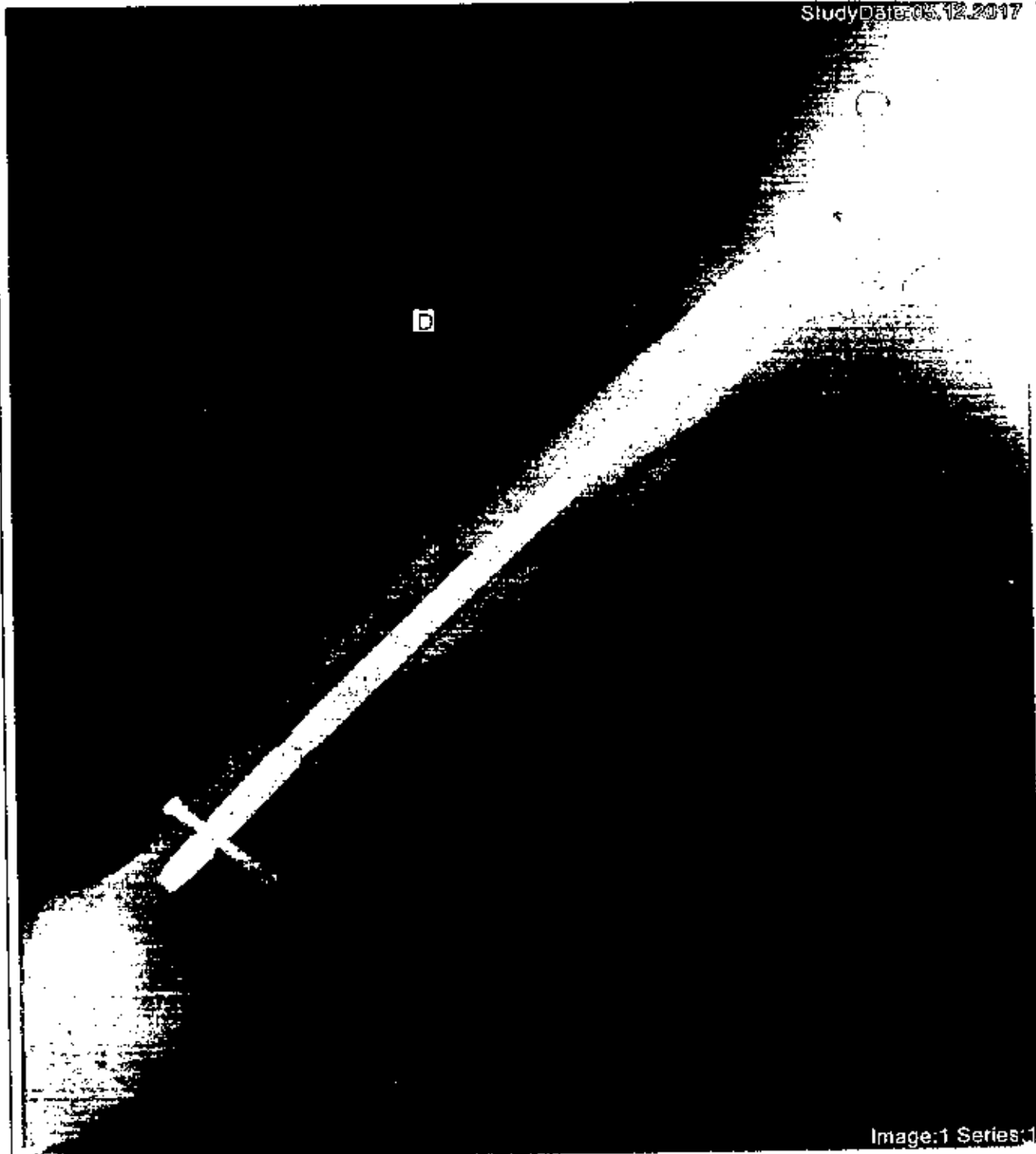


Image:1 Series:1

PatientID: 000000045091
PatientName: JOSE CONSTANTINO NETO

Sex: Masculino
BirthDate: 20.04.1953
Age: 64a.

StudyDate: 05.12.2017

D

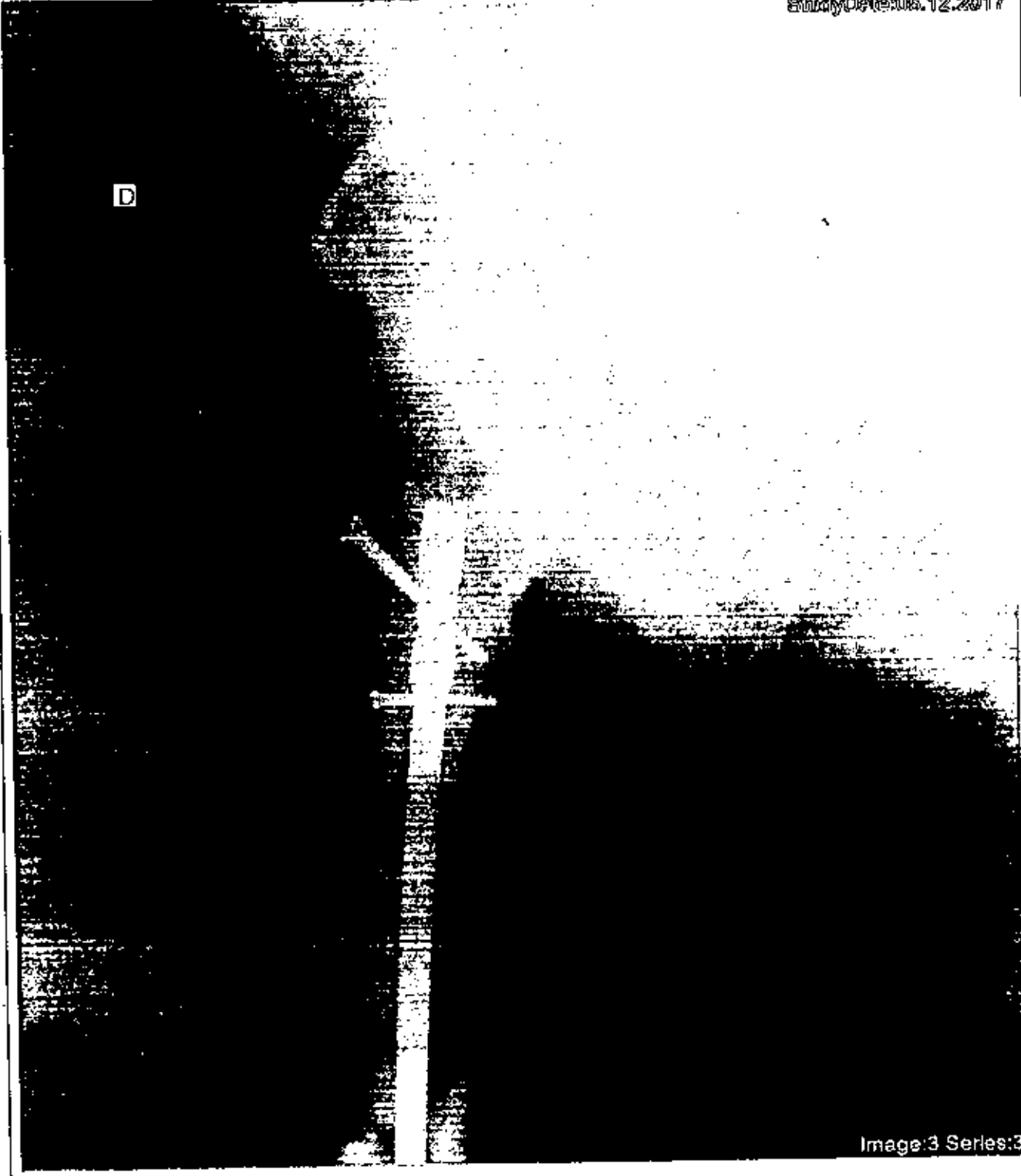


Image:3 Series:3

HTOP

PatientID: 000000045091
PatientName: JOSE CONSTANTINO NETO

Sex: Masculino
BirthDate: 20.04.1953
Age: 64a.

StudyDate: 26.12.2017

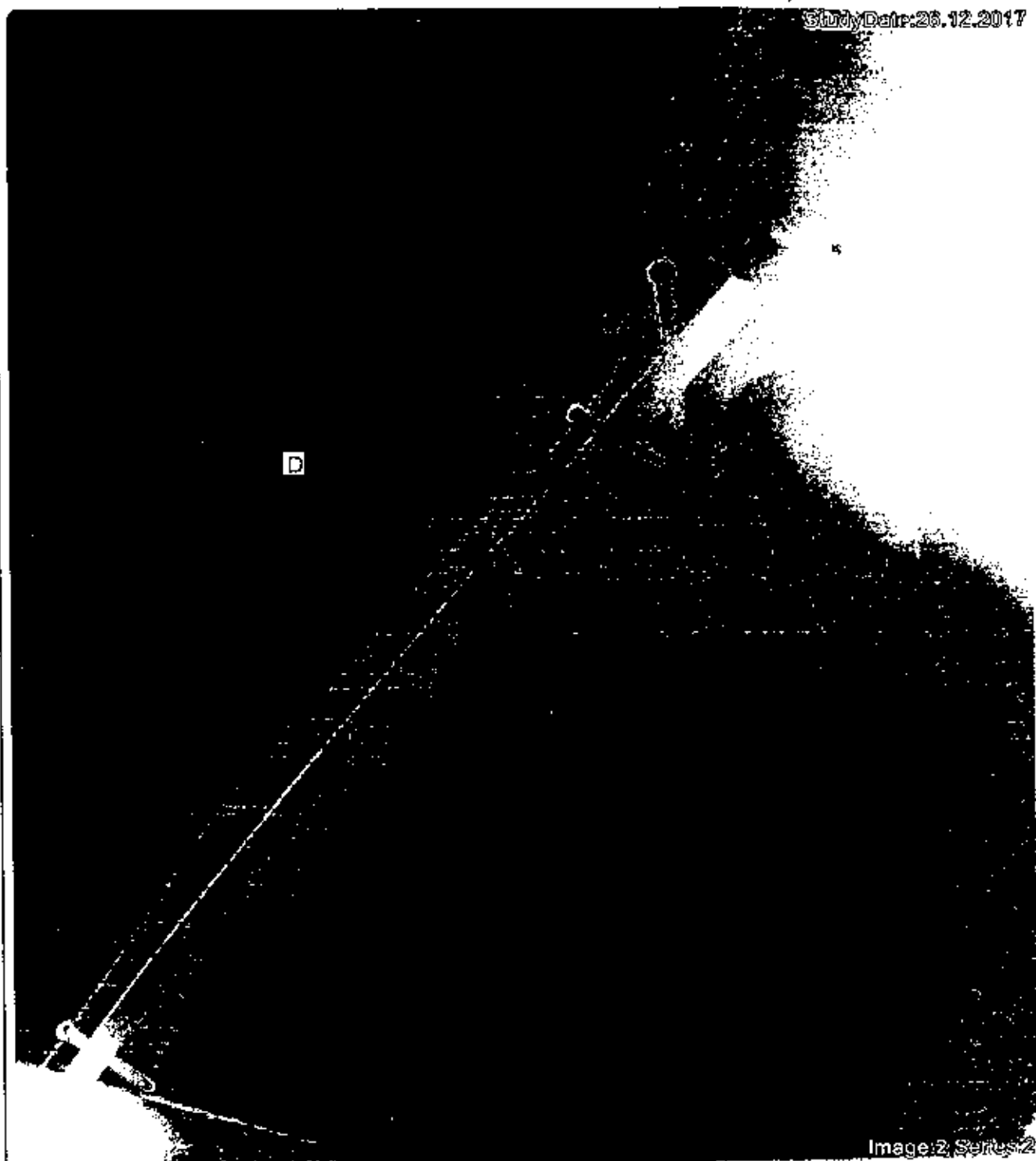


Image: 2, Series: 2

PatientID: 000000045091
PatientName: JOSE CONSTANTINO NETO

Sex: Masculino
BirthDate: 20.04.1953
Age: 64a.

StudyDate: 25.12.2017



Image: 1 Series: 1

PatientID: 000000045091
PatientName: JOSE CONSTANTINO NETO

Sex: Masculino
BirthDate: 20.04.1953
Age: 64a.

StudyDate: 06.03.2018

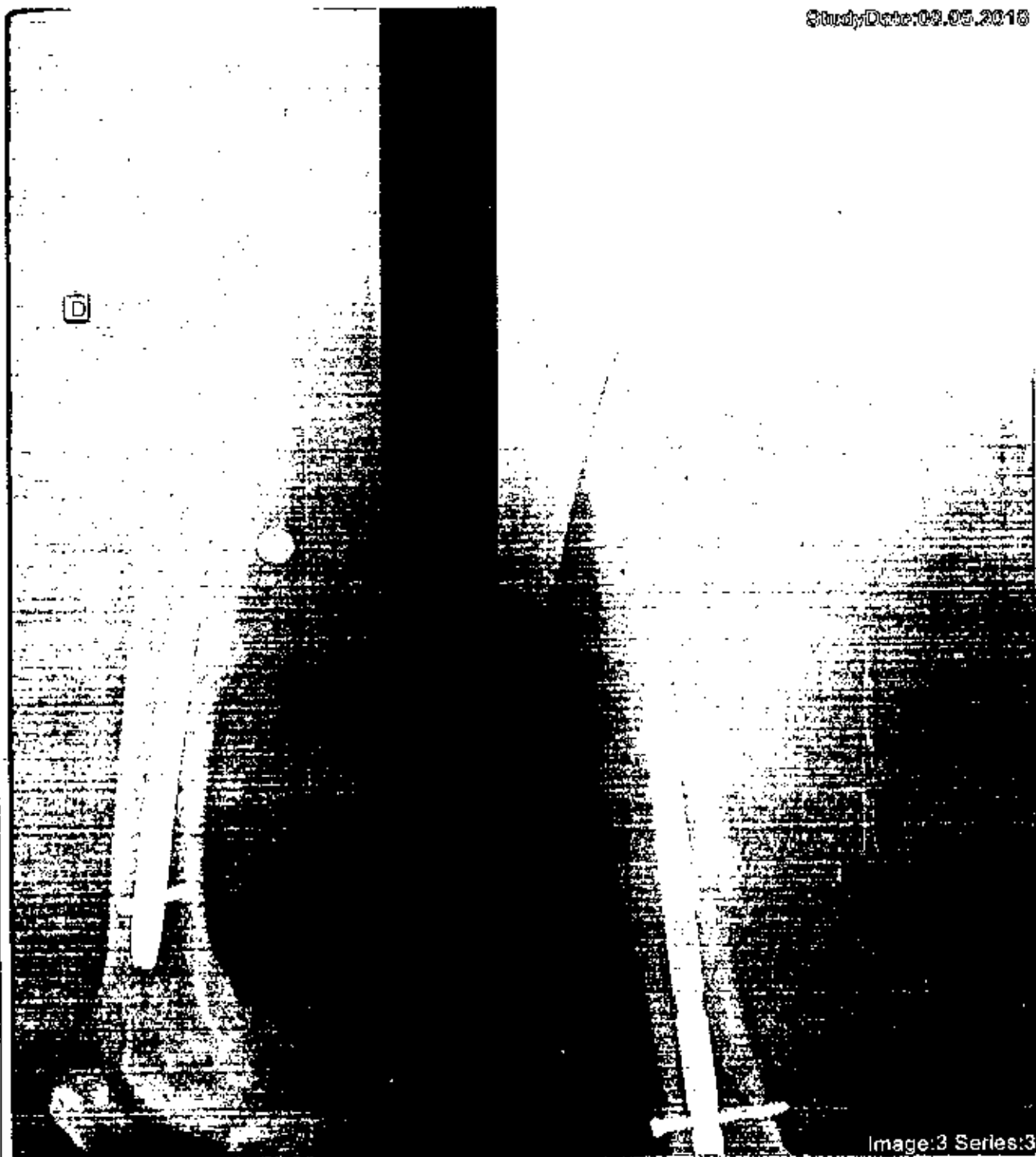


Image:1 Series:1

PatientID: 000000045091
PatientName: JOSE CONSTANTINO NETO

Sex: Masculino
BirthDate: 20.04.1953
Age: 65a.

StudyDate: 09.05.2016



PatientID: 000000045091
PatientName: JOSE CONSTANTINO NETO

Sex: Masculino
BirthDate: 20.04.1953
Age: 65a.

StudyDate: 09.05.2018

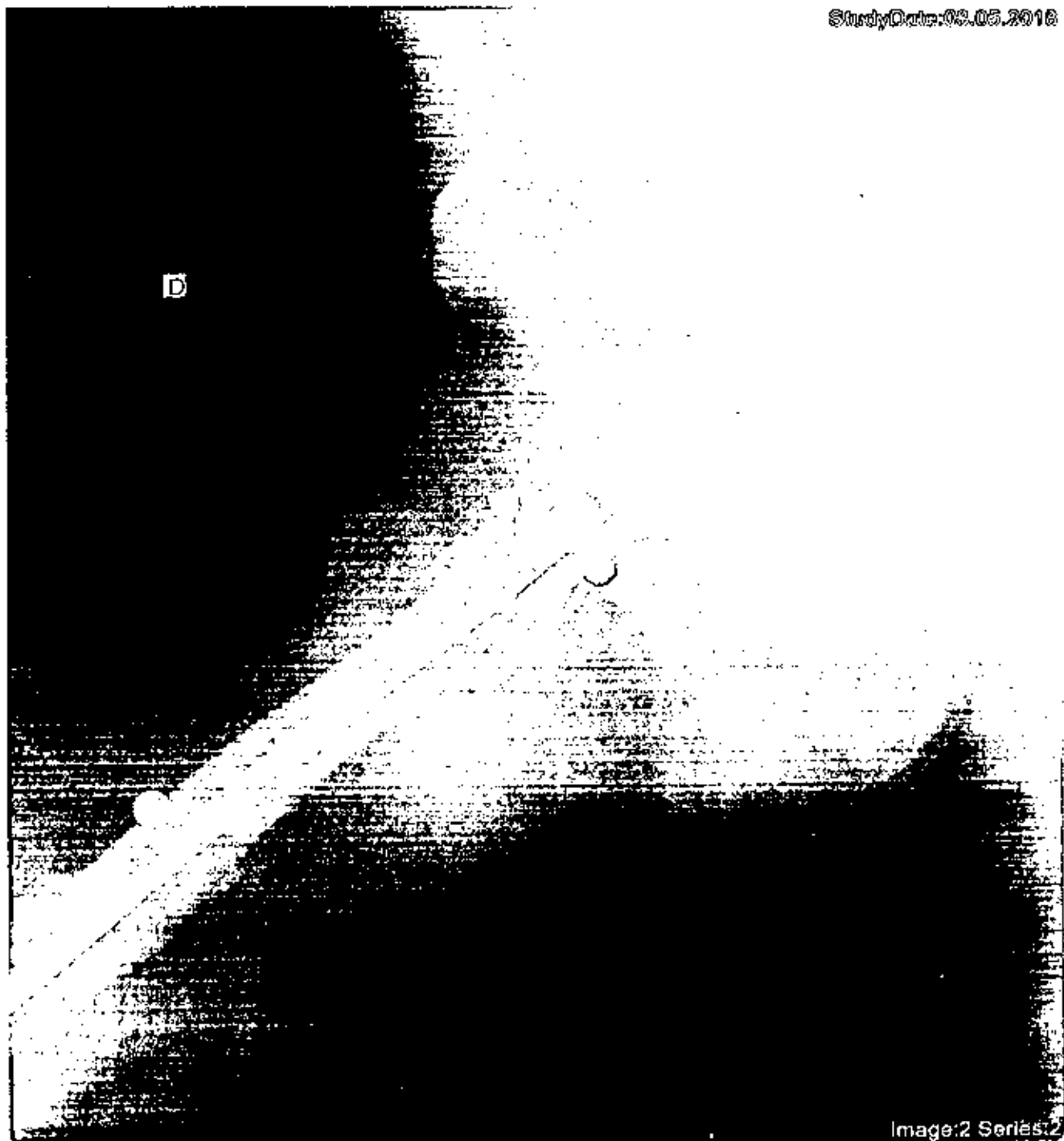


Image:2 Series:2

PatientID: 000000045091
PatientName: JOSE CONSTANTINO NETO

Sex: Masculino
BirthDate: 20.04.1953
Age: 65a.

StudyDate: 08.05.2018



Image: 1 Series: 1



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MULUNGU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE REABILITAÇÃO ERONIDES FERREIRA DE MELO

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins que o(a) paciente Jose Constantino Neto está realizando fisioterapia
motora e analgesia por se encontrar com
CID S723 neste Município. No período
() realizam
 sessões.

Mulungu, 16/05/2018

Dr. Valdeir R. Cardoso
Fisioterapia
Fisioterapeuta Responsável



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MULUNGU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CENTRO DE REABILITAÇÃO ERONIDES FERREIRA DE MELO

FICHA DE CONTROLE - FISIOTERAPIA

Nome: José Constantino Neto Código: _____ Profissional: _____

Nº DE ORDEM	PACIENTE	DATA
001	José Constantino Neto	04/01/2018
002	José Constantino Neto	08/01/2018
003	José Constantino Neto	10/01/2018
004	José Constantino Neto	15/01/2018
005	José Constantino Neto	17/01/2018
006	José Constantino Neto	22/01/2018
007	José Constantino Neto	24/01/2018
008	José Constantino Neto	29/01/2018
009	José Constantino Neto	05/02/2018
010	José Constantino Neto	07/02/2018

Nº DE ORDEM	PACIENTE	DATA
001	José Constantino Neto	26/02/2018
002	José Constantino Neto	28/02/2018
003	José Constantino Neto	05/03/2018
004	José Constantino Neto	07/03/2018
005	José Constantino Neto	12/03/2018
006	José Constantino Neto	14/03/2018
007	José Constantino Neto	17/03/2018
008	José Constantino Neto	21/03/2018
009	José Constantino Neto	26/03/2018
010	José Constantino Neto	02/04/2018

Obs: Assinar apenas 01 vez a cada dia.

Dr. Vanyssa P. Cardoso
Fisioterapeuta
CRM 112501
R. ...



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MULUNGU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CENTRO DE REABILITAÇÃO ERONDES FERREIRA DE MELO
FICHA DE CONTROLE - FISIOTERAPIA

Nome: Car. Constantino Azeite Códig: _____ Fone: _____

DE	ORDEN	NOME	DATA
01		Car. Constantino Azeite	04/04/2018
02		Car. Constantino Azeite	09/04/2018
03		Car. Constantino Azeite	11/04/2018
04		Car. Constantino Azeite	16/04/2018
05		Car. Constantino Azeite	19/04/2018
06		Car. Constantino Azeite	04/05/2018
07		Car. Constantino Azeite	07/05/2018
08		Car. Constantino Azeite	16/05/2018
09			
10			

DE	ORDEN	NOME	DATA
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			

OBS: Assinar apenas CI vez a cada dia.

Dr. Vanderson Carlos
Fisioterapeuta
CREFTO 123456789



CEDULA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

POLEGAR DIREITO

Jose Constantino Neto

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

JOSE CONSTANTINO NETO

Vicente de Paulo

Ins. 10.100.000.000

20/04/1953

3337



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
181.967.304-97

Nome
JOSE CONSTANTINO NETO

Nascimento
20/04/1953

CÓDIGO DE CONTROLE
ENDB.4003.00A5.E7C5



Emido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
 às 08:30:40 do dia 26/06/2018 (hora e data de Brasília)
 dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

[illegible][illegible]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0287918/18
Vítima: JOSE CONSTANTINO NETO
CPF: 181.967.304-97

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 05/11/2017
Titular do CPF: JOSE CONSTANTINO NETO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros



JOSE CONSTANTINO NETO : 181.967.304-97

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: 25/07/2018
Nome: JOSE CONSTANTINO NETO
CPF/CNPJ: 181.967.304-97

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/08/2018
Nome: Patrícia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

JOSE CONSTANTINO NETO

Patrícia Aleixo Silva

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

VÍTIMA JOSE CONSTANTINO NETO

DATA DO ACIDENTE 05/11/2017 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 181.967.304-97

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE ATÉ 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) JOSE CONSTANTINO NETO

Quem é o portador? (A Vítima ☐) Beneficiário ☐) Representante Legal - CPF do portador 181.967.304-97

E-mail

Data 16/07/2018

Assinatura

JOSE CONSTANTINO NETO
Tel: 999 02 4624

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto)

Maria do Livramento das Pontes

Atendente

Ag. de Correios Municipal Comercial

Data:

AC Guarabira - Mat. 8-41-005-8

De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, **em medida extrema exceção**, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa **medida de exceção é válida** somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Fróes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-904

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0287918/18

Número do Sinistro: 3180363628

Vítima: JOSE CONSTANTINO NETO

CPF: 181.967.304-97

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 05/11/2017

Titular do CPF: JOSE CONSTANTINO
NETO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

D Declaração do Proprietário do Veículo

D Documentos de Identificação

O Outros

JOSE CONSTANTINO NETO : 181.967.304-97

Autorização de pagamento

O Outros



ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/09/2018
Nome: JOSE CONSTANTINO NETO
CPF: 181.967.304-97

JOSE CONSTANTINO NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/09/2018
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira

Rio de Janeiro, 11 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE CONSTANTINO NETO**
Nº Sinistro: **3180363628**
Vítima: **JOSE CONSTANTINO NETO**
Data do Acidente: **05/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180363628**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Documentos de identificação ilegível
- Declaração do Proprietário do Veículo autenticado

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de 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

SEGURADORA LÍDER DPVAT - REG. OP. 28-AGO-2018 17:48 625699 1/1



Seguradora

LÍDER

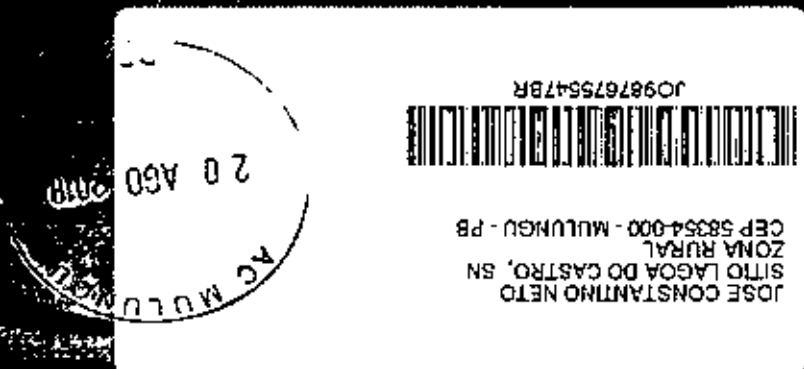
Administradora do Seguro DPVAT

DPVAT- Como Requerer

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

Saiba + www.seguradoralider.com.br.



Administradora do Seguro DPVAT

LÍDER

Seguradora



31 803 636 28

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

() MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS

VÍTIMA JOSE CONSTANTINO NETO

DATA DO ACIDENTE 05.11.2017 POSSUI CPF ☒ SIM () NÃO Nº CPF 181 962 304-97

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- () Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- () CPF do Representante Legal (cópia simples)
- () Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitais que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Laudo de Invalidiz do IML - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitais que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: () Sim () Não
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- () CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- () Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- () Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- () Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- () Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- () Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- () Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- () Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- () Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) JOSE CONSTANTINO NETO

Quem é o portador? () Vítima ☒ Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador 181 962 304-97

E-mail joao.constantino@liderseg.com.br Tel: 31 803 63624

Data 22/08/2018 Assinatura João Constantino Neto

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC GUANABARA - PB

Atendente JOÃO TO MANTOS Matrícula 6417964-0

Data 22/08/2018 Assinatura JOÃO TO MANTOS

De: Jose Carlos
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33
Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>
Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>
Assunto: Protocolo.

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18
Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>
Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,
Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0287918/18

Número do Sinistro: 3180363628

Vítima: JOSE CONSTANTINO NETO

CPF: 181.967.304-97

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Outros



Data do acidente: 05/11/2017

Titular do CPF: JOSE CONSTANTINO
NETO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/09/2018
Nome: JOSE CONSTANTINO NETO
CPF: 181.967.304-97

JOSE CONSTANTINO NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/09/2018
Nome: Patrícia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patrícia Aleixo Silva



SINISTRO
3180363628.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180363628 **Cidade:** Mulungu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CONSTANTINO NETO **Data do acidente:** 05/11/2017 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR).
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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: 3180363628 **Cidade:** Mulungu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CONSTANTINO NETO **Data do acidente:** 05/11/2017 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR).
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0287918/18

Número do Sinistro: 3180363628

Vítima: JOSE CONSTANTINO NETO

CPF: 181.967.304-97

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 05/11/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CONSTANTINO
NETO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/09/2018
Nome: JOSE CONSTANTINO NETO
CPF: 181.967.304-97

JOSE CONSTANTINO NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/09/2018
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0287918/18

Número do Sinistro: 3180363628

Vítima: JOSE CONSTANTINO NETO

CPF: 181.967.304-97

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 05/11/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CONSTANTINO NETO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentos de identificação

Outros

JOSE CONSTANTINO NETO : 181.967.304-97

Autorização de pagamento

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: 03/09/2018
Nome: JOSE CONSTANTINO NETO
CPF: 181.967.304-97

JOSE CONSTANTINO NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/09/2018
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira