

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

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180576421

HERCULES BRITO DE SOUZA

Data do Acidente: 01/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), HERCULES BRITO DE SOUZA

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

Comprovante de residência incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

Comprovação de ato declaratório não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 01 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180576421

Vítima: HERCULES BRITO DE SOUZA

Data do Acidente: 01/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), HERCULES BRITO DE SOUZA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

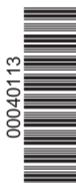
Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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

CPF da Vítima

116.426.284-09

Nome completo da vítima

Hércules Brito de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Hércules Brito de Souza	CPF titular da conta	116.426.284-09	Profissão	Agricultor
Endereço	Sítio Boiçucanga	Número	18n	Complemento	
Bairro	Zona Rural	Cidade	Serra Branca	Estado	Paraíba
Email	ronaiacholanda@gmail.com	CEP	58.580-000	Telefone (DDD)	(83) 99647-2962

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> 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

N.R.O.

D/V

CONTA

N.R.O.

D/V

3315

34960

0

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

N.R.O.

AGÊNCIA

N.R.O.

CONTA

N.R.O.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

S.Branca PB , 28 de novembro de 2018

Local e Data

Hercules Brito de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - MONTEIRO
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SERRA BRANCA



OCORRÊNCIA POLICIAL nº 370/2018 – Fls. 144.

Aos 08 (OITO) dias do mês de OUTUBRO do ano de dois mil e DEZOITO, na Delegacia de Policia Civil de Serra Branca/PB, sob a responsabilidade do Delegado de Policia Civil José Edson de Vasconcelos, comigo escrivão de seu cargo ao final assinado, aí por volta das 14h:40min, compareceram os Srs. **HERCULES BRITO DE SOUZA**, brasileiro, convivente, agricultor, RG. 4.043.714 SSDS-PB, CPF. 116.426.284-09, data de Nascimento 23.11.1995, filho de Honorato Francisco de Souza e Maria das Graças Brito de Souza, e **HILQUIAS BRITO DE SOUZA**, brasileiro, solteiro, estudante, RG. 4.219.575, SSDS-PB, CPF. 123.409.204-26, nascido em 26.07.2001, filho de Honorato Francisco de Souza e Maria das Graças Brito de Souza, ambos residente no Sítio Ligeiro de Cima, Zona Rural de Serra Branca-PB, INFORMANDO: Que no dia 1º de abril de 2018, por volta das 19h:00min, vinham da sua residência na motocicleta HONDA CG, 125, TITAN KS, de cor prata, ano 2003, chassi nº 9C2JC30101R208968, RENAVAN Nº0076348530-6, PLACA MOG 0647, registrada em nome do pai dos mesmos CPF. 499.036.664-91; Que a moto era pilotada por Hercules e Hilquias vinha como passageiro; Que quando estavam chegando na entrada da cidade de Serra Branca-PB um Jumento atravessou a rodovia não havendo tempo hábil para frenagem; Que a moto colidiu com o animal e eles ocupantes foram jogados ao chão; Que o animal morreu na hora e os declarantes foram socorridos pelo Samu da cidade de Serra Branca-PB até o hospital da cidade e, posteriormente até o Hospital de Traumas da cidade de Campina Grande-PB onde passaram por diversos procedimentos cirúrgicos, conforme laudos apresentados neste ato. Que fazem o presente registro para que possam acionar o Seguro DPVAT a qual têm direito. E nada mais disse.

Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal, referente ao registro da Ocorrência, que originou a presente Certidão. (Artigo 299 do CPB).

RECEBIDO

04 DEZ 2018

Seguradora Lider DPVAT

NOTIFICANTE: Hercules Brito de Souza

NOTIFICANTE: Hilquias Brito de Souza

44714561-40-QE
autenticidade em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

Serra Branca/PB, 08 de outubro de 2018.

Robson Nunes Cavalcante
Agente de Investigação
Mat. 182.029-0

CARTÓRIO NOTARIAL E REGISTRAL - COMARCA DE SERRA BRANCA/PB
Av. Dep. Alvaro Gondim, 12 - Centro - Fones: (83) 3774-2247 - cartorio@outlook.com.br
Tabel. Bel. Mônica Cristina Andrade

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Dito fez.
(Art. 365 - III do CPC)

Serra Branca/PB, 14.11.2018

TABEL. BEL. MÔNICA CRISTINA ANDRADE

TABEL. BEL. MÔNICA CRISTINA ANDRADE

TABEL. BEL. MÔNICA CRISTINA ANDRADE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
14^ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - MONTEIRO
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SERRA BRANCA



OCORRÊNCIA POLICIAL nº 370/2018 – Fls. 144.

Aos 08 (OITO) dias do mês de OUTUBRO do ano de dois mil e DEZOITO, na Delegacia de Policia Civil de Serra Branca/PB, sob a responsabilidade do Delegado de Policia Civil José Edson de Vasconcelos, comigo escrivão de seu cargo ao final assinado, ai por volta das 14h:40min, compareceram os Srs. **HERCULES BRITO DE SOUZA**, brasileiro, convivente, solteiro, RG. 4.043.714 SSDS-PB, CPF. 118.426.284-09, data de Nascimento 23.11.1995, filho de Honorato Francisco de Souza e Maria das Graças Brito de Souza, e **HILQUIAS BRITO DE SOUZA**, brasileiro, solteiro, estudante, RG. 4.219.675, SSDS-PB, CPF. 123.409.204-26, nascido em 26.07.2001, filho de Honorato Francisco de Souza e Maria das Graças Brito de Souza, ambos residente no Sítio Ligeiro de Cima, Zona Rural de Serra Branca-PB, **INFORMANDO:** Que no dia 1º de abril de 2018, por volta das 19h:00min, vinham da sua residência na motocicleta HONDA CG, 125, TITAN KS, de cor prata, ano 2003, chassi nº 9C2JC30101R208968, RENAVAN Nº076348530-6, PLACA MOG 0647, registrada em nome do pai dos mesmos CPF. 499.026.664-91; Que a moto era pilotada por Hercules e Hilquias vinha como passageiro; Que quando estavam chegando na entrada da cidade de Serra Branca-PB um Jumento atravessou a rodovia, não havendo tempo hábil para frenagem; Que a moto colidiu com o animal e eles ocupantes foram jogados ao chão; Que o animal morreu na hora e os declarantes foram socorridos pelo Samu da cidade de Serra Branca-PB até o hospital da cidade e, posteriormente até o Hospital de Traumas da cidade de Campina Grande-PB onde passaram por diversos procedimentos cirúrgicos, conforme laudos apresentados neste ato. Que fazem o presente registro para que possam açãoar o Seguro DPVAT a qual têm direito. E nada mais disse.

Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal, referente ao registro da Ocorrência, que originou a presente Certidão. (Artigo 299 do CPB).

NOTIFICANTE: Hercules Brito de Souza

NOTIFICANTE: Hilquias Brito de Souza

Serra Branca/PB, 08 de outubro de 2018.

Robson Junes Cavalcante
Agente de Investigação
Mat. 182.029-0



Selo Digital MPPB2202-FYJ8
Consulte a autenticidade em

CARTÓRIO NOTARIAL E REGISTRAL - COMARCA DE SERRA BRANCA/PB
Av. Djo. Alcides Góes, nº 12 - Centro - Fone: (83) 3352-2200 - Telefone: (83) 3352-2201
Certidão ou cópia simples é de responsabilidade do oficial que assina. Documento original
pode ser obtido no endereço acima. O documento é válido por 30 dias.
AUTENTICAÇÃO
Robson Junes Cavalcante - Agente de Investigação - Mat. 182.029-0

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

卷之三

Public Works Dept. 700 N. Main Street
Foothills Inn Forest. No. 1 North Foothills Rd
Foothills Inn 700 N. Main Street
C.O. Superior

Alex Fm F
Rundschule Galerie Groß

F 6 m G

Dr. S. H. Ross
Sav. Chancery

Getting the Ode off
Parasitid - is one of our best domestic, especially
nesting birds. @ + you ~~get~~,
John Johnson - we cannot
find many individuals & they
are very shy + hard to see.

卷之三

卷之三

- Valt para Cálculo IDADE

~~CBQ 2/22/2002~~

CÓDIGO PROCEDIMENTO

Hanuo Dantai

() Internação (setor) _____

() Internação hospitalar / _____

() Revelia / _____

() Decisão Médica _____

Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Óbito _____

Xylella Prima do Selo



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Luis Henrique Soares		
End:	Av. Presidente Vargas, 1000 - Bairro: Centro		
Data de Nascimento:	23/11/05		
Queixa:	Documentos de identificação:		
Acidente de trabalho?	Data do Atend.: 01/04/18 Hora: 20:31 Documento:		
	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Classificação de Risco			
Nível de consciência:	<input type="checkbox"/> Bom <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input checked="" type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente		
Frequência respiratória:	<input type="checkbox"/> Frequência cardíaca:		
Pressão arterial:	<input type="checkbox"/> Temperatura axilar:		
Dosagem de HGT:	<input type="checkbox"/> Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input checked="" type="checkbox"/> Pálida		
Desambulação:	<input type="checkbox"/> Livre <input checked="" type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca		

Assinatura e carimbo do profissional

MQB-110

Quintal

Amarelo - atendimento até 1 hora

Vermelho - atendimento imediato

Verde - atendimento até 4 horas

Azul - atendimento ambulatorial em ORLEN

Assinatura do Coordenador da Unidade: ... 116

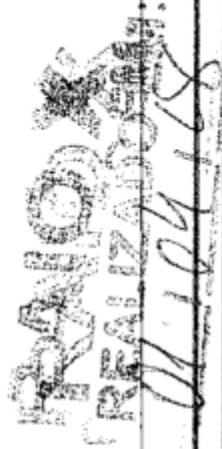


GOVERNO
DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome:	Hélio Bento			PRONTUÁRIO:		
Idade:	Sexo	Cor:	Peso:	Altura:	Clínica:	Enf.: Leito:
	M F	B P A				

DADOS CLÍNICOS:



MATERIAL A EXAMINAR:

Exames solicitados:	Rx tórax AP e PA Rx abd AP Rx joelhos E AP e P		
Urgência:	Rotina:	Hora da solicitação:	Carimbo e Assinatura do Médico
Data:			



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NAME:	HERCILLES BRITTO DE SOUZA			PRONTUÁRIO:			
IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:
32	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A		

DADOS CLÍNICOS:

Paciente com história de acidente de motocicleta. Vêm ao serviço com ferimento em face e região temporal. Presenta dor à palpação profunda em FID

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

USG- abdômen FAST

18/04/13

Dr. Gustavo P. Almeida
CRM 6335/PE
Cirurgia Minimamente Invasiva

URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>
DATA: 02/04/13	HORA DA SOLICITAÇÃO: 18
Carimbo e Assinatura do Médico	

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Hércules Bruto de Souza,

RG nº 4.043.714, data de expedição 16/10/12, Órgão SSP/PB,

CPF nº 116.426.284-09, 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>Sítio Jaqueiro</u>
Número	<u>51n</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Serra Branca</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58.580-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99647-2962</u>
E-mail	<u>sorocachilanda@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Serra Branca, PB, 28.11.2018.

Assinatura do Declarante: Hércules Bruto de Souza

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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

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

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

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

Eu, Hércules Britto de Souza,

RG nº 4.043.714, data de expedição 16/04/12,

Órgão SSP/JPB, CPF nº 116.426.284-09,

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
segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

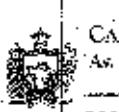
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Bolgeiro</u>
Número	<u>Alm</u>
Apto/Complemento	
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Serra Branca</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58.580-000</u>
Tel. de contato	<u>(83) 99647-2962</u>
E-mail	<u>monicaaholanda@</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Serra Branca, PB. 4/10/2019.

Hércules Britto de Souza

Assinatura do Declarante

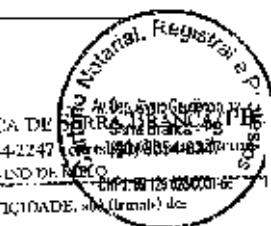


CARTÓRIO NOTARIAL E REGISTRAL - COMARCA DE SERRA BRANCA - PB
Av. Dep. Álvaro Gaudêncio, 12 - Centro - Fone: (83) 3354-2247 - CEP: 58.580-000
TABELÍA BEM: MÔNICA CRISTINA ANTÔNIO DE SOUZA
TABELÍA 123: 000001-02

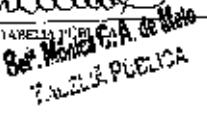
RECONHECIMENTO por: SEMELHANÇA AUTENTICIDADE, sob (firmado) de:

Hércules Britto de Souza

06 FEV 2019



Selo Digital: AIC49805-NVR
Consulte a autenticidade em
<https://selodigital.tjpj.pjus.br>



HONORATO FRANCISCO DE SOUZA
SIT LIVREO, SUL-ÁREA RURAL
SERPA, BRASIL/PE CEP: 58300-000, 000-000
Emissao: 27/12/2018 Referencia: Dez / 2018
Classific Subsc: RURAL/AGRICULTURA, RURAL/CONTRATO
Referente: 100- 177-3821 N° medidor: 000000000000

energisa
Sociedade Energia de São Paulo S.A.
CNPJ: 00.12.0001-00 CNPJ: 00.12.0001-00
Endereço: Rua das Flores, 100 - Centro - Rio Claro - SP - CEP: 13500-000
CEP: 13500-000 CNPJ: 00.12.0001-00 Insc Est: 130185200

Assunto: Boletim de Conta de Energia 0800083-0196

Contar referente: Apresentação
Dez / 2018 - 27/12/2018

Data prevista para o credito: 25/01/2019
Valor: R\$ 499,938,664,91

Isento

5/5/083-0196

Obs.: Agradecemos a sua compreensão em nos enviar a sua fatura para o e-mail que você preferir para que não seja necessário enviar a sua fatura para o endereço que consta no seu contrato.

Enviada On-line, Fazendo com que evite o uso de e-mail.

Atenciosamente,

Equipe de Atendimento Energisa

Atenciosamente,

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Honorato Francisco de Souza,
RG nº 3.544.539, data de expedição 16/10/07,
Órgão SSP/PIB, portador do CPF nº 499.936.664-91, com
domicílio na cidade de Serra Branca, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Boqueirão de Cima, nº 81n,
complemento zona rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Hércules Brito de Souza, cujo o condutor era
Hércules Brito de Souza.

Veículo: PAS / Motocicleta

Modelo: Honda / CG 125 - Titan KS

Ano: 2001

Placa: MG 0647 / PB

Chassi: 9C2JC30J01R208968

Data do Acidente: 01/04/2018

Local e Data: Serra Branca, Paraíba, 14/11/2018

Honorato Francisco de Souza
Assinatura do Declarante

Hércules Brito de Souza

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



CARTÓRIO NOTARIAL E REGISTRAL - COMARCA DE SERRA BRANCA/PB
Av. Dep. Álvaro Gaudêncio, 12 - Centro - Fones: (83) 3354-2247 - cartospb@hotmail.com
TABELIA: Bela MÔNICA CRISTINA ANTONINO DE MELO

RECONHECIMENTO por: SEMELHANÇA AUTENTICIDADE, assinado(a) em

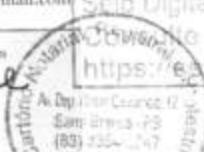
Honorato Francisco de Souza
Hércules Brito de Souza
14/11/2018

TABELIA PÚBLICA

Bela Mônica C. A. de M. T. P. S. B.
TABELIA PÚBLICA

Selo Digital AHU87427-QLTK

Consulte a autenticidade em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>



Selo Digital AHU87428-jG38

Consulte a autenticidade em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

LAUDO MÉDICO

O paciente Hercules Brito de Souza é portador de doença com CID-10: G40, em uso de Clobazam 30mg/dia. Sem condições laborais definitivamente, pelo risco de acidentes de trabalho.

Serra Branca, 18/09/18


Dr. Paulo A. F. Lucena
Neurologista
CRM-PB 6400
CREMERN 6668

Dr. Paulo Lucena
Neurologia e Eletroencefalografia
CRM 6400

GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°:1626768 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.269/0038-52

Av. Mat. Floriano Peixoto, 4700 - Malhada, Campina Grande - PB, CEP: 58452-809 Data: 01/04/2018

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: Vanessa Patrícia Sales Do Nascimento

PACIENTE: HERCULES BRITO DE SOUZA

Endereço: SITIO LIGEIRO DE BAIXO

Sexo:M

Idade: 022

Nome da Mãe: MARIA DAS GRACAS BRITO DE SOUZA

RG: 4043714

CPF: 11642628409

Data de Atend.: 01/04/2018

Estado Civil:Solteiro(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X ANIMAL

Hora: 21:01:09

CRM:

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

- 1- Abraçado
- 2- amputação
- 3- avulsão
- 4- Concussão
- 5- Contusão
- 6- Dor
- 7- Esfarrapado
- 8- Enfarratamento
- 9- Enfarratamento e/ou envolvimento rotulito/carrasco
- 10- Envenenamento
- 11- Exploração
- 12- Fratura
- 13- Fraturas
- 14- Ferida na face
- 15- Fratura
- 16- Fratura
- 17- Fratura contusão
- 18- Fratura contusão
- 19- Fratura contusão
- 20- Fratura crânio facial
- 21- Hemorragia
- 22- Infarto miocárdico
- 23- Lesão óssea
- 24- Lesão torácica
- 25- Luxação
- 26- Lesão óssea
- 27- Lesão óssea
- 28- Lesão óssea
- 29- Lesão óssea
- 30- Lesão óssea
- 31- Paralisia
- 32- Paralisia
- 33- Quemadura
- 34- Quemadura
- 35- Traumatismo
- 36- Traumatismo

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____ %
DIAGNÓSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALÉRGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

TOMOGRAFIA MIL:

REALIZADA EM:

01/04/18

Sat02

HGT:

5at02

EXAME FÍSICO

PUPILAS

() Fotorreagentes

() Isocôricas

() Anisocôricas

()

Glasgow _____ PA _____

EXAMES SOLICITADOS:

() Ultrassonografia;

() Radiografia;

() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: NCR, BMFEspecialista: DR J. P. V.

MÉDICO SOLICITANTE:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

Nº	D	P	I	R	E	U	D	I
1	D	P	I	R	E	U	D	I
2	D	P	I	R	E	U	D	I
3	S	N	I	R	E	U	D	I
4	D	P	I	R	E	U	D	I
5	D	P	I	R	E	U	D	I

6	D	P	I	R	E	U	D	I
---	---	---	---	---	---	---	---	---

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:



GOVERNO
DA PARAÍBA

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM**

Ficha de Acolhimento

Nome:	João Pedro de Souza		
End:	Av. das Flores, 123 - Bairro: Jardim das Rosas		
Data de Nascimento:	25/11/1995 Documento de Identificação:		
Queixa:	Data do Atend.: 01/04/19 Hora: 09:30 Documento:		
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo

Frequência respiratória:

Pressão arterial:

Dosagem de HGT

Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca

Data de Nascimento: 30-07-1985 Documento de Identificação:

Queixa: Data do Atend.: 01-04-18 Hora: 02:15 Documento

Acidente de trabalho? () Sim (X) Não

Classification

Frequência cardíaca:

Temperatura axilar

Mucosas: () Normocorada () Pálida

M.Q.B. 110

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

Assinatura e carimbo do profissional

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Hércules	Branco	Br	S					PRONTUÁRIO:
IDADE:		SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:	
	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A				

DADOS CLÍNICOS:

RADIOGRAMMA
REALIZADO EM:
21/04/1968

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx tórax AP
Rx pelve AP
Rx fôtons E AP e P
Rx abd AP e P
Rx rins AP e Díagnos

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>
DATA: _____	
HORA DA SOLICITAÇÃO: _____	

Carimbo e Assinatura do Médico



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	HÉRCULÉS	SEXO:	BRITO	COR:	DE SOUZA	PESO:	PRONTUÁRIO:
IDADE:	32 ^a	M	F	B	P	ALTURA:	ALÉM:
					A	CLÍNICA:	LEITO:

DADOS CLÍNICOS:

Raiante com história de acidente de motocicleta. Vem ao serviço com ferimento em zona lombar temporal. Apresenta dor à palpação profunda em FDI

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

USG abdominal FAST

02 ou 18

Dr. Gustavo P. Almeida
Cirurgia Minimamente Invasiva

CRM 6335/PB

URGÊNCIA: ROTINA:
DATA: 02/04/13 HORA DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo e Assinatura do Médico

**GOVERNO
DA PARAÍBA**
**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA**

PACIENTE: **HERCULES BRITO DE SOUZA**
DATA DO EXAME: **07/04/2019**



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Hélio Luís Batista da Silveira	Alojamento	Leito	Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	X exumação geral (30:45) Saciamento USC adstringente total FAST para xiculagem. Fazendo uso de enxaguante com Flid a pressão profunda.		

X einunga general (30:45).
Sedento USG adentro total FASE POWA XECA-
DOLUFAS. Faciente XECAU aparentando den em FID
a palpacao profunda.

Dr. Geraldo P. Almeida

PACIENTE: HÉRCULES BRITO DE SOUZA

DATA DO EXAME: 01.04.2018

RADIOGRAFIA DE MÃO

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE OMBRO

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Falha de fusão/fratura avulsiva do processo estilóide da ulna.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

- Transparência pulmonar normal.
- Mediastino e seios costofrênicos sem alterações.
- Coração de dimensões normais.

27

3610 B 3

RADIOGRAFIA DE JOELHO

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Patela de aspecto bipartido.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE PELVE

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

28



PACIENTE: HÉRCULIS BRITO DE SOUZA
DATA DO EXAME: 02/04/2013

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL -^{2º ASI}

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Abséncia de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, pâncreas, rins e bexiga identificáveis ao método.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da modalidade ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras livres, não havendo critérios consensualizados para indicação de alta suspeita. Isso embelhece ainda no resultado negativo da ultrassonografia.

Observação: Salientamos ainda que é condição considerável para uma correta avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estudos complementares como exames laboratoriais e radiológicos complementares devem ser mantidos em contraste, ficando a necessidade de se restringir a exame de ultrassonografia.

Dra Ina Rossana Lemos
CRM 4380

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

EDUCAÇÃO E TRATAMENTO

Diagnóstico

for design of programs
in education & policy

Paciente Wagner Bento S. Souza | Alojamento 5 | Leito 1



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.043.714	DATA DE EXPEDIÇÃO	16/04/2012
NAME	HERCULES BRITO DE SOUZA		
FILIAÇÃO	HONORATO FRANCISCO DE SOUZA MARIA DAS GRACAS BRITO DE SOUZA		
NATURALIDADE	SERRA BRANCA-PB	DATA DE NASCIMENTO	23/11/1995
DOC. OFICIAL	NASC. N. 7604 PIS. 561 LIV. 9 CARTÓRIO SERRA BRANCA PB		
CEP	116.426-294-09		
fone fixo	Assinatura do diretor		
fone celular	Assinatura do diretor		
DEI N. 7.116 DE 28/08/88			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
PR 1 0076348530-6 00/00000000 2018

HONORATO FRANCISCO DE SOUZA

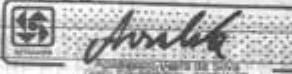
CPF / CNPJ: 499936666491 PLACA: MOG0647/PB
PLACA ANT / UF: MOG0647 PB CHASSI: 9C2JC30101R208968

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/	COMBUSTIVEL GASOLINA	
MARCA / MODELO HONDA/CG 125 TITAN KS	ANO FAB. 2001	ANO MOD. 2001
CAP / POT / CL 2 P/124 /CI	CATEGORIA PARTIC	COR PREDOMINANTE PRATA
I P V A	VENC. COTA UNICA 00/00/0000	VENC / COTAS 1 ^a 2 ^a 3 ^a
FADIA IPVA *****	PARCELAMENTO / COTAS 0	

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$)
***** SEGURADO PAGO 31/07/2018

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

SERRA BRANCA - PB LOCAL: 15/10/2018 DATA:
9440 1431480



SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014201552744 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO — DATA EMISSÃO
2018 15/10/2018

VIA: 1	CPF / CNPJ: 499936666491	PLACA: MOG0647/PB
RENAVAM: 00763485306	MARCA / MODELO: HONDA/CG 125 TITAN KS	
ANO FAB.: 2001	DATA TARF.: 9	NP CHASSI: 9C2JC30101R208968
PRÉMIO TARIFÁRIO		
PNS (R\$) *****	DETRAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****	IOF (R\$) SEGURADO	TOTAL A SER PAGO PELO DESJARDIN (R\$) PAGO
PAGAMENTO		
5 COTA ÚNICA	PARCELA	DATA DE QUITAÇÃO 31/07/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.608/0001-04

1431480-0919234-20181015

NAN / 2018

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

Hercules Brito de Souza

CPF da Vítima

116.426.284-09

Data do Acidente

01.04.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

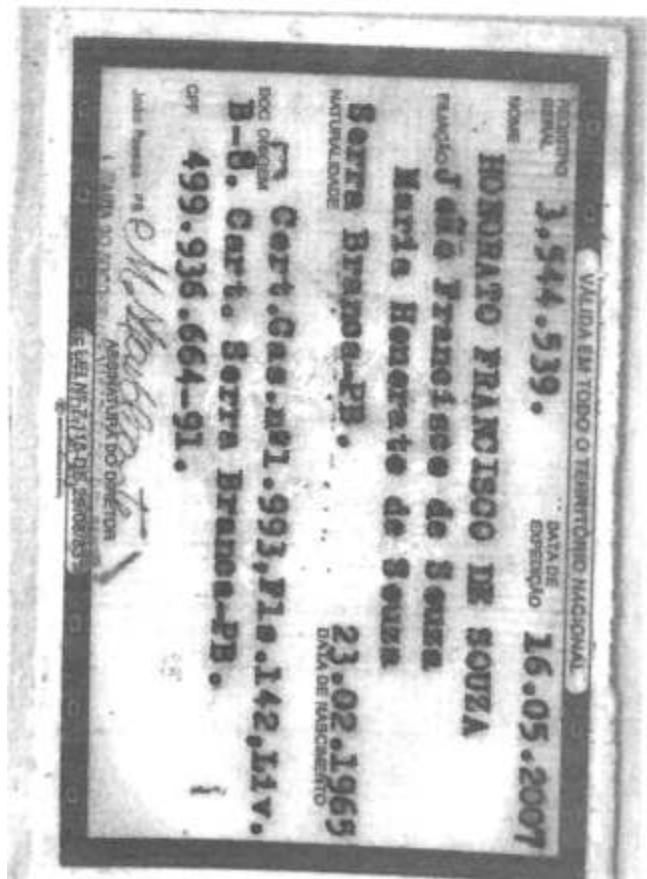
S. Branca IPB, 28 de novembro de 2018

Local e Data

Hercules Brito de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





SEGURADO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Hércules Brito de Souza

DATA DO ACIDENTE 01.04.2018 CPF DA VITIMA 316.426.284-09

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA

REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTESCO COM

A VITIMA É Hércules Brito de Souza

ENDERECO DO PORTADOR Sítio Boqueirão

Nº 51n COMPLEMENTO Bairro Zona Rural

CIDADE Senra Branca UF PB CEP 58.580-000

E-MAIL herculesbrito.senra@gmail.com TELEFONE (83) 99643-2962

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

RÉGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA

DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O

TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITARIO MÉDICO (CÓPIA

SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(ORIGINAL)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE

CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO.

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO

DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO * MORTE = R\$ 13.500,00

* INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

* DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

* O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

COMPLETA, COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COM OS

LISTADOS NESTE FORMULARIO

* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADO.TRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO

DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU

DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

ASSINATURA Hércules Brito de Souza

DATA 29/11/2018

IDENTIDADE 4.043.714

NOME Bruno José de Lima Ramos

ASSINATURA Hercules

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 29/11/2015

IDENTIDADE 4.043.714

NOME Bruno José de Lima Ramos

ASSINATURA Hercules

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Etíde das
Comunidades do Seguro DPVAT

DENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0442948/18

Número do Sinistro: 3180576421

Vítima: HERCULES BRITO DE SOUZA

CPF: 116.426.284-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/04/2018

Titular do CPF: HERCULES BRITO DE SOUZA

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentos de identificação
Outros

HERCULES BRITO DE SOUZA : 116.426.284-09

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: 26/02/2019

Nome: HERCULES BRITO DE SOUZA
CPF: 116.426.284-09

HERCULES BRITO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/02/2019

Nome: CRISTINA LIMEIRA ALVES
CPF: 041.380.364-31

CRISTINA LIMEIRA ALVES



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 08. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2018

REC-APP-0603

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180576421
HERCULES BRITO DE SOUZA

Data do Acidente: 01/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

RECEBIDO

15 FEV 2019

Seguradora Lider DPVAT

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), HERCULES BRITO DE SOUZA

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

- ☒ Comprovante de residência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.
- ☒ Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.
- ☒ Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Lider-DPVAT

Estamos aqui para Você





GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

PACIENTE: HERCULES BRITO DE SOUZA
DATA DO EVÁGME: 02/04/2012



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Diagnóstico

Paciente Hércules Brusio de Souza

FOLHA DE TRATAMENTO É EVOLUÇÃO



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

PACIENTE: HÉRCULES BRITO DE SOUZA

DATA DO EXAME: 01.04.2018

RADIOGRAFIA DE MÃO

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE OMBRO

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Falha de fusão/fratura avulsiva do processo estilóide da ulna.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

- Transparência pulmonar normal.
- Mediastino e seios costofrênicos sem alterações.
- Coração de dimensões normais.

27

3610

Dr. Arthur José Ventura
CRM/PB: 6481

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101

Dr. Ramoné Miranda
CRM/PB: 8220



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

RADIOGRAFIA DE JOELHO

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Patela de aspecto bipartido.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE PELVE

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

28



86220

Dr. Arthur José Ventura
CRM/PB: 6481

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101

Dr. Ramoniê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Ramoniê Miranda
CRM/PB: 8220

PACIENTE:	HERCULES BRITO DE SOUZA
DATA DO EXAME:	02/04/2018

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4.0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, pâncreas, rins e bexiga identificáveis ao método.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ócias, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.

Dra Ina Rossana L. Lúperim
CRM 4386

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180576421 **Cidade:** Serra Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HERCULES BRITO DE SOUZA **Data do acidente:** 01/04/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PROCESSO ESTILOÍDE DA ULNA
FERIDA CORTO CONTUSA EM REGIÃO TEMPORAL E FRONTAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DAS LESÕES.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
			Total	0 %

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180576421 **Cidade:** Serra Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HERCULES BRITO DE SOUZA **Data do acidente:** 01/04/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO ABDOMINAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0442948/18

Número do Sinistro: 3180576421

Vítima: HERCULES BRITO DE SOUZA

CPF: 116.426.284-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/04/2018

Titular do CPF: HERCULES BRITO DE SOUZA

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentos de identificação
Outros

HERCULES BRITO DE SOUZA : 116.426.284-09

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: 26/02/2019
Nome: HERCULES BRITO DE SOUZA
CPF: 116.426.284-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/02/2019
Nome: CRISTINA LIMEIRA ALVES
CPF: 041.380.364-31

HERCULES BRITO DE SOUZA

CRISTINA LIMEIRA ALVES

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0442948/18

Vítima: HERCULES BRITO DE SOUZA

CPF: 116.426.284-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/04/2018

Titular do CPF: HERCULES BRITO DE SOUZA

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

HERCULES BRITO DE SOUZA : 116.426.284-09

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.