

Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR

Nº Sinistro: 3180537312

Vítima: HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 07/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180537312**.

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: **0414363-18** CPF da vítima: **056.447.364-23** Nome completo da vítima: **Henrique Francisco da Silva Junior**

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

Nome completo: **Henrique Francisco da Silva Junior** CPF: **056 447 364-23**
 Profissão: **Autônomo** Endereço: **Rua PST José Severino de Oliveira** Número: **251** Complemento: **Passo 02**
 Bairro: **itizeiro** Cidade: **JUAT PESSOA** Estado: **PB** CEP: **58088-785**
 E-mail: **ARTSIVOS@GMAIL.COM** Tel.(DDD): **83 98606-2797**

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: **Caixa Econômica**

AGÊNCIA: **0036** CONTA: **10356** 4
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **0036** CONTA: **10356** 4
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vitima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vitima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
 Vivos: Falecidos: Sim Não Sim Não
 Vitima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Sim Não
 Vitima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Informar dígito da vítima ou beneficiário non-alfabeticamente
 Local e Data: **JUAT PESSOA, 11/11/2018**
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO
Henrique Francisco da Silva Junior.
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

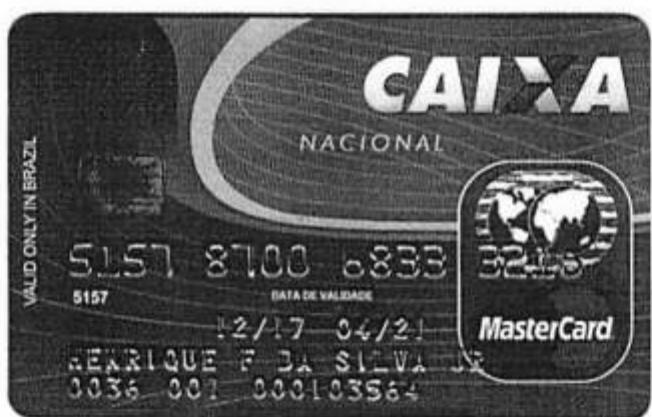
Assinatura _____

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura _____

LIFE ASSESSORIA
 14 NOV. 2018
 CORRETORA DE SEGUROS

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A RODO, na sequência, NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I/CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0333 - 2018	Responsável pelo Levantamento do Acidente: EVÂNIO TAVARES DA SILVA				Posto/Graduação: Cabo/PM
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Av. Des. Hilton Souto Maior	Hora 12:30	Bairro José Américo	Município: João Pessoa	UF PB	
Data/Ocorrência 07/05/2018	Dia da Semana Segunda-feira	C/S Vítima (QT) Com/01	Natureza do Acidente Choque	Tipo de pavimento Asfalto	Condições/Via Seca

Envolvidos no acidente (Quantidade)
02 veículos
Controle do tráfego no local
Pista dupla

CONDUTOR 01

Nome Jocilson Batista do Nascimento	Sexo Masculino	Nascimento 01/04/1983	RG 2616938
Endereço Av. Walbemar Nazarzeno, 1250, Casa-01, Geisel, PB – Tel.(083)98860-2030			
1ª Habilitação 10/04/2002	Categoria AD	Registro CNH N.º 02277884836	U.F. Ex.méd./Dia PB Sim

Exame de Embriaguez Alcoólica Sim	Destino do Condutor Permanecem no local
---	---

VEÍCULO 01

Marca/Modelo M.Benz/M.Polo	Espécie Ônibus	Placa OEY 5733	Categoria Aluguel	Município João Pessoa	U.F. PB
--------------------------------------	--------------------------	--------------------------	-----------------------------	---------------------------------	-------------------

Nome do Proprietário Santa Maria Transp. E.F. LTDA	Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 013221080548	Renavan Nº 0053836393-2	Data da Emissão 02/06/2017
--	----------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------

Defeitos Nada constatado

VERSAO DO CONDUTOR 01

Condutor declarou que: trafegava na via "A" no sentido Mangabeira – José Américo, na faixa da direita e ao parar o veículo na parada de ônibus para desembarque dos passageiros com a sinalização acionada, foi surpreendido pelo V2 colidindo na sua traseira do veículo. Obs.: o veículo se encontrava totalmente parado com os passageiros desembarcando.

CONDUTOR 02

Nome Henrique Francisco da Silva Júnior	Sexo Masculino	Nascimento 09/05/1986	RG 2920847
---	--------------------------	---------------------------------	----------------------

Endereço Rua Pastor José Severino de Oliveira, 251, Oiticicó, JP/PB – Tel.(083)98606-2797	1ª Habilitação 22/06/2004	Categoria AE	Registro CNH N.º 03309877034	U.F. Ex.méd./Dia PB Sim	Data Vencimento 08/11/2018	Usava cinto - - -	Usava Capacete - - -
---	-------------------------------------	------------------------	--	-----------------------------------	--------------------------------------	----------------------	-------------------------

Exame de Embriaguez Alcoólica Não	Destino do Condutor Conduzido ao Hospital de Trauma
---	---

VEÍCULO 02

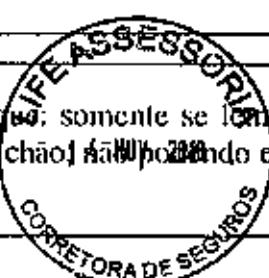
Marca/Modelo Honda Fan	Espécie Motocicleta	Placa QFB 6968	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
----------------------------------	-------------------------------	--------------------------	--------------------------------	---------------------------------	-------------------

Nome do Proprietário Henrique Francisco da Silva Júnior	Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 013220923657	Renavan Nº 0123517115-6	Data da Emissão 05/07/2017
---	----------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------

Defeitos Nada constatado

VERSAO DO CONDUTOR 02

O condutor entregou declaração no dia 25/05/2018 onde informou que somente se lembra que escureceu tudo em um momento quando se deparou com o ônibus, colidindo e vindo ao chão, não podendo evitar o acidente.



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO -
Cópia de Conformidade com o Original
B. 106/122
Assinatura

VÍTIMA 01

Nome Henrique Francisco da Silva Júnior	Sexo Masculino	Nascimento 09/05/1986
Endereço Rua Pastor José Severino de Oliveira, 251, Oiticicó, JP/PB – Tel.(083)98606-2797		
	Viajava no Veículo N° 02	Usava Cinto
Condição da Vítima Condutor	Conduzida Para Hospital de Trauma	
TESTEMUNHA 01		
Nome Renan Vieira Sales Pereira	Sexo Masculino	Nascimento 20/02/1997
Endereço Rua Cícero Gregório Lacerda, 55, Cidade dos Colibris, JP/PB – Tel.(083)98750-4435		
CPF 108.638.614-07	Identidade 3.869.115	Órgão Emissor SSP
U. F. PB		

VERSAO DA TESTEMUNHA 01

Disse que estava na parada de ônibus para embarcar no V1 que encontrava-se parado, momento que escutou um forte barulho provocado pelo choque do V2 no V1.

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: o sítio do acidente se deu na faixa da direita da via "A". Dos veículos: V1 liberado no local V2 conduzido para o pátio do BPtran para complemento de Boat, C1 permaneceu no local e o C2 socorrido para o Hospital de Trauma

João Pessoa – PB, 30 de Maio de 2018.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 11/06/2018
ASSINATURA


EXANIO TAVARES DA SILVA – Cabo PM
Responsável pelo Levantamento



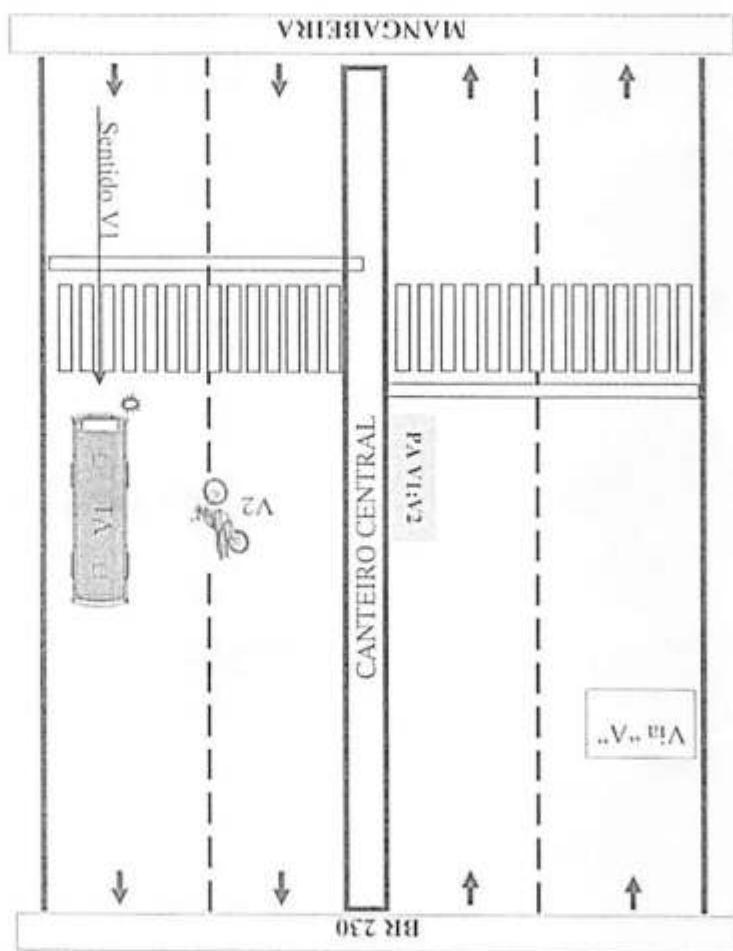


AVARIAS

DESENHO HISTÓRICO NÃO ORIGINAL - ESQ. AIA



[Signature]
EM: 331.06/2018
BATALHAO DE TRANSITO URBANO E RODOVIARIO
Copia de Confidencialidade com o Original



V1 (Veículo 01) Eixos Diâmetro Esquerdo 04,60 e Traseiro Esquerdo 04,60 metros para (PA)
V2 (Veículo 02) Eixos Diâmetro Esquerdo 03,60 e Traseiro Direito 02,80 metros para (PA)

PR (Ponto de Recrencia) Igreja Luminosa
PA (Ponto de Amargosa) Curva do metrô Ito

VIA "A" - AV. Hilton Souza Major - 07,00metros

AMARRAÇOES

CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO Nº 0333 / 2018



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
BATALHÃO DE POLÍCIA DE REGIÃO METROPOLITANA (CPR1 / CPR-II)
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO - BOAT



RECEBIDO
EM: 28/06/18
27

EM BRANCO





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA

COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 3333 / 2018

FOTOS DO V2

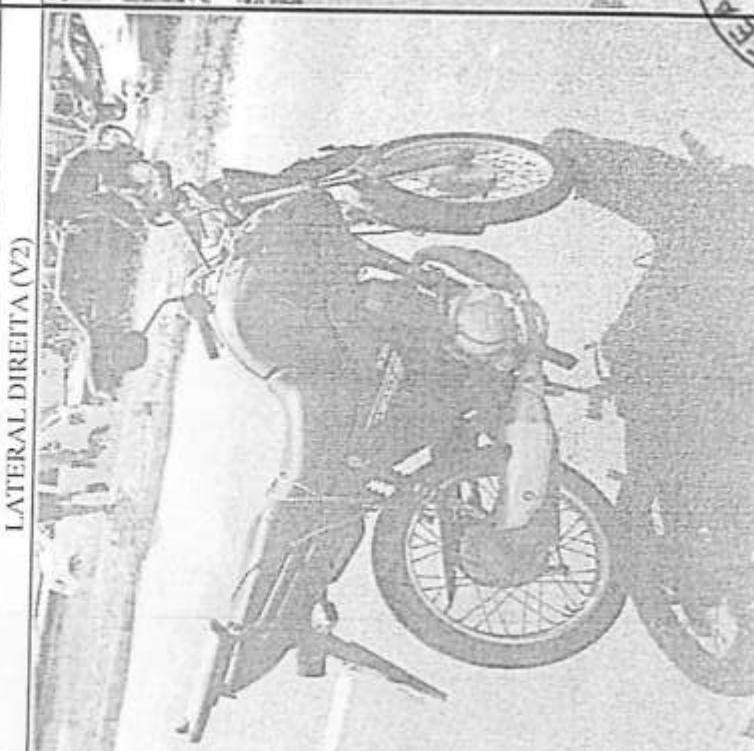
FRENTE (V2)



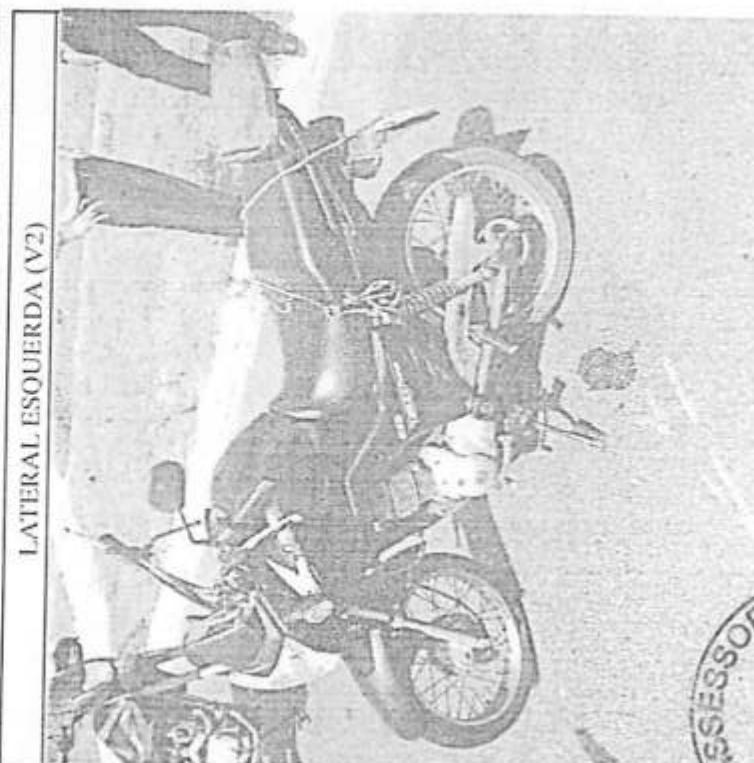
TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 11/06/2018

14 NOV. 2018

ASSINATURA
CORRETORA DE SEGUROS
LIFES
ASSSESSORIA

Evanio Lavares da Silva CB PM
Responsável pelo levantamento

ASSINATURA



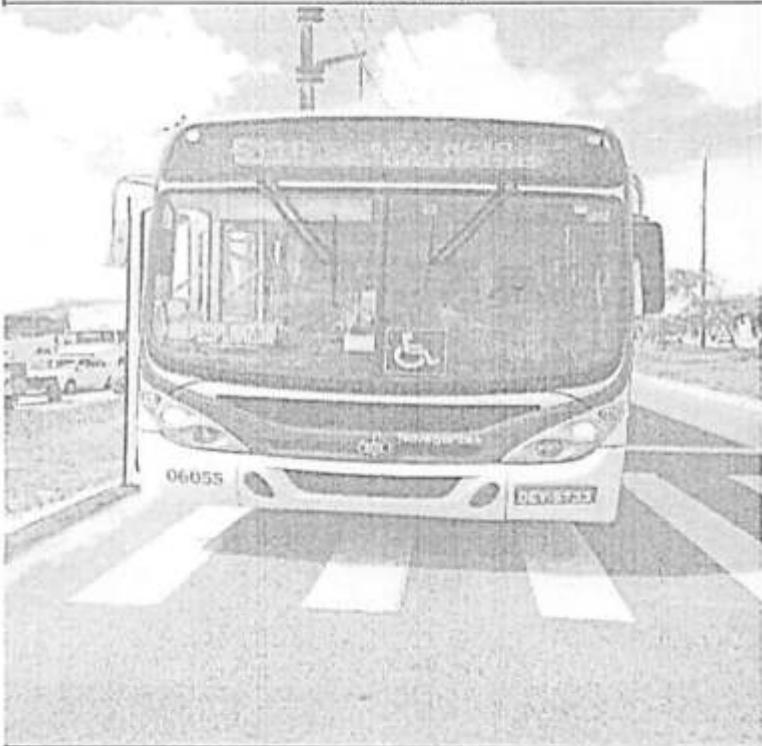
POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 333 / 2018

FOTOS DO V1

FRENTE (V1)



TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 11/06/2018

Assinatura



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS - BDAT Nº 0333 - 2018
DANOS NO V2

Marca/Modelo:	Placa:	Responsável pelo Preenchimento:	Data:
M.Benz/M.Polo	OEY 5733	Cabo Evânio	07/05/2018
ÔNIBUS E MICROONIBUS			
AVARIAS NO ACIDENTE			
Item	Descrição do componente	Valor	Sim
01	Avaria na estrutura das laterais ou do teto afetando o posto do condutor.	M	x
02	Avaria na estrutura afetando a coluna "B" da carroceria.	M	x
03	Avaria na estrutura afetando qualquer ponto de fixação das poltronas/bancos.	M	x
04	Avarias na estrutura das laterais ou do teto atingindo o compartimento interno dos passageiros podendo ultrapassar o plano que passa pela linha de referência do peltoril (parte inferior das janelas).	M	x
05	Estrutura com deformação vertical, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroceria com o chassi.	M	x
06	Estrutura com deformação lateral, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroceria com o chassi.	M	x
07	Região da carroceria e/ou do chassi termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M	x
08	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M	x
09	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina.	M	x
10	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas.	M	x
11	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G	x
12	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G	x
13	Chassi com deformação lateral maior que a altura da longarina.	G	x
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão.	M	x
15	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M	x
16	Avaria em qualquer um dos eixos.	M	x
17	Dano em qualquer componente do Sistema de Freios.	M	x
18	Região do Chassi termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	M	x
M: Item que individualmente implica em Dano de Média Monta.			G
G: Item que individualmente implica em Dano de Grande Monta.			x

Assinale abaixo o campo correspondente ao dano de maior gravidade

Dano de Pequena Monta: quando não houver nenhum item assinalado nas colunas "SIM" ou "NA"

Dano de Média Monta: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria M

Dano de Grande Monta: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria G

Observações: as avarias não chegaram a prejudicar a estrutura do veículo.

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NAO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi danificado ou não no acidente, assinalar com um X a coluna NA

SIM = Item danificado no acidente; NAO = Item não danificado no acidente; NA = Impossibilidade de avaliar o dano (Não avaliado)

DANOS NO V2

Marca/Modelo:	Placa:	Responsável pelo Preenchimento:	Data:
Honda Fan	QFB 6968	Cabo Evânio	07/05/2018

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA		Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro		x		05	Chassi		x
02	Mesa superior da suspensão dianteira		x		06	Garfo traseiro		x
03	Mesa inferior da suspensão dianteira	x			07	Eixo traseiro (triciclos)		
04	Coluna de direção	x				Total Geral (Sim + NA)		

Observações: as avarias não chegaram a prejudicar a estrutura do veículo.

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 → DANO DE PEQUENA MONTA

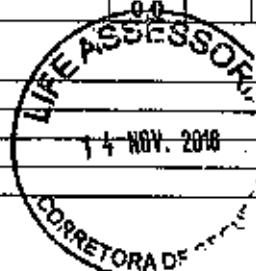
Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 → DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 → DANO DE GRANDE MONTA

João pessoa-PB, 30 de Maio de 2018.

EVÂNIO TAVARES DA SILVA - Cabo PM
Responsável pelo Levantamento

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 11/06/2018
ASSINATURA



EM BRANCO



VISTO EM: 20/06/18

[Signature]
Comandante do BAPH
TEN. CEL. QOBM-521.280.4

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES

João Pessoa-PB, 20 de Junho de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 0261/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 07/05/2018, conforme requerimento nº 0266/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 12h52min o/a Sr.(a) **HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR**, CPF nº 056.447.364-23 vítima de acidente de (colisão (moto x ônibus)), ocorrido na Av. Hilton Sloto Maior, José Américo – João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-48, tendo como chefe o **SOLDADO BM JORGE LUIZ DA SILVA BARBOSA**, Matrícula 525.904-5. Vítima consciente e orientada, com fratura exposta no membro superior e suspeita de fratura em membro inferior e na clavícula. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza** - CB BM, Mat. 523.518-9, (_____) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

[Signature]
JYHARMESON DIEGO A. DE SOUSA
2º TEN / MAT. 527.341-2
Chefe da 3ª Seção



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: 29/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000010356-4

Nr. da Autenticação A64030CFE6FFD9FC



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaripe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

69745480

REFERENCIA

JUN/2018

CONT. 11 CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

HENRIQUE FRANCISCO S JUNIOR
RUA PST JOSE SEVERINO DE OLIVEIRA, 251 - CS/92 -
DITIZEIRO JOAO PESSOA PB 58088-785

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Outros	
001.013.240.093.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A10F146709	12/07/2010	EXT LACR	ABALADO	FACTIVEL		
ANTERIOR + ATUAL + CONSUMO (H3) + NBR DE DIAS + PRÓXIMA LEITURA		30				
587 - 588 = 1						
13/07/2018						
INST. CONS./AHOR. LEIT.1 QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
MAR/2018	24	8	PARÂMETROS	ESTG.	ANALIS.	CONFORMES
ABR/2018	114	0	TURBIDEZ	268	287	284
MAR/2018	3	6	CLORO	268	287	284
FEV/2018	6	0	COL. TERMO	0	0	0
JAN/2018	7	0	COR	73	113	112
DEZ/2017	5	0	COL. TOTAIS	268	287	287
MEDIA(H3)	5		DADOS REFERENTES A: ABR/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 14/06/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 10:05:00

CONSUMO TOTAL(R\$)

DESCRICAÇÃO

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

1 H3

37,91

ESGOTO

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ESGOTO

1 H3

30,-

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,01 PIS E CONFINS 111 12.741/12
VENCIMENTO: 26/06/2018 Total a Pagar: R\$ 68,24



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDICÃO DE FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR



MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
69745480	JUN/2018	26/06/2018	R\$ 68,24





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR
DATA DE NASCIMENTO	09/05/86
NOME DA MÃE	SILVANA DE OLIVEIRA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.080.438
DATA DO ATENDIMENTO	07/05/18
HORA DO ATENDIMENTO	13:32
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO.
CID 10	T14.9

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor em ombro direito e fratura exposta em membro inferior direito(sic). Glasgow 15. Não consta exames que comprovem a fratura de MIE.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de bacia
RX de coxa direita
RX de joelho direito
RX de perna direita
RX de ombro direito



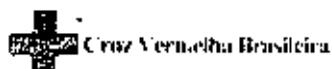
TRATAMENTO:

Atendimento inicial.

ALTA HOSPITALAR:	07/05/18
DATA DA EMISSÃO:	13/08/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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



AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 53031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR	BAE 1080438	Data/Hora Entrada 07/05/2018 13:32:56	Data Saída
Data de nascimento 08/05/1986	Idade 31a 11m 28d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 86062797
Mãe SILVANA DE OLIVEIRA SILVA			Procurador
Endereço Pastor José Severino de Oliveira, 251	Beiço Olízeiro	Município JOÃO PESSOA	UF PB
Acidente MOTOCICLETA X ONIBUS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EDUARDO MOTTA BRAGA	INF Cons. Regional 7263/PB
Data/Hora Classificação 07/05/2018 13:32:56		Data/Hora Prescrição 07/05/2018 13:40:10	

Anamnese

ACIDENTE MOTOCICLETA SEM TCE
FRATURA EXPOSTA MEMBRO INFERIOR DIREITO
DOR OMBRO DIREITO

ABD: FLACIDO, INDOLOR
TORAX: SEM ALTERAÇÕES
NEURO: SEM ALTERAÇÕES

CD: RX TRAUMA
AVALIAÇÃO ORTOPEDIA
ALTA CIRURGIA GERAL

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE Perna DIREITA

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO (TRES POSICOES)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Eduardo Motta (11-1
Dr. Geral / Urologia
cel- 83723 / DM-241847

HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR

EDUARDO MOTTA BRAGA
(7263/PB)





zu Vermittlung
der Freiheit

ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Usuário: TORIBIO GOMES
Bdedit: 1080438

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aparazamento
1 CEFALOTINA 1G	2000.0	MG	Observação: 2 G EV	E.V.		AGORA	
2 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.		AGORA	
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		AGORA	

TORIBIO GOMES PEREIRA
CBM-8350



CERTIDÃO

Nº. 1315/2018

Atendendo solicitação de HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JR e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 126986 e Prontuário de Nº 2017.08.001265, pertencentes a HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JR que foi atendido dia 10/05/2018 às 08H30min, vítima de colisão moto x ônibus, apresentando trauma em perna direita.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta da tibia proximal direita. Realizado procedimentos cirúrgicos dias 07/05/2018 e 22/05/2018, com alta médica dia 24/05/2018.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 26 de setembro de 2018



Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959





FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Ficha nº	Data do Atendimento	Hora do Atendimento 16:30hs.		
Paciente	Sexo / /			Idade
Henrique Francisco da Silva Júnior	End			
Documento	2820847	R. Alcides Marques 30302-250		Nº 25
Bairro	Altos dos Montes	Cidade	UF PE	CEP
Pai	Henrique Francisco da Silva	Mãe	Silvana da Oliveira Silva	
Responsável		Procedência		
Telefone	53750-3840	Celular	Clínica Odontopedia	

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulso
<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Chocado	<input type="checkbox"/> Hemorrágico	
Acidente de Trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				

HISTÓRIA



EXAME FÍSICO

P.A.	Pulso	Temperatura	Respiração
------	-------	-------------	------------



EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

MEDICAÇÃO PRESCRITA:

⑦ *Fractura clavicular*

PROCEDIMENTO REALIZADO:

ALTA MÉDICA: Data: / / Hora: :

INTERNAMENTO TRANSFERÊNCIA

OBSERVAÇÃO:

Fractura de clavícula

ASSINATURA DO PACIENTE

ASS. MÉDICO / CARIMBO

A CARGO DO SUS

PROCEDIMENTO	ESP.	TIPO	GRUPO	F.ETARIA
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1

REVISOR/CARIMBO

PRÆFÉITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 126986 Atd: Nao Regulac
Data: 10/05/2018
Hora: 08:30:11
Recepctionista: GEOVANA DO SANTOS
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR Num. de vezes atendido: 2
Num. Prontuario: 2017.08.001265

CNS: 704603106505828 Sexo: M IDENTIDADE: 2920847 Fone: 986062797

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 09/05/1986 Id: 32 ano(s)

End.: RUA PASTOR JOSE SEVERINO DE OLIVEIRA,251

Bairro: OITIZEIRO Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: SILVANA DE OLIVEIRA SILVA Pai: HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AUTONOMO Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: ESPOSA-JULIANA FERREIRA

Te1/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO MOTOXONIBUS MEIO DIA

Vitima de violência por: JOSE AMERICO CONDUTOR N BEBEU

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

		CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO	
PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2s:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Vomito	
		Observacao	

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnóstico

Conduta



Prescrição

Horário da medicacão

1

1



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

**GOVERNO
DA PARAÍBA**
+ Paraíba Rondonia

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Receituário

Paciente: HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR
Idade: 31
Data: 07/05/2018 14:53:04
Sexo: Masculino
CPF: Não Informado
BAE: 1080438

PACIENTE APRESENTANDO FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA D
EXPOSTA.
AO ORTOTRAUMA CONFORME PACTUAÇÃO

FEITO: TRAMAL 100MG, CETOPROFENO 100NG, DIPIRONA 1G, CEFALOTINA 2G

Receituário

Paciente: HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR
Idade: 31
Data: 07/05/2018 14:53:04
Sexo: Masculino
CPF: Não Informado
BAE: 1080438

PACIENTE APRESENTANDO FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA D
EXPOSTA.
AO ORTOTRAUMA CONFORME PACTUAÇÃO

FEITO: TRAMAL 100MG, CETOPROFENO 100NG, DIPIRONA 1G, CEFALOTINA 2G



Dr. Toribio Gomes Pereira
Dr. Toribio Gomes Pereira
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM: 8350

Dr. TORIBIO GOMES PEREIRA
Dr. TORIBIO GOMES PEREIRA
6350/PB

Dr. Toribio Gomes Pereira
Dr. Toribio Gomes Pereira
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM: 8350

Dr. TORIBIO GOMES PEREIRA
Dr. TORIBIO GOMES PEREIRA
6350/PB

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

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

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Henrique Francisco Soárez Júnior Data da Admissão: 1/1/
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
 Endereço: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Cidade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Sexo: F M Cor: _____ Data de Nascimento: 1/1
 Escolaridade: _____
 QPD: F, exerto teto presinal + levado tendas Pátio
 ADA: + levado praça da gaúcho
Muscular preservada
 Medicções em uso: _____



Interrogatório Sintomatológico:

Geral: Febre Astenia Anorexia Perda de Peso _____ Kg em _____ Prurido Sudorese
 Calafrios Alopecia Adenomegalias Ictericia Tonturas Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoco: Cefaléia Espirros Rinorréia Obstrução Nasal Epistaxe
 Dor de Garganta Bócio Rouquidão Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: Dor _____ Tosse Expectorção Hemoptise
 Dispneia Palpitações Desmaio Cianose Edema _____ Outros: _____

ABD: Dor _____ Pirose Soluço Regurgitação Hematêmese Náuseas
 Vômitos Dispepsia Diarréia Melena Enterorragia Constipação Aumento de volume

AGU: Disúria Incontinência Retenção Poliúria Oligúria Noctúria Hematuria
 Mal Cheiro Corrimento Outras: _____

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

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



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Henrique Francisco da Silveira Tavares</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: L:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO		CID
<i>Px exposto fibro prolif D.</i>		

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO		CID
<i>Onco</i>		

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)		CÓDIGO
<i>Exércaão extera</i>		



Acidente durante Ato Cirúrgico	1 () Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não	Descreva:
Biópsia de Congelação:	1 () Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Enfermaria 2(<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3(<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico		



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>HENRIQUE FRANCISCO DA S.</u>				Registro: <u>Juvenal</u>	
Idade: <u>22</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u></u>	Clinica: <u></u>	EMP: <u></u>	LR: <u></u>
Data: <u>22/05/18</u>	Surgeão: <u>Dr. Pacelli</u>			1º Assistente: <u>Dr. Roberto</u>	
2º Assistente: <u>LEONARDO</u>	3º Assistente: <u></u>			Instrumentador: <u>SANTOS</u>	
Anestesista: <u></u>	Tipo-Anestesia: <u></u>		Horário: <u>I</u>	<u>T:</u>	

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
<p>— Fratura exposta de TÍBIA notável (D)</p> <p>— Em uso de fixador externo</p>	
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO	CID

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO
<p>— Remoção de fixador externo</p> <p>— Realizado osteossíntese em TÍBIA (D)</p>	



Acidente durante Ato Cirúrgico	1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim 2 (<input type="checkbox"/>) Não	Descreva:
Biópsia de Congelação:	1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Enfermaria 2(<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3(<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico		

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) PACIENTE E. DDH S/ S ANESTESIA GERAL
- 2) ASSSLSIA + ANTISSLSIA
- 3) APOSEIÇÃO DE CAMPAS ESTÉTICAS

Incisão:

- 4) FEITA DUAS INCISÕES E PERNAS:
 - ANTERO LATERAL
 - POSTERIOR MEDIAL

Achados:

- 5) REALIZADO UMA INCISÃO E REGIÃO DA CINTA ILÍACA E P/ RETIRADA DE ENXATO
- 6) ENCONTRADO FRACTURA COMINUTIVA CONDUZIDA P/ PROXIMAL E TIBIA QUADRÍNGUELO + PERDA OSSÍEA
- 7) ABDOMEN ABERTA
- 8) FIXAÇÃO DA FRACTURA COM DUAS PLACAS
 - LATERALMENTE PLACA "T" 8 FUNDOS
 - MEDIALMENTE PLACA "L" 6 FUNDOS + RAMIFUSOS

- 9) RETIRADO ENXATO DA CINTA ILÍACA ESQUERDA E COLOCADO A FRACTURA TIBIA

Fechamento:
OSSEOS A REGIÃO METATARSÍNIA DA TIBIA

- 10) SUTURA P/ PLANOS + CINTO

OBS:
i) Dx DE CORROZÃO

MARCA P/ DR. FERREIRA

Data: 22/05/18

Jr Leonardo Torres
Médico
CRM/PB 10336

MÉDICO/CRM

14 NOV. 2010

CORRETORA DE SEGUROS



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOOME: Henrique Francisco de
Silva Júnior

Residente Médico

Motivo para os devidos fins
que o Sr. Henrique Francisco
de Silva Júnior, no nome
serviço desde o dia 10/05/18,
com Patologia de L20 (582),
agendando cirurgia ortopédica.

J. Pense

15/05/18

Dr. Fabio Beltrão
Médico
CRM 8413 PB

Assinatura e Carimbo



Placa QF	PROTÓCOLO : 201400003640512	TOMBAMENTO : PL.2014.0990.023	
Processo	REQUERENTE: HENRIQUE FRANCISCO DA S JUNIOR	AR:	
-----	CIRETRAN : 00 JOAO PESSOA	LOTE:	
X 2014000036	DATA DA AUTUACAO: 20/08/2014	HORA DA AUTUACAO: 11:36:15.4	
- 2015000029	ANO LIC.: 2014 OBS:		
- 2016000029			
- 2017000024	CADASTRAMENTO LOCAL	SITUACAO	MATRICULA
- 2018000037			
	20/08/2014 ATENDIM ABERTO	11805	
	20/08/2014 ATENDIM ENTRADA/TRIAGEM REALIZADA	11805	
	20/08/2014 ATENDIM ASSINATURA CONFIRMADA EM	11805	
	20/08/2014 DIG.DES SOLIC ENVIADA PLACA/TARJ	99999	
	F7 F8 +PAG F10 Ant F11		
	PF NAO DEFINIDA.		

F3 Volta

F7 F8

Assessoria de Seguros
Chefe da Divisão de
Assessoria de Seguros



Sistema Integrado DETRAN
Modulo de Processos
DETPV007 - Consulta Processos por Placa

09/11/18
15:23:12
==> CPL Codata

Placa	QFB6968	Processo	Motivo do Processo	Responsavel Ultima Situacao
201400003640512	PRIMEIROEMPLACAMENTO			27/08/2014 LACRACAO REALIZAD
201500002947710	RENOVACAO ANUAL LICENCIAMENTO			10/07/2015 SERIE ATRIBUIDA/C
201600002947302	RENOVACAO ANUAL LICENCIAMENTO			12/07/2016 SERIE ATRIBUIDA/C
201700002423450	RENOVACAO ANUAL LICENCIAMENTO			05/07/2017 SERIE ATRIBUIDA/C
201800003737407	AQUISICAO DE VEICULO			27/08/2018 ARQUIVADO

F3 Volta F7 F8

Antônio Nilo Andrade Pereira Nilo
Chefe da Divisão de
Vistorias de Veículos



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180537312 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA **Data do acidente:** 07/05/2018 **Seguradora:** MONGERAL AEGON
JUNIOR

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA PROXIMAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

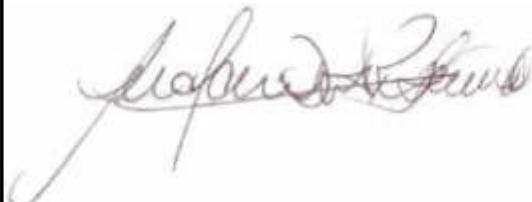
Grupo: EQ3

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Homem que fumava da Silva Júnior
 DATA DO ACIDENTE 05/04/2018 CPF DA VÍTIMA 056.444.364-23
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Homem que fumava da Silva Júnior
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTEESCO COM A VÍTIMA
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua PST José Silvânia da Ouvidoria
 Nº 251 COMPLEMENTO 0502 BAIRRO Olaria
 CIDADE Jacarépagua UF RJ CEP 262088-185
 E-MAIL AKTS.005@gmail.com TELEFONE (21) 98606-2797

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA.

BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
 INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURADORA.COM.BR OU LIGUE 1411512018

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

DATA 14/11/2018 IDENTIDADE 2920844 ASSINATURA Henrique Biondele
 NOME Henrique Biondele ASSINATURA DE SEGURADORA Assessoria
 DATA 14/11/2018 IDENTIDADE 1411512018 ASSINATURA DE SEGURADORA Assessoria

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180537312 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA **Data do acidente:** 07/05/2018 **Seguradora:** MONGERAL AEGON
JUNIOR SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA PROXIMAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414363/18

Vítima: HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR

CPF: 056.447.364-23

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/05/2018

Titular do CPF: HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR : 056.447.364-23

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 14/11/2018

Nome: HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR
CPF: 056.447.364-23

Data do cadastramento: 14/11/2018

Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



()



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPRENSATRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados ao Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180537312 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIFE ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA

BENEFICIÁRIO HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR

CPF/CNPJ: 05644736423

Posição em 31-07-2019 11:46:41

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

29/11/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50
------------	--------------	----------	--------------

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
17/11/2018	Aviso de Sinistro	 https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/Xz4Bg13vDaMbnx7eeWXTvg==api_key=ojQ3WIRpxnExqB6Kfd3Bd0RbU__h__bl16mYOyoZRg2g8=

[Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT](#)

- › Chat - Atendimento On-line ([/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line](#))
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões ([/Contato/Duvidas-Reclamacoess-e-Sugestoes](#))
- › Telefones de Contato ([/Contato/telefones-de-contato](#))
- › Ouvidoria ([/Contato/Ouvidoria](#))
- › Canal de Denúncias ([/Contato/canal-de-Denuncias](#))
- › Mapa do Site ([/Mapa-do-Site](#))
- › Consumidor.gov (<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

Termos de uso e política de privacidade ([/Pages/Termos-de-Uso.aspx](#))