
Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190040632

Vítima: EMANUEL SANTOS PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 28/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EMANUEL SANTOS PEREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190040632

Vítima: EMANUEL SANTOS PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 28/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EMANUEL SANTOS PEREIRA DA SILVA

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

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



Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190040632

Vítima: EMANUEL SANTOS PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 28/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), EMANUEL SANTOS PEREIRA DA SILVA

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

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura 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





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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 415.014.354-18 Nome completo da vítima: Emmanuel Santos Pereira da Silva

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

Nome completo: Emmanuel Santos Pereira da Silva CPF: 415.014.354-18
Profissão: Soldado Endereço: R. Justiniano Monteiro Número: 378 Complemento: Casa
Bairro: Alto da Boa Vista Cidade: Boqueirão Estado: PB CEP: 58308-450
E-mail: mira076@hotmail.com Tel. (DDD): (083) 9-9605-9271

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

DADOS CADASTRAIS

REDA MENSAL:

☐ RECURSO 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)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 2849 6 CONTA: 43493 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: 12/05/2018
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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 ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
(não obrigatório)

Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a danhar ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05

Ouvdoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

115.014.354-18

Emmanuel Santos Pereira Da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Emmanuel Santos Pereira Da Silva		CPF titular da conta	Profissão
Endereço Justiniano Monteiro		Número 318	Complemento
Bairro Alto da Boa Vista	Cidade Bayeux	Estado PB	CEP 58308450
Email Santosemanuel743@gmail.com		Telefone (DDD)	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

BANCO Nome		NRO.	
Banco do Brasil			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
8849	3	43492	0
(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.

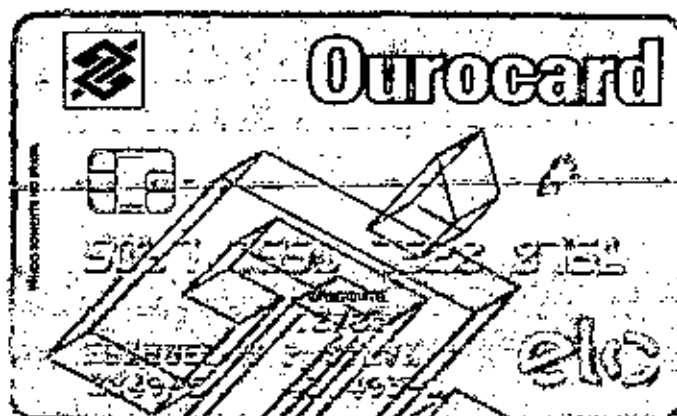
Bayeux PB, 09 de janeiro de 2019

Local e Data

Emmanuel Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Boletim de ocorrência



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01966.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01966.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:50 horas do dia 16 de outubro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu Emanuel Santos Pereira da Silva, CPF nº 115.014.354-18, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Soldado do Exército, filho(a) de Francisca Grangeiro dos Santos e Elinaldo Pereira da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 03/05/1999 (19 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Justiniano Monteiro, Nº 318, bairro Alto da Boa Vista, tendo como ponto de referência Rede Unilojas, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 99605-9271.

Dados do(s) Fatos:

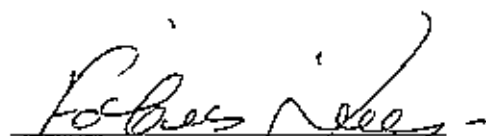
Local: Av. Pres. Epitácio Pessoa, Próximo Ao Hospital de Guarnição, Sentido Praia, João Pessoa/PB, bairro Bairro dos Estados; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/04/18 16:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

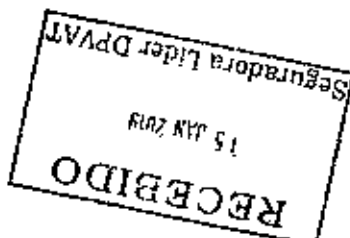
Que estava na garupa da MOTOCICLETA HONDA/POP 110i, PRETA, 2017/2017, PLACA QFU3334/PB, CHASSI 9C2JB0100HR278171, registrada em nome de Marcos Welysson Pires de Santana e sendo conduzida por Marcos Welysson Pires de Santana, quando foram atingidos por um CARRO NÃO IDENTIFICADO vindo a cair em ao solo; Que o noticiante não lembra detalhes do acidente; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBIA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 03.08.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) em veículo particular; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

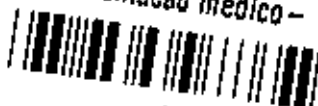
João Pessoa/PB, 16 de outubro de 2018.


FABIANA DE LIMA BÉZERRA
Agente de Investigação


EMANUEL SANTOS PEREIRA DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 01966.01.2018.1.00.420



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Emanuel Santos Pereira da Silva
DATA DE NASCIMENTO 03/05/99
NOME DA MÃE Francisca Grangeiro dos Santos

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 108457
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1078744
DATA DO ATENDIMENTO 28/04/18
HORA DO ATENDIMENTO 16:45
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto (veículo x moto)
DIAGNÓSTICO (S) HSDA
CID 10 S06.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de atropelamento (sic) glasgow 09, submetido a entubação orotraqueal, pupilas anisocóricas D> E. Avaliado pela Neurocirurgia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio

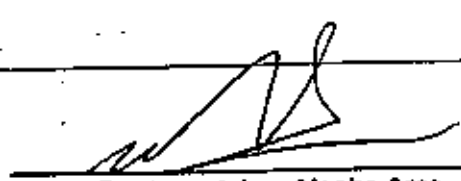
RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: HSDA

TRATAMENTO:

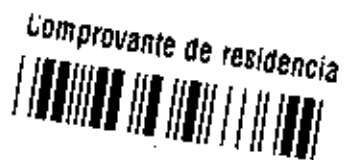
Tratamento cirúrgico de HSDA, Craniectomia descompressiva.

ALTA HOSPITALAR: 06/05/18
DATA DA EMISSÃO: 03/08/18


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Emanuel Santa Pereira da Silva,

RG nº 4.022.558, data de expedição 09/01/29, Órgão Conceição,

CPF nº 415.014.354-18, 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:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Justino de Azevedo</u>
Número	<u>328</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>Alto Da Boa Vista</u>
Cidade	<u>Salgueiro</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58308-450</u>
Telefone de Contato (83)	<u>99605-9241</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Salgueiro PB 09/01/29

Assinatura do Declarante: Emanuel Santa

ELINALDO PEREIRA DA SILVA
RUA JUSTINO MONTENEGRO, 218 - ALTO DA VISTA
BAYEUX / PB CEP: 56209-900 (AC - 1)

Emissão 11/12/2018 Referência Dez / 2018
Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B123, Km 25 - Distrito Rural - João Pessoa / PB - CEP 58071-690
Roteiro: 6 - 8 - 710 - 8820 IP medidor: 00001347352



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.518.300/0001-49 - Insc. Est. 15.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000.256.095
Cód. para DTA Autenticação: 00004195178

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Dez / 2018	11/12/2018	11/01/2019	826.626.064-87

UC (Unidade Consumidora): 5/419517-8

Canal de contato

MENSAGEM TARIFA SOCIAL - ATENÇÃO:
Seu benefício foi cancelado porque sua família não atualizou os dados no cadastro único. Para obter informações acesse o site 0800 701 5003 - Motivo: Revogado cadastro 2018.
- Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018.
Reservista, apresente-se na sua Organização Matriz.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
21/11/18	20172	11/12/18	20938	
Demonstrativo				
CC - Direção	Quantidade	Tarifa U	Valor Base Calc	Alc. Impo (R\$)
				Base Calc
				Per (R\$)
				Cofin (R\$)
0001 Consumo em kWh	136,000 0,854400	115,18	115,18 27	31,22 115,18 1,26 5,80
0501 Adc. B. Amarela		1,25	1,25 27	0,83 1,25 0,01 0,05
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIBUIÇÃO LLUV PUBLICA		7,85	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0804 JUROS DE MORA 10/2018		0,85	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0806 JUROS DE MORA 11/2018		0,41	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0906 MULTA 10/2018		1,39	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0905 MULTA 11/2018		1,82	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0905 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018		0,57	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00

CCL Cálculo de Conservação do Set TOTAL: 130,20 117,44 31,70 117,44 1,27 5,80
Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

130 18/12/2018 R\$ 130,20
Histórico de Consumo (kWh)

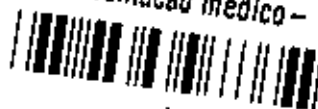
130	149	182	190	196	220	117	127	122	111	113	142
Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Sep/18	Out/18	Nov/18

RESERVADO AO FISCO

3d06.92b6.e25d.4edc.b6e7.e132.0412.0bd4.

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
CYC MENSAL	5,85	0,00	NOMINAL	Serviços de Dist. de Energia PB	37,89	21,43
DC TRIMESTRAL	11,10			Compreensão	30,78	20,55
DC ANUAL	22,21		CONTRATADA	Serviço de Transmissão	4,34	2,93
PC MENSAL	5,85	0,00		Encargos Extra-Setor	6,80	4,07
PC TRIMESTRAL	11,10		LÍMITE SUPERIOR	Impostos, Devidos e Encargos	51,58	39,82
PC ANUAL	22,21	0,00		Outros Serviços	0,00	0,00
DAVC	12,22			Total	130,20	100,00
DICD	12,22					

ATENÇÃO: Pagamentos em atraso



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Emanuel Santos Pereira da Silva
DATA DE NASCIMENTO 03/05/99
NOME DA MÃE Francisca Grangeiro dos Santos

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 108457
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1078744
DATA DO ATENDIMENTO 28/04/18
HORA DO ATENDIMENTO 16:45
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto (veículo x moto)
DIAGNÓSTICO (S) HSDA
CID 10 S06.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de atropelamento (sic) glasgow 09, submetido a entubação orotraqueal, pupilas anisocóricas D> E. Avaliado, pela Neurocirurgia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio

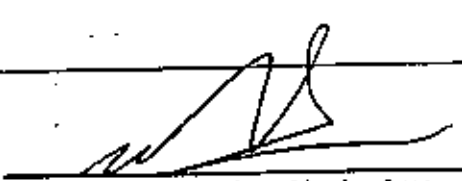
RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: HSDA

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de HSDA, Craniectomia descompressiva.

ALTA HOSPITALAR: 06/05/18
DATA DA EMISSÃO: 03/08/18


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

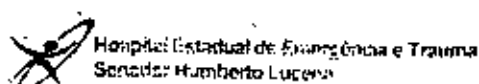
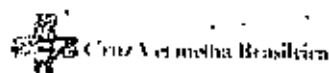
RUA PEDRO GONDIM, S/N - CNES: 122343 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1078744



Identificação do paciente						
ID 1284413	Nome EMANUEL SANTOS PEREIRA DA SILVA		Sexo Masculino			
Data de nascimento 03/05/1998	Idade 19 anos 12 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 108467		
Mãe FRANCISCA GRANGETO DOS SANTOS	Pai ELINALDO PEREIRA DA SILVA					
Escolaridade	Responsável (Pareceres)					
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988369699	DDD Fixo 83	Fone Fixo 887967301			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4022558	Nº Cnt 700207990152722				
Local de procedência AV EPITÁCIO PESSOA	Tipo BARRIO		UF PB			
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CBOA				
Endereço						
CEP 58308450	Município de residência BAYEUX	UF PB	Logradouro JUSTINIÃO MONTEIRO			
Número 318	Complemento	Bairro ALTO DA BOA VISTA				
Admissão						
Data e Hora 28/04/2018 16:45:23	Número de Suseltra 1000005136468		Convênio SUS			
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica CLÍNICA TRAUMA E GERAL					
Classificação de risco	Origem do paciente RUA					
Centro de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Caso oficial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Modo de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA X mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrassonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						
Atendido por ANA CARLA FELICIANO DA SILVA						Tempo 01min 53seg

Imprimir



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente EMANUEL SANTOS PEREIRA DA SILVA	BAE 1078744	Data/Hora Entrada 28/04/2018 16:45:23	Data Baixa
Data de nascimento 03/05/1999	Idade 18a 11m 26d	Sexo Masculino	CNS 706207990152722
Mãe FRANCISCA GRANGEIRO DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 988389699 / (83) 987967301
Endereço JUSTINIANO MONTEIRO, 318	Bairro ALTO DA BOA VISTA	Município BAYEUX	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EMERSON MAGNO FERNANDES DE ANDRADE	Nº Cons. Regional 6215/PB
Data/Hora Classificação 28/04/2018 16:45:23		Data/Hora Prescrição 28/04/2018 21:22:52	

Anamnese

EUROCIRURGIA#

IENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO (SIC), ADMITIDO INICIALMENTE COM GLASGOW 09 E SUBMETIDO A INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL E MANTIDO SOB SEDAÇÃO POR EQUIPE DA EMERGÊNCIA.

-AO EXAME INICIAL:

SOB SEDAÇÃO E INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

PUPILAS ANISOCÓRICAS (D>E)

HEMODYNAMICAMENTE ESTÁVEL

-TC DE CRÂNIO:

HEMATOMA SUBDURAL AGUDO FRONTOTEMPOROPARIETAL DIREITO ASSOCIADO A DESVIO DA LINHA MÉDIA (>1,2 CM)

-HD:

1- TCE GRAVE

2- HSDA

3- POLITRAUMATISMO

-CD:

REALIZADA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HEMATOMA SUBDURAL AGUDO

IENTE ENCAMINHADO PARA URPA

PORTO CLÍNICO

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H, DURANTE 24 HORA(S)

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

Diluir

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

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

Diluir

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

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

Diluir

Boletim registrado por: CARLA FREDERICA LINS em 28/04/2018 16:17:16

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



Casa Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778896

Paciente EMANUEL SANTOS PEREIRA DA SILVA	BAE 1078744	Data/Hora Entrada 28/04/2018 16:45:23	Cada. Baixa
Data de nascimento 03/05/1995	Idade 18a 11m 25d	Sexo Masculino	CNS 700207980102722
Mãe FRANCISCA GRANGEIRO DOS SANTOS			Telefone do Contato (53) 988389699 / (83) 987967301
Endereço JUSTINIANO MONTEIRO, 318	Bairro ALTO DA BOA VISTA	Município SAVELUX	UF PB
Acidente OUTROS	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional ALDENIO AMORIM DE LIMA	Nº Cons: Regional 5815/PB
Data/Hora Classificação 28/04/2018 16:45:23		Data/Hora Prescrição 28/04/2018 17:26:52	

Anamnese
PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO, GLASGOW 09, AR E AC SEM ALTERAÇÕES. ABDOME DEPRESSIVEL NO MOMENTO, PA=110X60mmHg, FC=71 BPM, CONSCIENTE; PACIENTE MANTIDO EM VENTILAÇÃO MECÂNICA VIA TOT COM SEDAÇÃO. SOLICITO EXAMES DE ROTINA DO TRAUMA E TC DE CRÂNIO E COLUNA CERVICAL. PARECER DA NEUROCIRURGIA E ORTOPEDIA.

MEDICAÇÃO
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 8/8H, DURANTE 1 HORA(S)
Diluir
ONDANSETRON 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), DILUIR 4,0 ML
ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 ML VIA E.V., 12/12H, DURANTE 60 MIN(S)
Diluir
OMEPRAZOL 40MG INJETÁVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 40,0 MG
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 12/12H, DURANTE 12 HORA(S) (OBSERVAÇÕES: EM BIC 15ML/H OU ACM)
Oral
FENTANILA 0,05 MG/ML INJETÁVEL (FRASCO-AMPOLA 10ML), DILUIR 30,0 ML
MIDAZOLAM 50MG/10ML INJETÁVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 50,0 ML VIA E.V., CONTINUA, (OBSERVAÇÕES: MIDAZOLAM 05 AMPOLAS + 200ML SF0,9% - IV EM BIC - 30ML/H OU ACM)
SORO ANTITETÂNICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, 1X AO DIA, 0,0 (MG/5M)

CUIDADOS
SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA
SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA
SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO, (OBSERVAÇÕES: BMF)

EXAME LABORATORIAL
HEMOGRAMA
PROTEÍNA C REATIVA (PCR)
COAGULÓGRAMA COMPLETO
LACTATO

EXAME DE IMAGEM
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: GLASGOW 09; AMSOCORIA)
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)
RADIOGRAFIA DE BACIA
ULTRASSONOGRAFIA - ABDOMEN TOTAL, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: +FAST)
RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLÍQUA + 3 AXIAIS)
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

CID10
Código Descrição
S01.01 Lesão por queda de altura por veículo motorizado, sem contato com o veículo

Assinatura
ALDENIO AMORIM DE LIMA
CIR. GERAL e CIR. VASCULAR
CRM-PB 3815



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estímulo ao Desenvolvimento e Trauma
Serviço: NeurocirurgiaGOVERNO
DO ESTADOURPA, S/N - 110A
CNES: 1256673 - Tel.Impresso por: LEONARDO
PEREIRA DA COSTA MATIAS
Em: 30/04/2018 10:30:26

Paciente EMANUEL SANTOS PEREIRA DA SILVA		Bolacha do Atendimento 1078744	Data/Hora Entrada 28/04/2018 16:45:23	Data/Hora Saída
Data de nascimento 03/05/1999	Idade 18	Sexo Masculino	CNS 700207990152722	Procedimento 102457
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MÉDICA (LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS - 30/04/2018 10:30:26)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

NEUROCIRURGIA

TCE GRAVE

ADMISSÃO 28.04.2018

PO (28/04/18) CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA + DRENAGEM DE HEMATOMA SUBDURAL AGUDO À DIREITA.

AO EXAME: SEDADO, RAMSAY V.

PUPILAS ISO MIÓTICAS.

IOT, SOB VM.

HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, SI/DVA.

TC DE CRÂNIO: COLEÇÃO RESIDUAL, COM MELHORA IMPORTANTE DO EFEITO DE MASSA. ESTRUTURAS DA LINHA MEDIANA SEM DESVIOS SIGNIFICATIVOS. CISTERNAS DA BASE LIVRES.

CD.: SUPORTE INTENSIVO - VAGA DE UTI.

PROGREDIR DESMAME VM.

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA EXTRA 14

Profissional responsável pela informação: LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS

Assinatura: [Assinatura]

Nome: [Nome]

CRM: [CRM]

Número Conselho: 6028



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Santidade Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

POSTO URPA

Endereço: URPA, S/N, NDA, JOAO PESSOA - PB, 88888888

Tel:

CNES: 1256678

Paciente EMANUEL SANTOS PEREIRA DA SILVA		BAE 1076744	Data/Hora Entrada 28/04/2018 16:45:23	Data Baixa
Data de nascimento 03/05/1999	Idade 18a 11m 27d	Sexo Masculino	CNS 700207090152722	Telefone de Contato (83) 88838889 / (83) 987967301
Mãe FRANCISCA GRANGEIRO DOS SANTOS				Prontuário 108457
Endereço JUSTINIANO MONTEIRO, 318		Bairro ALTO DA BOA VISTA	Município BAYEUX	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS		Nº Cons. Regional 6028/PB
Data/Hora Classificação 28/04/2018 16:45:23			Data/Hora Prescrição 30/04/2018 10:38:08	

EVOLUÇÃO MEDICA

EVOLUÇÃO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

NEUROCIRURGIA TCE GRAVE ADMISSÃO 28.04.2018 PO (28/04/18) CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA - DRENAGEM DE HEMATOMA SUBDURAL AGUDO A DIREITA, AO EXAME: SEDADO, RAMSAY V. PUPILAS ISO MIÓTICAS, IOT, SOB VM. HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, SI/DVA, TC DE CRÂNIO: COLEÇÃO RESIDUAL, COM MELHORA IMPORTANTE DO EFEITO DE MASSA. ESTRUTURAS DA LINHA MEDIANA E L. DESVIOS SIGNIFICATIVOS. CISTERNAS DA BASE LIVRES. CD.: SUPORTE INTENSIVO - VAGA DE UTI. PROGREDIR DESMAME VM.

Anamnese

DIETA

DIETA ENTERAL, VIA S.N.E

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H

CEFUROXIMA 750MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 750,0 MG VIA E.V., 8/8H, COM INTERVALO DE 8/8H POR 5 DIA(S)

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

Diluir

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

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, DURANTE 60 MIN(S)

Diluir

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 40,0 MG

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

Diluir

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

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

FENITOINA 50MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 5ML), DILUIR 2,0 ML

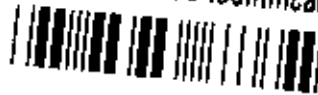
GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 60,0 ML VIA E.V., ACM, 0,0 (MG/TSM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT < 60)

CUIDADOS

CABECEIRA ELEVADA A 30°

SSVV + CCGG, (OBSERVAÇÕES: VAGA DE UTI)

Documentos de Identificacao



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANCA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO




Emanuel Santos Pereira da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.022.558 DATA DE EXPEDICAO 19/01/2012

NOME EMANUEL SANTOS PEREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO ELINALDO PEREIRA DA SILVA
FRANCISCA GRANGEIRO DOS SANTOS

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 03/05/1999

DOC ORIGEM

NASC. N. 50347 FLS. 12 LIV. A-51

CARTORIO 1º BAYEUX/PB

CPF 115.014.354-18

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190040632 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMANUEL SANTOS PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 28/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO (HEMATOMA SUBDURAL AGUDO).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: PERDA PARCIAL DA CALOTA CRANIANA.

Sequelas: Sequela não indenizável

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO PERICIAL DO IML: Nº03.01.06.112018.254998.
CONFORME LAUDO PERICIAL DO IML DATADO EM 13/11/2018, PACIENTE APRESENTA BOA EVOLUÇÃO APÓS CIRURGIA, SEM DÉFICIT MOTOR COM BOM PROGNÓSTICO.

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

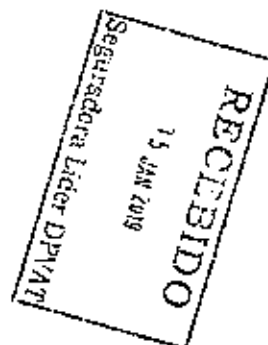
DANOS

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



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
NÚCLEO DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL

Laudo do IML - Lesões corp



LAUDO LESÃO CORPORAL

Laudo nº 03.01.06.112018.25498

EMANUEL SANTOS PEREIRA DA SILVA

Órgão requisitante: DAVC
Dr(a): Alberto Jorge Diniz e Silva

Remeter para:
Ilmo(a) Senhor(a).
Dr(a) Delegado Titular
DAVC



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
NÚCLEO DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL

C: 591118 Laudo nº: 03.01.06.112018.25498

LAUDO TRAUMATOLÓGICO

Ferimento ou ofensa física

Data do exame: 13/11/2018 Hora do exame: 10:20

Órgão Requisitante: DAVC. nº da Solicitação: s/n/2018 Autoridade Solicitante: Alberto Jorge Diniz e Silva. Nome: EMANUEL SANTOS PEREIRA DA SILVA, 19anos, sexo: masculino Raça/cor: pardo filho(a) de: Elinaldo Pereira da Silva e de: Francisca Granjeiro dos Santos, Estado civil: solteiro(a). Nacionalidade: brasileira. Natural de: João Pessoa/PB. Profissão: ignorado.

HISTÓRICO: Relata que foi vítima de acidente de trânsito quando vinha na garupa de uma moto, que foi colidida por um veículo. Não lembra detalhes do acidente.

DESCRIÇÃO: O examinado caminha sem limitações. Não há déficit motor ou cognitivo. Mostra-se calmo, com respostas coerentes aos questionamentos. Diz que ficou em uso de Hidantal após o acidente, mas que seu médico já suspendeu a referida medicação. Mostra uma cicatriz que vai da região pré auricular direita e atinge a região temporal e parietal homolateral, em formato semilunar. Mostra assimetria de crânio e rebaixamento da calota craniana ao nível da região parietal direita. Apresenta laudo médico do Hospital de Trauma no qual se lê que foi atendido em 28/04/2018 às 16h00min; vítima de acidente de moto (veículo x moto) com diagnóstico de hematoma subdural agudo, sendo entubado e submetido a procedimento neurocirúrgico (craniotomia descompressiva), recebendo alta hospitalar em 06/05/2018. Traz laudo médico datado de 09/11/2018, assinado pelo Dr. Tomas C. Marte Raso CRM PB 7792; descrevendo que o paciente teve boa evolução após a cirurgia, que não tem déficit motor, com bom prognóstico, que necessita de afastamento por completo das funções até realizar cranioplastia.

QUESITOS:

- 1) Há ferimento ou ofensa física? SIM.
- 2) Qual o meio que o ocasionou? AÇÃO CONTUNDENTE.
- 3) Houve perigo de vida? SIM, DEVIDO AO TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO GRAVE.
- 4) Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? NO MOMENTO NÃO, MAS AGUARDAR A EVOLUÇÃO PÓS CRANIOPLASTIA.
- 5) Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? SIM, DEVIDO AO TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO GRAVE.
- 6) Provocou aceleração de parto? PREJUDICADO.
- 7) Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? NÃO.
- 8) Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? NO MOMENTO NÃO, MAS AGUARDAR A EVOLUÇÃO PÓS CRANIOPLASTIA.
- 9) Resultou deformidade permanente? SIM, DEVIDO À PERDA DA CALOTA (APÓS CRANIOTOMIA) E DE PARTE DO CÉREBRO.
- 10) Provocou aborto? PREJUDICADO.

Luciana C. Trindade

Dr(a). Luciana Cavalcante Trindade
Perito Oficial Médico Legal
Mat: 157.394-2 CRM 5151/PB

Luciana C. Trindade
Perito Oficial Médico Legal
MAT. 157394-2 - CRM/PB 5151

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros



ASL-0019617/19

Vítima: EMANUEL SANTOS PEREIRA DA SILVA

CPF: 115.014.354-18

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 28/04/2018

Titular do CPF: EMANUEL SANTOS
PEREIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

EMANUEL SANTOS PEREIRA DA SILVA : 115.014.354-18

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 cancela 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: 17/01/2019
Nome: EMANUEL SANTOS PEREIRA DA SILVA
CPF: 115.014.354-18

EMANUEL SANTOS PEREIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Emmanuel Santos Pousa Da Silva
DATA DO ACIDENTE 28/04/18 CPF DA VÍTIMA 115 034 354-18
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO o menor
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR R. Guafianense mantene
Nº 318 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Alto de Boa Vista
CIDADE Boyer UF _____ CEP 88308450
E-MAIL Santosemanuel143@gmail.com TELEFONE (83) 9 9603-9084

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira 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 CONTERNEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

RECEBIDO
15 JAN 2019
Seguradora Líder DPVAT

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira 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 (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONTERNEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A 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 O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURADORTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 09/01/2019

IDENTIDADE Emmanuel Santos

ASSINATURA Emmanuel Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 09/01/19 MATR. CORREIOS 5010

NOME João Carlos de Sá

ASSINATURA João Carlos de Sá

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190040632 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMANUEL SANTOS PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 28/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO (HEMATOMA SUBDURAL AGUDO).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: PERDA PARCIAL DA CALOTA CRANIANA.

Sequelas: Sequela não indenizável

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO PERICIAL DO IML: Nº03.01.06.112018.254998.
CONFORME LAUDO PERICIAL DO IML DATADO EM 13/11/2018, PACIENTE APRESENTA BOA EVOLUÇÃO APÓS CIRURGIA, SEM DÉFICIT MOTOR COM BOM PROGNÓSTICO.
EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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-0019617/19

Número do Sinistro: 3190040632

Vítima: EMANUEL SANTOS PEREIRA DA SILVA

CPF: 115.014.354-18

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 28/04/2018

Titular do CPF: EMANUEL SANTOS
PEREIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

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: 15/04/2019
Nome: EMANUEL SANTOS PEREIRA DA SILVA
CPF: 115.014.354-18

EMANUEL SANTOS PEREIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2019
Nome: FRANCISCO EDUARDO DE SOUZA TROTTE
CPF: 009.028.867-03

FRANCISCO EDUARDO DE SOUZA TROTTE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019617/19

Vítima: EMANUEL SANTOS PEREIRA DA SILVA

CPF: 115.014.354-18

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 28/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EMANUEL SANTOS
PEREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

EMANUEL SANTOS PEREIRA DA SILVA : 115.014.354-18

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/01/2019
Nome: EMANUEL SANTOS PEREIRA DA SILVA
CPF: 115.014.354-18

EMANUEL SANTOS PEREIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES