

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

Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190364735

Vítima: HENRIQUE FERNANDES

Data do Acidente: 03/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HENRIQUE FERNANDES

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



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

Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190364735

Vítima: HENRIQUE FERNANDES

Data do Acidente: 03/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), HENRIQUE FERNANDES

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

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190364735 Vítima: HENRIQUE FERNANDES

Data do Acidente: 03/03/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HENRIQUE FERNANDES

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **HENRIQUE FERNANDES**

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 000000526531-8

Tipo: CONTA POUPANCA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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:

0190059159

CPF da vítima:

09067275450

Nome completo da vítima:

Henrique Fernandes

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Henrique Fernandes

CPF:

09067275450

Profissão:

agente de vendas

Endereço:

Rua Manuel Galdino de Sáto

Número:

S/N

Complemento:

Bairro:

Centro

Cidade:

Cubati

Estado:

PB

CEP:

58167 000

E-mail:

inacio.vrums.adv@gmail.com

Tel.(DDD):

83 33341289

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0041

CONTA: 00526531 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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. 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: 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: Vivos: _____ Falecidos: _____ 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.

Ingresso digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Campina Grande - PB 05/06/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

+ Henrique Fernandes

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

2º | Nome: 05 JUN. 2019

CPF:

Assinatura
CORRETORA DE SEGUROS
Assinatura

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 07/2019

DATA DO FATO: 03/03/2019 HORA DO FATO: 17:30

LOCAL DO FATO: SERIDÓ-PB

DATA E HORA QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO DO FATO:

Às 15:00 hs do dia 29/05/2019.

MOTIVO/TIPIFICAÇÃO: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO

DO (A) COMUNICANTE: HENRIQUE FERNANDES, brasileiro, solteiro, agricultor , RG nº 393587538 SSP-SP , nascido em 10/07/1989,filho de JOVELINO FERNANDES FILHO e MARLI CORDEIRO FERNANDES,Residente na Rua Manoel Galdino , 404, Cubati-PB, cel: 988858920.

NARRAÇÃO DO FATO: Narra o comunicante que na data de 03/03/2019, por volta das 17:30 hs, estava trafegando na PB 177, próximo a cidade de Seridó-PB, em seu carro, quando foi atingido por outro automóvel. Que não recorda dos fatos após o acidente, mas lembra de ter sido socorrido por uma equipe do SAMU para o hospital de trauma de Campina Grande. Que carro se trata de um FORD KA FLEX, PLACA MNZ5695/PB, ANO-MOD 2008/09, CHASSI Nº 9BFZK03A89B026262, RENAVAM Nº 00967682282, LICENCIADO EM NOME DE REGINALDO BARBOSA DUARE. Era o que havia a registrar.

Cubati-PB, 29 de MAIO de 2019.

COMUNICANTE: Henrique Fernandes

CARLOS EDUARDO MALTA NASCIMENTO
MAT:168311-0
AG. INVESTIGAÇÃO



CIVIL
PARAÍBA

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:

0190059159

CPF da vítima:

09067275450

Nome completo da vítima:

Henrique Fernandes

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Henrique Fernandes

CPF:

09067275450

Profissão:

agente de vendas

Endereço:

Rua Manuel Galdino de Sáto

Número:

S/N

Complemento:

Bairro:

Centro

Cidade:

Cubati

Estado:

PB

CEP:

58167 000

E-mail:

inacio.vrums.adv@gmail.com

Tel.(DDD):

83 33341289

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0041

CONTA: 00526531 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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. 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: 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: Vivos: _____ Falecidos: _____ 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.

Ingresso digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Campina Grande - PB 05/06/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

+ Henrique Fernandes

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

2º | Nome: 05 JUN. 2019

CPF:

Assinatura
CORRETORA DE SEGUROS
Assinatura

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



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLEDADE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SÁUDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU SOLEDADE



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU SOLEDADE - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 3/3/2019	HORA: 17:30	ID Nº: 1759365 USA 31
NOME: HENRIQUES FERNANDES		
QUEIXA: COLISÃO CARRO COM CARRO		
LOCAL: PB 177		
COMPLEMENTO: SENTIDO SÃO VICENTE		
CIDADE: SOLEDADE		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Soledade, 28 de maio de 2019.

Glaucia Michaele F. Costa
Coordenadora SAMU

Glaucia Michaele F. Costa
COREN 284.878

Coordenação
SAMU Soledade 192



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: 27/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HENRIQUE FERNANDES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 00000526531-8

Nr. da Autenticação 44E52BBDE8639986



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
68169787
REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA E ESGOTO E SERVIÇOS

4BR/2019

HENRIQUE FERNANDES
RUA MANOEL GALDINO DE SOUTO, S/N - CENTRO CUBATI
PB 58167-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável
		Bastante	Ótima	Total	
039.001.205-0104.000	000	1	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto	
Y14N322430	04/11/2014	EXTERNO LIGADO		POTENCIAL	
ANTERIOR + ATUAL + CONSUMO QUEDA + GRIE DE DIAZ + PRÓXIMA LEITURA					24/05/2019
201	204	1	0	0	
HIST CONSUMO: 2011-1 QUADRO ANUAL ATÉ 20-PORT 05/2017 MS.					
MAR/2019	4	PARAFUSOS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
FEV/2019	4	FLUORIDE	0	0	0
JAN/2019	5	CLORO	0	0	0
DEZ/2018	5	CO2 TÉRMIC	0	0	0
NOV/2018	5	CO2	0	0	0
OUT/2018	5	CO2 TOTAL	0	0	0
MÉDIA(M)	4	DADOS DIFERENTES A FEV/2019			

DATA DA IMPRESSÃO: 25/04/2019	HORA DA IMPRESSÃO: 09:18:48
DESCRICAÇÃO	CONSUMO TOTAL(R\$)
ÁGUA	
RESIDENCIAL E UNIDADE(S)	
CONSUMO DE ÁGUA -	3,43
ESGOTO	
ACRESCIMO(S) E/OU ESGOTO ANT. 01/2019	0,75
JUROS DE MORA 01/2019	0,47



VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS R\$ 0,01 PIS E CONFINS LIT 12.741/12

VENCIMENTO:	06/05/2019	Total a Pagar:	R\$ 39,13
-------------	------------	----------------	-----------

	CONDICAO DE LEITURA: REALIZADA CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL	TIPO DE TARIFA: 1
INFORMAÇÕES GERAIS: ABRIL VERDE: ACHEGADA ACIDENTAL/IRREGULAR		

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Ex	Xp	de	Penteado

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
03/06/2019	Dia 2100 da UCBA	22:30	Ex. Admitido
03/06/2019	SRL 1500 ml IV 21/24 h	05:40	Vacinação. Vítima de trauma
03/06/2019	Talgant 20 mg + 100ml d'água IV C/SU	05:40	Catarral faríngeo e expiração
03/06/2019	Clorazep 10 mg IV qd	05:40	Palpitação cardíaca
03/06/2019	Aspirina 100 mg a cada 6h	05:40	Aumento do edema cerebral
03/06/2019	Glicidiamina 10 mg IV ISS	05:40	CP: NO Centro Cirúrgico
03/06/2019	Anticonvulsivante 150mg oral - tabl IV	05:40	
03/06/2019	6/6/6	05:40	
03/06/2019	Diamox 200 mg - 2nd IV 6/6/6	05:40	
03/06/2019	Sedux + C.C. 500 ml SAT 5000 UI. H.R.A. IM	05:40	
03/06/2019	Dia 2100 h no ap.pt. Homero M. Gonçalves	05:40	
	MÉDICO		
	CRM-PB 11789		
	ASSINATURA DO DOUTOR		
	Dr. Homero M. Gonçalves		
	MÉDICO		
	CRM-PB 11789		
	DATA DA CONSULTA		
	05 JUN. 2019		
	Assinatura		
	Dr. Valdir Menezes Guimarães		
	Oftalmologia / Endocrinologia		
	CRM-PB 15332		
	DATA DA CONSULTA		
	05 JUN. 2019		
	Assinatura		
	Dr. Valdir Menezes Guimarães		
	Oftalmologia / Endocrinologia		
	CRM-PB 15332		



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1845450 Paciente: HENRIQUE FERNANDES Idade: 029 Sexo: M

Nome da Mãe: MARLI CORDEIRO FERNANDES Data de Nascimento: 10/07/1989 Admissão: 03/03/2019

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 2 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA DIREITA

DIA: 05/03/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Euler Fabrício Alves Cruz /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. IFRASCO , 12h/12h	18h - 6h
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLA, 6h/6h	6h - 24h - 6h - 12h
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h	12h - 6h
	Reconstituir 2ML ABD,	
	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLA, 12h/12h	12h - 6h
	Diluir em 100 ML SF	
5	TRAMADOL CI CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. LAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SN
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SN
7	8h/8h	
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22h
8	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. LAMPOLA, 8h/8h 0D/7D	22h + 6h - 14h
	Diluir em 50 ML SF	
9	CLINDAMICINA DE 600 MG = ML E.V. LAMPOLA, 6h/6h 0D/7D	12h - 24h - 6h - 12h
	Diluir em 50 ML SF	
10	DIETA LIVRE	
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
12	FISIOTERAPIA MOTORA	

EVOLUÇÃO

DATA: 05/03/2019 HORA: 06:31:08

BEG, ESTAVEL, SEM INTERCORRENCIAS.
CD: VPMASSINATURA + CARAMBO
Euler Fabrício Alves Cruz

 Euler Fabrício Alves Cruz
 Pneumologista
 SIC/7



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1845450 Paciente: HENRIQUE FERNANDES Idade: 029 Sexo: M

Nome da Mãe: MARLI CORDEIRO FERNANDES Data de Nascimento: 10/07/1989



Admissão: 03/03/2019

Clínica: ORTOPÉDIA | Enfermaria: 2 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA DIREITA

DIA 06/03/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Euler Fabricio Alves Cruz /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 8h-8h ID/7D Diluir em 50 ML SF	22h - 6h - 14h
2	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. TAMPOLA, 6h/6h ID/7D Diluir em 50 ML SF	18h - 24h - 6h - 12h
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 6h/6h	18h - 24h - 6h - 12h
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18h - 6h
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18h - 6h
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. TAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SN
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	SN
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22h
9	DIETA LIVRE	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
11	JELCO SALINIZADO	
12	FISIOTERAPIA MOTORA	

EVOLUÇÃO

DATA: 06/03/2019 HORA: 09:28:28

BEG, ESTAVEL, SEM INTERCORRENCIAS.

CD: VPM

ASSINATURA + CARIMBO
Euler Fabricio Alves Cruz



CD: esse terrible separei onça do Dr. Agnelo +
rodou + onça.

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR ORTOPÉDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8161

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Henrique Fernandes ON 1010711987

QI

LEITE

CONVÉNIO

IDADE

REGISTRO

Sala 03

SUS

29a

1845349

CIRURGIA: Traumat. Cirur. Iatrat. Jap.

ICK portela ideta

CIRURGÃO

Dr. Volth

ANESTESIA

ANESTESIA

Ráqui

Dr. Félix

INSTRUMENTADORA

DATA

INÍCIO

FIM

MIN.

SEG.

MIN.

CÓDIGO

GOVERNO

DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

SOMA

SSORIA

SOMA



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora em que é feita a alta	Hora de saída
Nenhum Movimento = 0 Movimento 2 membros = 1 Movimento 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		7
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		12

Assinatura do anestesista



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Ricardo José Gómez

Idade: 29 anos

Convênio: Sua

Data: 03/03/2013

Procedimento: Teste se o menor de fator é um fator divisor.

Cirurgião: []

Auxiliar: R_1

Anestesista: F. J. V.

Início:

Término:

Anesthesia & Co.

Observações:

Assinatura Anestesista

Circulante

Nome do Paciente	Nº Prontuário	
Flavio que Fernandes		
Data da Operação	Enf.	Leito
Operador Dr. Valdir	1º Auxiliar	Leito
2º Auxiliar Dr. Homero	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório	Fratura exposta de patella D	
Tipo de Operação		
Diagnóstico Pós-Operatório	O m-	
Relatório Imediato da Patologia	—	
Exame Radiológico no Ato	—	
Acidente Durante a Operação	—	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- (1) Pavimento e DDH
- (2) Neuris + artérias + nervos externos
- (3) Anelastro da fratura
- (4) Lavagem exaustiva com 5% 0,91 + Desbridamento de tecidos devitilizados
- (5) Observado pelo ócus em polo proximal e face lateral da fratura
- (6) Realizado fórceps do tecido do quadríceps com RaaKous e parafus transversal com estabilização
- (7) Suturas do retractor lateral na patela
- (8) Sutura da pele
- (9) Curativos
- (10) Tal tipo jecelava em excesso

Homero M. Gondim
MÉDICO
CRM PB 11789

Data da Internação: 03/03/2019 Hora: 22:04:50

SUSSistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

HENRIQUE FERNANDES

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1845450

7 - CARTÃO DO SUS

700008582369004

8 - DATA DE NASCIMENTO

10/07/1989

9 - SEXO

Masc**Fem**

10 - NOME DA ZIÉ OU RESPONSÁVEL

MARLI CORDEIRO FERNANDES

11 - FONE DE CONTATO

83 987265210

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

MANOEL GALDINO DE SOUTO , 0 , CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Cubati

14 - CODIGO MUNICÍPIO

250500

15 - UF

PB

16 - CEP

58167000**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO****17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS***Dores nas articulações e debilidade no joelho D***18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO***Trauma urinário***19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)***Rx e exame físico*

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Rx exposta de próstata

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO**

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

02

IX CNS

980016296777642

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

03/03/2019

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO DE HODONISTAS (TRAUMATOLOGIA E CHURGO DO INELBIO)

CRM-PB 9115 - TECI-15265

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

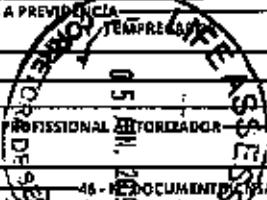
() EMPREGADO

() AUTÔNOMO

() DESINTEGRADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

02

12

46 - DOCUMENTO

IX CNS

12

12

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

03/03/2019

03/03/2019

03/03/2019

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

03/03/2019

03/03/2019

SAMU

Ficha de Acolhimento

Nome:	João Batista Fernandes	
End:	Avenida São João Bairro: Centro	
Data de Nascimento:	10/07/89	Documento de Identificação:
Queixa:	Acidente	
Data do Atend.:	03/03/19	Hora: 19:24 Documento:
Acidente de trabalho?	(<input type="checkbox"/>) Sim	(<input type="checkbox"/>) Não

de carro

Classificação de Risco

Nível de consciência: (<input type="checkbox"/>) Bom	(<input type="checkbox"/>) Regular	(<input type="checkbox"/>) Baixo	Aspecto: (<input type="checkbox"/>) Calmo	(<input type="checkbox"/>) Fáscis de dor	(<input type="checkbox"/>) Gemente
Frequência respiratória:			Frequência cardíaca:		
Pressão arterial:			Temperatura axilar:		
Dosagem de HGT:			Mucosas: (<input type="checkbox"/>) Normocorada		
Deambulação: (<input type="checkbox"/>) Livre			(<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas		
(<input type="checkbox"/>) Maca					

Estratificação

MOD. 110

Atenção
 Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

Hélio Hahn 18 446.5132

Assinatura e carimbo do profissional



EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

JMF 22:00

Paciente encontra-se em vista, ereto, com visão apurada, respiração normal, com ausência de fadiga em face.

CD. à bateria PMA + RCP e com pronta
resposta. O ritmo da PMA

6.00. Cuidados da ortopedia

DESTINO DO PACIENTE _____ às _____ hs.

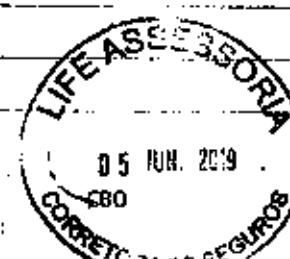
 Centro cirúrgico Alta hospitalar A revista Internação (setor) _____ Declaração Médica Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ Óbito

Josianne Fernandes Barros

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

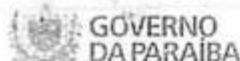
SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO



IDADE

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°:1845349

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES | CNPJ: 08.778.268/0038-52
 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 03/03/2019
 Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Maria Klidia Andre Lopes Dos Santos

PACIENTE: HENRIQUE FERNANDES CEP:58167000

Nascimento:10/07/1989

Endereço:MANOEL GALDINO DE SOUTO

Sexo:M Telefone: 987265210

Cidade: Cubati

Idade:029 Bairro:CENTRO

Nome da Mãe: MARLI CORDEIRO FERNANDES

RG: N°:0

Responsável:

CPF: 09067275450 Profissão:

Estado Civil:

Data de Atend:03/03/2019 CNS:700008582369004

Motivo: ACIDENTE DE CARRO

Atend:03/03/2019 CONVÉNIO:SUS

Médico:

Hora: 19:29:56 Especialidade:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
- 12.F. Arma branca
- 13.F. Arma de fogo
- 14.F. Coríntico
- 15.F. Cortante
- 16.F.Corto-contuso
- 17.F.Perfur-o-contuso
- 18.F.Perfur-o-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingurgitamento Venoso
23. Lacerção
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paresia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorragia
35. Sinal de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DGNOSTICO / CID: De mor / Tm Princ + Causa suspeita

Tm grau "D".

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Prensa dor no peitoral esq. no mto.
 Cx-15, dor e vermelho liso, Ab
 dor dñ na epigástrica, mtores os 4
 mtores p/ levar mtores gato "D".

ALERGIA:

Alerg. m/ Alerg.
 p/ Sulfite

MEDICAMENTOS:

Dr. Rosaldo Gadelha
 CIRURGIA GERAL
 CRM: 1739

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Eotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ SatO2 _____

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:
 () Gasometria arterial () Radiografias:
 () Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: BMF / às : Dia / /

Especialista: DR. M. ZOI / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Dipriva 200mg	05 JUN. 2015
2		
3	Jam 30ml	
4		
5	Situm em Consulta	
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Ronaldo Gadelha
 CIRURGIA GERAL
 CRM: 1739



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETAN - PB		Nº 014200851578
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		
VIA	CPF / CNPJ	PRT 20180000382077-0
1	0096768228-2	00/000000000 2018
NOME REGINALDO BARBOSA DUARTE		
CNPJ / CHAV		PLACA MN25695/PB
PLACA ANT / NF	NOVO	CHASSI 9BFZK03A89B026262
ESPECIE / TIPO PAS / AUTOMÓVEL /		COMBUSTÍVEL ALCO / GASOL
MARCAS / MODELO FORD / KA FLEX		ANO FAB / ANO MOD. 2008 / 2009
CAP / POT / CIL 5 P/73 /CV	CATEGORIA PARTIC	COR PREDOMINANTE PRETA
COTA ÚNICA 00/00/0000		VENC. COTA ÚNICA 1 ^a
FAIXA / FVA ***** 0		PARCELAMENTO / COTAS 2 ^a 3 ^a
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) / IOF (R\$) ***** 00000 SEGURO		PRÉMIO TOTAL (R\$) / DATA DE PAGAMENTO ***** 00000 23/08/2018
OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO		
CUBATI - PB		LOCAL DATA 23/08/2018
14311		20109

CONTRAN

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

PB Nº 014200851578 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO / DATA EMISSÃO
2018 28/08/2018

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	08003291470	MN25695/PB
RENAVAM 00967682282		MARCAS / MODELO FORD / KA FLEX
ANO FAB.	CAT. PASTA	Nº CHASSI
2008	1	9BFZK03A89B026262

PRÉMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$)	DEJANTHAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL DESPESAS PAGO (R\$)
*****	SEGURO	PAGO
PAGAMENTO		DATA DE OUTAÇAO
S COTA ÚNICA	PARCELADO	23/08/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 05.348.600/0001-04

20109-1053410-20180823



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190364735 **Cidade:** Cubati **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HENRIQUE FERNANDES **Data do acidente:** 03/03/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSSÍNTESE ALTA.

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:

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
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



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Henrique FernandesDATA DO ACIDENTE 03/03/2019 CPF DA VÍTIMA 09067275450PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Henrique FernandesQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Henrique FernandesENDERECO DO PORTADOR Rua Joaquim Galdino de SouzaNº S/N COMPLEMENTOCIDADE Cubati

E-MAIL _____

BAIRRO CentroUF PBCEP 58167 000TELEFONE (83) 33341289

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 CONFIRME 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 CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO 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 (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS 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 CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS 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 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

- | | |
|------------------------|--|
| VALORES DE INDENIZAÇÃO | <ul style="list-style-type: none"> • 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.CDM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 05/06/2019IDENTIDADE 393587538ASSINATURA Henrique Fernandes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 05 JUN. 2019

NOME _____

ASSINATURA _____



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190364735 **Cidade:** Cubati **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HENRIQUE FERNANDES **Data do acidente:** 03/03/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSSÍNTESE ALTA.

P 7

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:

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
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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0190959/19

Vítima: HENRIQUE FERNANDES

CPF: 090.672.754-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/03/2019

Titular do CPF: HENRIQUE FERNANDES

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

HENRIQUE FERNANDES : 090.672.754-50

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: 05/06/2019
Nome: HENRIQUE FERNANDES
CPF: 090.672.754-50

HENRIQUE FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/06/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0190959/19

Número do Sinistro: 3190364735

Vítima: HENRIQUE FERNANDES

Data do acidente: 03/03/2019

CPF: 090.672.754-50

CPF de: Próprio

Titular do CPF: HENRIQUE FERNANDES

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

HENRIQUE FERNANDES : 090.672.754-50

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/06/2019
Nome: HENRIQUE FERNANDES
CPF: 090.672.754-50

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/06/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

HENRIQUE FERNANDES

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA