
Rio de Janeiro, 08 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190238597

Vítima: JOSE MANOEL DA SILVA

Data do Acidente: 25/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BARBARA NAYNNAR SOUSA LINS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE MANOEL 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, 30 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190238597

Vítima: JOSE MANOEL DA SILVA

Data do Acidente: 25/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BARBARA NAYNNAR SOUSA LINS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE MANOEL DA SILVA

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\$ 843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: JOSE MANOEL DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 004

Agência: 000000009

Conta: 0000091913-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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, retorne 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





Autorização de pagamento

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 027.169.574-95 Nome completo da vítima: JOSE MANOEL DA SILVA

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

Nome completo: JOSE MANOEL DA SILVA CPF: 027.169.574-95
 Profissão: Autônomo Endereço: Rua Jose Rubeiro Diniz Número: 31 Complemento: _____
 Bairro: Centro Cidade: Barra de Santa Rosa Estado: PB CEP: 58170-000
 E-mail: BARBARA@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): _____

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: BANCO DO NORDESTE
 AGÊNCIA: 00009 CONTA: 91913 9
(informar o dígito se existir) (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: _____
 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
 Vivos: _____ Falecidos: _____

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 alfabetizado

Local e Data: Barra de Santa Rosa, 01.03.19
 Nome: JOSE MANOEL DA SILVA
 CPF: 027.169.574-95

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Jose Manoel da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Barbara N. Sousa Lima

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____
 2º 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 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.





**GOVERNO
DA PARAIBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
7ª DELEGACIA REGIONAL DE POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE BARRA DE SANTA ROSA - PB
Rua 08 de maio, S/N, centro, Fone 3376-1257 - CEP 58170-000

IN

RECEBIDO

23 MAR 2016



Micro-DFVAT

DATA E HORA QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO DO FATO: 19/02/2019, AS 16H:30MIN.

COMUNICANTE/VÍTIMA: JOSÉ MANOEL DA SILVA, brasileira, União Estável, nascido em 25/06/1973, filho de MANOEL DA SILVA CASADO NETO e de ELVIRA GUEDES CASADO, residente Na Rua José Ribeiro Diniz, n° 31, Centro, Barra de Santa Rosa-PB, RG N° 2267470 e CPF N° 027.169.574-95. Fone: (83) 99978-8878.

TESTEMUNHA (S) :

1º - JOSÉ ZITO DOS SANTOS, residente Na Rua Adelson Guedes de Almeida, s/nº, Centro, Barra de Santa Rosa -PB, RG Nº 27.834.959-6.

2ª - IVONALDO GLEBE CRUZ PASCOAL, residente Na Rua Francisco Galdino dos Santos, s/nº, Centro, Barra de Santa Rosa -PB, RG Nº 2390052 e CPF Nº 028.616.284-99.

NARRATIVA: QUE no dia 25 (vinte e cinco) de Outubro do ano de 2018, por volta das 09:00min, encontrava-se, pilotando uma motocicleta HONDA CG 150 FAN ESI, PLACA NQB-1852-PB, ANO E MODELO 2013, de propriedade de **JOSÉ MANOEL DA SILVA**, na BR-104, nas proximidades da cidade de Barra de Santa Rosa-PB, quando um outro veículo colidiu na traseira de sua motocicleta, motivo pelo qual caiu ao solo e sofreu uma lesão no joelho direito; QUE foi socorrido por uma ambulância da cidade de Barra de Santa Rosa, inicialmente para o Hospital regional da cidade de Picuí e posteriormente para o Hospital João XXIII na cidade de Campina Grande, tendo sido submetido a cirurgia neste último hospital e ficado internado por um período de 01 (um) dia; QUE sabe informar que o carro que colidiu na traseira de sua motocicleta era uma estrada adventure de cor Bege, mas que não deu para ver a placa do citado veículo; QUE procurou a Delegacia de Polícia desta cidade para Registrar o ocorrido.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: LAVRATURA DO PRESENTE BOLETIM.

AUTORIDADE:

~~DELO DE SOUZA LIMA FILHO
DELEGADO DE POLICIA
MAL. 125.571-08SPPB.~~

COMUNICANTE:-

ESCRIVÃO:

CARTORIO REG CIVIL E NOTAS BARRA STARGSA
Rua Manoel de Santa Lima, 70, Barra de Santa Rosa - PE

AUTENTICAÇÃO

Certifico que o presente copia é reprodução fiel do original que me foi enviado. Dou fé.
(Art. 225-AII do CPC)
Bianca de Salina Rossa Pires 19/02/2019
Seto Digital AHY04152-TWU1
Consulte a autenticidade em <https://setodigital.tpb.jus.br>
Embr R\$2,37 Fretos R\$0,28 MP R\$0,04 Fapi R\$0,44

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima Interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOSE MANOEL DA SILVA

CPF da Vítima

027.169.514 - 95

Data do Acidente

25.10.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

E-mail

Comprovação de ato declaratório



CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Bairro de São Rosa, 02 de Março de 2019

Local e Data

Jose Manoel da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO
CNPJ. 08.983.925/0001-92
Barra de Santa Rosa - PB



Ado

Declaração de Inexistência de IML



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o senhor José Manoel da Silva Brasileiro, portador do CPF nº 027.169.574-95 RG: 2267470 SSDS/PB. Residente e domiciliado na Rua: José Ribeiro Diniz Nº 31 centro Barra de Santa Rosa - PB, tendo em vista que no dia 25/10/2018 foi atendido na Unidade de Saúde, Nossa da Senhora da Conceição onde o mesmo sofreu um acidente moto-ciclístico, na Rodovia PB 104, Barra Santa Rosa, foram prestados os primeiros socorros, depois dos procedimentos hospitalares realizados, diante da gravidade dos ferimentos, a vítima foi encaminhado para o Hospital de Trauma de Campina Grande - PB. Na ocasião, a enfermeira Regina C. Brasileiro de Souza Iolanda, COREN-PB 85036. Prestou atendimento a vítima, conforme consta no Livro de Registro de Transferências deste Centro de Saúde.

Barra de Santa Rosa - PB, 14 de fevereiro de 2019

Regina C. Brasileiro de Souza Iolanda
Enfermeira Corem 85036-PB

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: 23/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE MANOEL DA SILVA

BANCO: 004

AGÊNCIA: 00009

CONTA: 000000091913-9

Nr. da Autenticação 1F0882220DF387F4

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Preencha para sempre pagamento da conta de energia elétrica. N° 020.676.931



ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Ez 210, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 000140 - Insc. Est. 18.048.622-0

DADOS DO CLIENTE

JOSE MANOEL DA SILVA
RUA PRES GETULIO VARGAS S/N
BARRA DE SANTA ROSA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1407542-8

REFERÊNCIA

FEV/2019

APRESENTAÇÃO

22/02/2019

CONSUMO

79

VENCIMENTO

01/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 76,35

Acesse: www.energisa.com.br



DESTINATÁRIO

JOSE MANOEL DA SILVA

Telefone: 15-407-430-1040

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 26/02/2019

VENCIMENTO

01/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 76,35

MATRÍCULA

1407542-2019-02-2

Comprovante de residência



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Releia para simplificar pagamento da nota fiscal/conta de energia referência Nº 017.831.259

Energisa
LIG. PARANÁ DE ENERGIA S.A.

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-800
CNPJ 09.095.183 / 0001-60 - Insc. Est. 15.018.823-0

DADOS DO CLIENTE

JEANE SILVA SOUZA
RUA JOSE SÁDY LEAL S/N
BARRA DE SANTA ROSA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1025277-3

REFERÊNCIA

DEZ/2018

APRESENTAÇÃO

26/12/2018

CONSUMO

159

VENCIMENTO

04/01/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 143,21

Acesso: www.energisa.com.br

Energisa
LIG. PARANÁ DE ENERGIA S.A.

DESTAQUE AQUI

JEANE SILVA SOUZA

Relatório: 16-107-430-0880

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 04/01/2019

VENCIMENTO

04/01/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 143,21

MATRÍCULA

1025277-2018-12-8

Comprovante de residência



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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Barbara Nayman Sousa Lima inscrito (a) no CPF/CNPJ 105.330.734 / 99 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSÉ MANOEL DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 027.169.574 / 95 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSÉ MANOEL DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 027.169.574/ 95 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Declaração Circular SUSEP 445/12

☒ Recuso informar



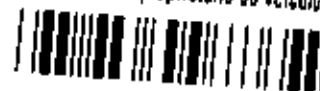
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
RUA JOSÉ SÁDY LEAL		5N	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	BARRA DE SANTA ROSA	PB	58170-000
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
bnel-barbara@hotmail.com			(83) 99327-1103

Barra de St. Rosa, 01 de Março de 2019
Local e Data

Barbara Nayman Sousa Lima
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSÉ MANOEL DA SILVA,RG nº 2-267.470, data de expedição 30/12/12,Órgão SSDS/PB, portador do CPF nº 027.169.534-95, comdomicílio na cidade de BARRA DE SANTA ROSA, no Estado dePARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)JOSE RIBEIRO DINIZ, nº 31,

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

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

vítima JOSE MANOEL DA SILVA, cujo o condutor eraJOSE MANOEL DA SILVA.Veículo: MOTOCICLETAModelo: HONDA CG 150 FAN ESIAno: 2013Placa: NQB 1852Chassi: 9C2KCL670BR017405Data do Acidente: 25.10.19Local e Data: BARRA DE SANTA ROSA, 14 DE MARÇO DE 2019

Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO REG. CIVIL E NOTAS BARRA STA ROSA
Rua Manoel de Souza Lima, 70, Barra de Santa Rosa - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

JOSE MANOEL DA SILVA

Doa Fe, Barra de Santa Rosa/PB - 14/03/2019

Escritor: Ana Maria Henriques de Almeida

Selo Digital: AIG24880-MUWE

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

Emol R\$ 9,48 FARPEN R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 FEPI R\$ 1,90

CARTÓRIO REG. CIVIL E NOTAS BARRA STA ROSA

Rua Manoel de Souza Lima, 70, Barra de Santa Rosa - PB

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi enviado. Dou Fe

At: 425-111.86 CPC

Barra de Santa Rosa/PB - 14/03/2019

Selo Digital: AHW84205-ONYS

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

Emol R\$ 2,87 FARPEN R\$ 0,28 MP R\$ 0,04 FEPI R\$ 0,44

SUS



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CODIGO DA UNIDADE: 2257710 CECUPPE: 06.778.269.0001/60
NOME HOSPITAL REGIONAL DE PICUI
END: RUA FRANCISCO DE PIRES GOMES, 15, BAIRRO MONTE SANTO
MUNICÍPIO: PICUI ESTADO: PARAIBA UF: 25

Nome: JOSE MANOEL DA SILVA

Raça/Cor: PARDA

Idade: 25/05/1973 Idade: 40 ano(s) mês(es) de idade dia(s) de idade Sexo: M

Mãe: ELVIRA GUEDES CASANO

Profissão: COMERCIANTE

Documento: 2287470

Endereço: RUA JOSE RIBEIRO DINIZ

Nº: 31

Bairro: CENTRO

Município/CEP/IBGE: BARRA DE SANTA ROSA - PB - 58170000 - 250160

Telefone para contato: (83) 0000-0000 /

CNS: 704703780238039

Data e Hora: 25/10/2018 10:50:02

SSVV

PESO: PA: TEMP:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Acidul. e metabólitos no sangue
e exames físicos dentro

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

1. Valeriana 1 comp 50g
2.
3. DCEFLAXONA 250mg (50)
4. D DICIROMA 750 (50)

- ☐ 01 - FETIVO ☐ 02 - URGÊNCIA ☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA ☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO ☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

DIAGNÓSTICO:

Acidul. e metabólitos

CID-10:

MEDICAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO:

- ☐ 1. PRESCRITA ☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO
☐ 2. APLICADA ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ ÓBITO ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1. 0303060004
2.
3.

ASS. DO PACIENTE/PROFISSIONAL(S) ASSISTENTE(S): CARIMBO(S)

CBO

CRM

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

JOSE MANOEL DA SILVA

ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CARIMBO

RECEPCIONISTA: HRP

CADEASTRO 831598

Documentação médico - hospitalar

Hospital Regional de Picui
Atestado conforme original
Picui, 28/10/18
Arquivo Médico
Ass. médica
205.319-8

Ass. DO PACIENTE/PROFISSIONAL(S) ASSISTENTE(S): CARIMBO(S)
Dr. Roberto de Los Angeles Mendes
Médico
CRM-PB 11441

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI - PB

ente

RELATÓRIO POR PACIENTE [ATENDIMENTO AMBULATORIAL]

Nome do Paciente	Data de Nascimento	Médico	Diagnóstico	Data de Atendimento
JOSÉ MARCEL PASIVAT			Mãe: ELVISA GUEDES CASADO	
	28/06/1973	FABIANO BRANDÃO CRM 4954 / PB		18/05/2015
	23/06/1973	FABIO GONDIM NEPOMUCENO / CRM / 5429		20/05/2015
	25/06/1973	ERIEGLY SOUSA SANTOS / CRM / 10584	<i>ambulatorial</i>	25/10/2015
	28/06/1973	FABIO GONDIM NEPOMUCENO / CRM / 5429		11/10/2016
	23/06/1973	FABIO GONDIM NEPOMUCENO / CRM / 5429		21/11/2016

[Handwritten signature]



GOVERNO
DA PARÁ



Hospital Regional de Pícuí "Felipe Tiago Gomes"

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Marcelo de Jesus, portador(a) da identidade RG 22.679.70, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 10 horas, submetido(a) a Teste de Gota Espessa, portador da patologia CID-10 B25.5, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 06 (seis) meses dias, a partir desta data.

Pícuí, 22/11/2018

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

Dr. Felipe Tiago Gomes

Cirurgião Geral
Rua Dr. ...
Campina Grande, PA
CPF: ...

AUTORIZAÇÃO

Eu, ... autorizo o(a) Dr. (*) a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

*Para o/ruptura do
Tendão rotulário, grave
após acidente de trabalho
necessitando repouso de
trabalho 06 (seis)
meses*

Dr. Gustavo Henrique
Rua ...
Campina Grande, PA
CPF: ...

Receituário Controle Especial

Identificação do Emitente

Hospital Regional de Picuí
CNPJ: 03.515.174/0001-85
Rua: Francisco Pereira Gomes, 15
Fone: (83) 3371-2554 / 3371-2990
Picuí - Paraíba

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drogeria
2ª Via - Orientação ao Paciente

Carimbo e Assinatura do Médico

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Data

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome

Ident.: _____ Org. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR



Centro Hospitalar João XXIII
Sistema de Assistência Social e de Saúde



ATESTADO

A T E S T O para os devidos fins de DIREITO que
O (A) Sr.(a) Dev. Manoel de Jesus

Foi atendido (a) neste Nosocomio, portador (a) da Entidade

Nosológica - CID M 23.5

devendo permanecer afastado (a) de suas atividades habituais

pelo período de 90 dias dias.

Campina grande/PB

23, 11, 2014

Dr. Fábio Gordin Napolitano

Cirurgião do Joelho - CRM-PB. 5429

Rua Dr. Chateaubriand 209 - CRM-PB

Campina Grande-PB - CEP 58400-390

Fones: (83) 3341-2665 / 3341-2666

Rua: Nilo Peçanha, 83 - Prata
58400-515 Campina Grande-PB
Fone (83) 2102-2323

119



Fábio Gondim

CRM - 5429



CTO
Clínica de Trauma
e Ortopedia

João Manoel de M

ARFLEX RETARD 200MG 01 CX.
TOMAR 01 CÁPSULA AO DIA (6 DIAS)

XARELTO 10mg 1 CX.
1X AO DIA (7 DIAS)

Dr. Fábio Gondim Neponiucen
Cirurgia do Joelho CRM-PB, 5429
Rua Dr. Chateaubriand, 206 - 680 Jd.
Campina Grande-PB - CEP 58400-395
Fones (83) 99125.2480 / 99125.2480

Rua Dr. Chateaubriand, 206 - São José - PABX: (83) 3341.2560 - Campina Grande - PB
CEP: 58400-395 - (em frente ao HU - antigo Ipase)

(83) 99125.2480
gondimnet@gmail.com



Telefone: (82) 3276-1150

<http://www.barralabpb.com.br>

COMPROVANTE DE ATENDIMENTO

Cliente: JOSE MANOEL DA SILVA

Data Atendimento: 22/11/2018 07.05.40

Protocolo: 60746 Senha: cdf8

Convênios: PARTICULAR BARRALAB I

Pagamentos:

R\$ Orçado	R\$ Desconto	R\$ V. Pago	R\$ Diferença
89,00	0,00	0,00	89,00

Previsão de Entrega dos exames:

23/11/18 |

Exames

CREATININA
GLICOSE JEJUM
HEMOGRAMA
TEMPO DE PROTROMBINA - TP
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO - TTPA
UREIA



Utilize o QR code em seu smartphone, para pegar seu resultado.

Observação: Exames particulares e convênios só serão liberados pela INTERNET após quitação ou entrega da guia do convênio.



70505

Prontuário 37622	Nome do Paciente JOSE MANOEL DA SILVA	Nascimento 25/06/1973	Idade 45	Sexo M	Cor	Naturalidade	Religião 1-CATOLICA
Estado Civil	CPF 27.169.574-95	RG 2267470 SSP PB	Grau de Instrução	Profissão		Fone Residencial 83999788878	Fone Trabalho
Filiação	Mãe: ELVIRA GUEDES CASADO	Pai: MANOEL DA SILVA CASADO NETO				Complemento Endereço	
Endereço	R. JOSE RIBEIRO DINIZ, 31 - CENTRO, BARRA DE SANTA ROSA-PB CEP:						
Atendimento 70505	Data/Hora Atend. 23/11/2018 09:36	Data/Hora Prev. 24/11/2018 10:00	Selo 121710-RECEPÇÃO EMERGÊNCIA / ELETIVA - CNV	Tipo Atendimento 5-INTERNAÇÃO CIRURGICA			
Médico Atendente 10278-FABIO GONDIM NEPOMUCENO				Motivo Atendimento 3-INTERNAÇÃO/ELETIVA			
Piano / Convênio 0-PARTICULAR/0-PARTICULAR	Nº Carteira	Validade	Nº CNS				
Posto POSTO 100	Acomodação 121829 POSTO 100 - APT 119	Leito APT-119 1					
Guia INTERNAÇÃO	Procedimento 99936000 INTERNAÇÃO	*37622*					

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável), Sr(a) JOSE MANOEL DA SILVA, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente _____, CRM _____, Estado do(a) PB para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, e executar tratamentos, operações, anestésias, transfusões de sangue, ou outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades clínico-cirúrgicas do caso, bem como comprometendo-se a respeitar as instruções que lhe forem fornecidas, inclusive quanto a imprevistos oriundos da eventualidade ou da não observância das orientações médicas.

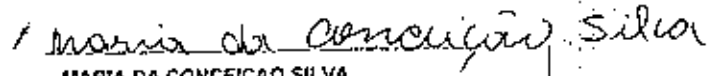
Estou ciente das complicações inerentes ao ato cirúrgico abaixo.

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Responsável: MARIA DA CONCEICAO SILVA
Endereço: R JOSE RIBEIRO DINIZ, 31 Bairro CENTRO, BARRA DE SANTA ROSA-PB
Telefone: 83999788878

CAMPINA GRANDE, 23 de Novembro de 2018


FRANCIANE ARAUJO PEREIRA
Responsável pelo Atendimento


MARIA DA CONCEICAO SILVA
Responsável pelo Paciente



Centro Hospitalar João XXIII
Sistema de Assistência Social e de Saúde



EVOLUÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE *JOSE UNIOG*

QUARTO/LEITO

DATA DE ADMISSÃO

CONVÊNIO *PARTE C*

PRONTUÁRIO

DATA

EVOLUÇÃO

CLINICA ADMISSÃO DE URGÊNCIA

23/11/18

Dr. Fábio Cordim Nestorucci

Medicina - URGÊNCIA

URGÊNCIA PROVA DE QUADE

Dr. Fábio Cordim Nestorucci

Parte oral de 2h
2h p/c

Dr. Fábio Cordim Nestorucci
Cirurgia do Joelho - CRM PB 5429
Rua Dr. Chateaubriand, 206 - São José
Campina Grande - PB - CEP 53040-3
Fone: (83) 3347-2500 / 3347-2501

[illegible]

1ª VIA - PRONTUÁRIO

2ª VIA - FARMÁCIA



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO		NOME: José Manoel de Silva	LEITO: 119
23.11.18 16:40-	Pac. em POS trat. cirurgico ruptura de tendão patelar direito liberado direita, está a uma taxa H/D, afilme e empinico, consciente, orientado, no monitor, em uso de S/B, segue sob os cuidados de enfermagem.		
23.11.18 22h	Paciente em POS de cirurgia de ruptura de tendão patelar direito. Negar náuseas e vômitos, segue sob cuidados de enfermagem.	Alcione Mota dos Santos ENF. 10000 COREN-PB 482167	GERMANA RATA ENFERMEIRA COREN-PB 18390



MATERIAL DESCARTÁVEIS POSTO 100

23.11.18

PACIENTE <u>João Manuel</u>		CONVÊNIO			APTO 119
MATERIAIS	MANHÃ	TARDE	NOITE	AUDITOR	
Frasco para denta					
Agulha de Insulina					
Agulha desc.p/glicemia					
Algodão de algodão			01		
Bolsa de colostomia					
Bureta (microfix)					
Cateter nasal					
Coletor de urina (sist. Fechado)					
Coletor de urina (para incont. Masculina)					
Equipo de Macrogotas					
Equipo de Microgotas					
Equipo de PVC (prvenofix)					
Equipo Fotossensível (branco/Laranja)					
Esparadrapo					
Faixa Crepon (10cm)					
Faixa Crepon (15cm)					
Tira p/glicemia Advantage II					
Gaze (pacote)					
Intracath					
Jelco (angiocath)					
Luva estéril					
Luva Procedimento			04		
Micropore					
Scalp 19,021 e 23					
Seringa descartável (3ml)			01		
Seringa descartável (5ml)					
Seringa descartável (10 ml)			10		
Seringa descartável (20 ml)					
Seringa de insulina					
Sonda Enteral					
Sonda Foley					
Sonda nasogástrica					
Sonda Retal					
Sonda uretral					
Torneira de 3 vias					
Água oxigenada (curativo/lavagem)					
Vaselina					
Soro fisiológico (para curativo)					
Xilocaina Gel (p/sonda)					
Xilocaina (p/sonda p/ passar cateter)					
Tubo endotraqueal nº					
Fio de Sutura nº					
Fio para tubo					
Faixa p/tubo					
Outros					



Centro Hospitalar João XXIII
Sistema de Assistência Social e de Saúde

SAS

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE:

JRTO/LEITO

519

DATA ADMISS.:

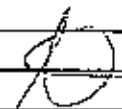
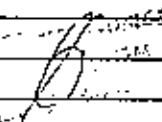
CONVÊNIO

PRONTUÁRIO:

DATA	HORAS	PA(mmHg)	TC	R(irp)	P(bpm)	SPO2	DIETA	DIURESE	FEZES	HGT	V.INSULINA	DRENO	ASS.TEC ENFERM+COREN
3.11	30h	120x80											
3.11.18	20h	120x70			49								Raizale

CONTROLE DE OXIGÊNIO

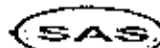
CONTÍNUO ()				CONTÍNUO ()				CONTÍNUO ()				CONTÍNUO ()			
\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS
LIGADO				LIGADO				LIGADO				LIGADO			
ESLIG:				DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:			
\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS
LIGADO				LIGADO				LIGADO				LIGADO			
ESLIG:				DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:			
\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS
LIGADO				LIGADO				LIGADO				LIGADO			
ESLIG:				DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:			

ATA:	HORAS:	EVOLUÇÃO (ASS. DO TÉC. DE ENFERMAGEM + CARIMBO)
2.11	10h	Paciente admitida para procedimento específico. 
3.11.18	20h5	Paciente em POZ de ruptura total, consciente, orientada, aceita pouca dieta, mac. por, mantendo venoclises, sem intervenções, segue sob cuidados da equipe de enfermagem.
4.11	08:00	Pac. f.o. transferida para hospital, realizado curativo. 



Centro Hospitalar João XXIII

SISTEMA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DE SAÚDE



MATERIAL DESCARTÁVEIS POSTO 100

24.11.18

PACIENTE <i>João Moniz da Silva</i>		CONVÊNIO		APTO
MATERIAIS	MANHÃ	TARDE	NOITE	AUDITOR
Frasco para denta				
Agulha de Insulina				
Agulha desc.p/glicemia				
Algodão Ortopédico <i>200</i>	<i>01</i>			
Bolsa de colostomia				
Bureta (microfix)				
Cateter nasal				
Coletor de urina (sist. Fechado)				
Coletor de urina (para incont. Masculina)				
Equipo de Macrogotas				
Equipo de Microgotas				
Equipo de PVC (prvenofix)				
Equipo Fotossensível (branco/Laranja)				
Esparadrapo				
Faixa Crepon (10cm)				
Faixa Crepon (15cm)	<i>02</i>			
Tira p/glicemia Advantage II				
Gaze (pacote)	<i>04</i>			
Intracath				
Jelco (angiocath)				
Luva estéril				
Luva Procedimento	<i>02</i>			
Micropore	<i>20 e 22</i>			
Scalp 19,021 e 23				
Seringa descartável (3ml)				
Seringa descartável (5ml)				
Seringa descartável (10 ml)				
Seringa descartável (20 ml)				
Seringa de insulina				
Sonda Enteral				
Sonda Foley				
Sonda nasogástrica				
Sonda Retal				
Sonda uretral				
Torneira de 3 vias				
Água oxigenada (curativo/lavagem)				
Vaselina				
Soro fisiológico (para curativo) <i>100ml</i>	<i>01</i>			
Xilocaina Gel (p/sonda)				
Xilocaina (p/sonda p/ passar cateter)				
Tubo endotraqueal nº				
Fio de Sutura nº				
Fio para tubo				
Faixa p/tubo				



CHECK-LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 23.11.2018 Hora: 10:45

Procedimento a ser realizado:

☐ Geral ☒ Ortopedia ☐ Cirurgia Cardíaca

CHECK-LIST

Identificação: Etiqueta do paciente

José Manoel de Silva

☒ Prontuário Completo

☐ Pulseira de Identificação

☐ Avaliação Pré-Anestésica

☐ Consentimento Cirúrgico

☐ Jejum desde: 23.11.18 às 06:00h ECG

☐ Alergias: nenhuma

☒ Retirada de adornos, prótese, dentadura, lentes e roupas íntimas

☐ Pen Drive/ CD

☐ Tricotomia local da cirurgia

☒ Exames Laboratoriais

☒ Exames Radiográficos Rx / RM

Técnico de Enfermagem

OBS:

Isabel Duarte

COREN:

Raissa Milane de S. Oliveira
Téc. de Enfermagem
COREN-PA 1082561



Centro Hospitalar João XXIII

Sistema de Assistência Social e de Saúde

SAS

NOTA DE SALA

Paciente: José Amador da Silva

Leito: 119 Convênio: Parto Idade: 450 Registro: 32622

Cirurgião: Dr. Cassiano Augusto Faria Anestesia: Roraima

Cirurgião: Dr. Fábio Gondim Anestesiista: Dr. O. P. Bento

Instrumentador(a): Rafael

Data: 23/11/98 Início: 14:00h Término: 15:15h

QTD	MED. ANESTÉSICAS	QTD	MEDICAÇÕES	QTD	SONDA FOLEY 3V Nº
	ALFENTANIL 5ML #		NEOSTIGMINA 5MG/ML		SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº
	ATACURIO 10MG 2,5ML #		NITROGLICERINA 25MG		SONDA URETRAL Nº
01	BUPIVACAÍNA+GLICOSE 0,5% PESADA 1ML		OMEPRAZOL 40MG		TORNEIRINHA TRÊS VIAS
	CETAMINA 50MG 10ML #	02	ONDANSETRONA 4MG 2ML	QTD	FIOS
	CISATACURIO 10MG 5ML		PRUTAMINA 1000UI/ML 5ML		ACIFLEX 5 W401050X4
01	CLONIDINA 150MCG/1ML	03	RANITIDINA 50MG/ML 2ML		CERA P/OSSE WAX01025B
	ETOMIDATO 2MG 10ML #		SOLUÇÃO CARDIOLÓGICA 10ML		ETHIBOND 0 PEV05A45
	PENTANIL 50MCG 2ML #		SULFATO DE MAGNÉSIO 10% 10ML		ETHIBOND 2-0 PEV202MR22T
	PENTANIL 50MCG 10ML #		SUXAMETÔNIO 100MG 5ML		ETHIBOND 2-0 C/AG. 2,0 PEV202MR20
	PENTANIL+DROPERIDOL 2ML (NIFERIDOL) #		TENOXICAM 20MG		ETHIBOND 5-0 C/AG. 4,7 PEV54MTC480
01	MIDAZOLAM 15MG 3ML #		TROMETAMOL 30MG/ML		LIGA CLIP 100(1201)
	MIDAZOLAM 50MG 10ML #	100	CLORHEXIDINA ALCOÓLICA		LIGA CLIP 200(2200)
	MORFINA 1MG 2ML #	100	CLORHEXIDINA DEGERMANTE 4%	03	MONONYLON 2-0 C/AG. 3,0 NL20CT30S3
01	MORFINA 0,2MG 1ML #	QTD	MATERIAL		MONONYLON 3-0 C/AG. 2,4 NL30CT24S3
	NALOXONA 0,4MG 1ML #		AGULHA DESC. 13X4,5		MONONYLON 4-0 NL40CT30S3
	PANCURONIO 2MG 2ML #		AGULHA DESC. 25X7,0		POLYCOT 0 C/AG. 3,0 AA0CR30G
	PROPOVAN 1% 20ML #	02	AGULHA DESC. 40X12		POLYCOT 1 AA05A45
	ROCURONIO 10MG 5ML #		AGULHA PERIDURAL Nº		POLYCOT 2-0 AA20CR30G
	SEVOFLURANO 100% 250ML #	03	AGULHA RAQUE Nº 23		POLYCOT 3-0 S/AG. AA30SA45
	TRAMADOL 100MG 2ML #	03	ATADURA DE CREPOM Nº 30		POLYCOT 3-0 C/AG. 3,0 AA30CR30G
	TRAMADOL 50MG 1ML #		ATADURA CESSADA Nº		PROLENE 4-0 PL402MR22AP
QTD	MEDICAÇÕES		BOLSA COLOSTOMIA 30MM		PROLENE 5-0 PL502MR17AP
	ACIDO TRANEXAMICO 250MG 5ML		BORRACHA SILICONE Nº2D4 MT		PROLENE 7-0 PL702CR10AP
	AMINOFILINA 24MG/ML 10ML	04	CATETER P/02		PROLENE 6-0 PL602CR13AP
	AGUA DESTILADA 10ML		CATETER PERIDURAL Nº		PROLENE 8-0 SE6680/2.45H
	ATROPINA 0,25MG/ML 1ML	05	CAMPO OPERATORIO GRANDE UNO	02	VICRYL 0 C/AG. 4,0 GA09125H 109098-7.5H
	BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% 10ML	10	COMPRESSA DE GAZE ENV. C/10UNDS		VICRYL 2-0 PGLA20MR48ER
	ESMOLOL 10MG/10ML		COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO		VICRYL 3-0 C/AG. 1,9 PE19303-BH
01	CEFALOTINA 1GR		DRENO Nº		VICRYL 3-0 C/AG. 2,5 AB530MR26G
	CEFALOTINA 1GR	05	ELETRODO DESCARTÁVEL		
	CEFTRIAXONA 1GR	03	EQUIPO MACRO GOTAS C/INJETOR		
	CLORETO DE CÁLCIO 10% 10ML		EQUIPO MICRO GOTAS C/INJETOR		
	CLORETO DE POTÁSSIO 19,1% 10ML		EQUIPO P/ARTROSCOPIA 4VIAS		
	CLORIDRATO DE PAPAVERINA 100MG 2ML	80	ESPARADRAPO C/M		
03	CETOPROFENO 100MG IV		FILTRO P/RESPIRADOR C/TRAQUEIA	02	SORO RINGER C/LACTATO 500ML
03	DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5ML		FITA MICROPORE		ORTESE E PROTESE
02	DIPIRONA SÓDICA 2ML 500MG/ML	01	GELCO Nº 20	01	Kit de Kuxluma nº 3,0
	DIMENID+PIRIDOX+GLICOSE+FRUT 06 EV OL		INTRACATH ADULTO Nº		
01	EPEDRINA 50MG 1ML		LAMINA DE BISTURI Nº11		
	ESCOPOLAMINA SIMPLES 20MG 1ML		LAMINA DE BISTURI Nº15		
	ESCOPOLAMINA+DIPIRONA 5ML	01	LAMINA DE BISTURI Nº23		
	EPINEFRINA 1MG/ML 1ML	03	LUVA DE PROCEDIMENTO TAM M.		
	PITOMONEDIONA 10MG/1ML EV		LUVA ESTÉRIL Nº6,5		
	FUROSEMIDA 20MG 2ML	01	LUVA ESTÉRIL Nº7,0		
	GENTAMICINA 80MG 2ML	02	LUVA ESTÉRIL Nº7,5		
	GLICOSE 50% 10ML		LUVA ESTÉRIL Nº8,0		
	HEPARINA 5000UI 5ML	02	LUVA ESTÉRIL Nº8,5		
	HIDROCORTISONA 100MG		SERINGA DESC. C/AG. 1ML		
	HIDROCORTISONA 500MG		SERINGA DESC. C/AG. 3ML		
	HISOCOL SOL. DE GELATINA 3,5% 500ML	01	SERINGA DESC. C/AG. 5ML		
	LEVOPRIVACAÍNA 0,5% C/VASO	01	SERINGA DESC. C/AG. 10ML		
	LEVOPRIVACAÍNA 0,5% S/VASO	01	SERINGA DESC. C/AG. 20ML		
	LIDOCAÍNA COM VASO 2% 20ML		SERINGA DESC. 60ML. BICO LONGO		
	LIDOCAÍNA SEM VASO 2% 20ML		SONDA ENDOTRAQUEAL C/BI. Nº		
	METRONIDAZOL 500MG 0,5%		SONDA FOLEY 2V Nº		
	METOCLOPRAMIDA 10MG 2ML				

Circulante Responsável:



anestesiologia CRM/PB - 4167

CONSULTÓRIO: Rua Duque de Caxias, 641 - Sala 08 - Edif. Centro Médico São Francisco - Praça

CEP 58400-506 - Campina Grande - PB - Fone/Fax: (83) 3341.6181

Celulares: 99971.2305 / 98630.8555 - Fone/Fax Residencial: (83) 3321.8141

"Somos mais que vencedores por meio daquele que nos amou." Rm 8:37

Nome: FOSF MANOEL DA SILVA Idade: 45 Cor: P
Convênio/Acomodação: PROTEC Data/Cirurgia: 23/11/18
Hospital: F. X. D. Cirurgião: FABIO CORREIA
Cirurgia: 100. EXPLANTACAO DE TUMOR PROSTATAS B1

INTERROGATÓRIO SISTEMÁTICO

CONSULTA PRÉ-ANESTÉSICA: ☐ SIM ☒ NÃO

AValiação PRÉ-ANESTÉSICA: ☒ SIM ☐ NÃO

GERAIS:

GERAIS: FERRE ✓ VÔMITOS ✓ ADINAMIA ✓ PRÓTESE DENT.: NÃO Sim Sup. Inf.

RESPIRATÓRIO: TOSSE ✓ CORIZA ✓ DISPNEIA ✓

CARDIOVASCULAR: MIOCARDIO ✓ VALVARY ✓ CONDUÇÃO ✓ ANGINA ✓ Hb ✓

DIGESTIVO: ESVAZ GASTR. ✓ NORMAL ANORMAL ✓ HÁBITO INTESTINAL: REG IRREG ✓

SIST. NERVOSO CENTRAL: ✓

HÁBITOS: TABAGISMO ✓ ETILISMO ✓

DROGA/MEDIC.: ✓

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

ALERGIA À DROGAS: N S

ANESTESIA PRÉVIA: N S

COAGULOPATIA S N TIREÓIDE ✓ DIABETES S N HEPATITE S N LCFA S N IRA S N IRC S N

EXAME FÍSICO

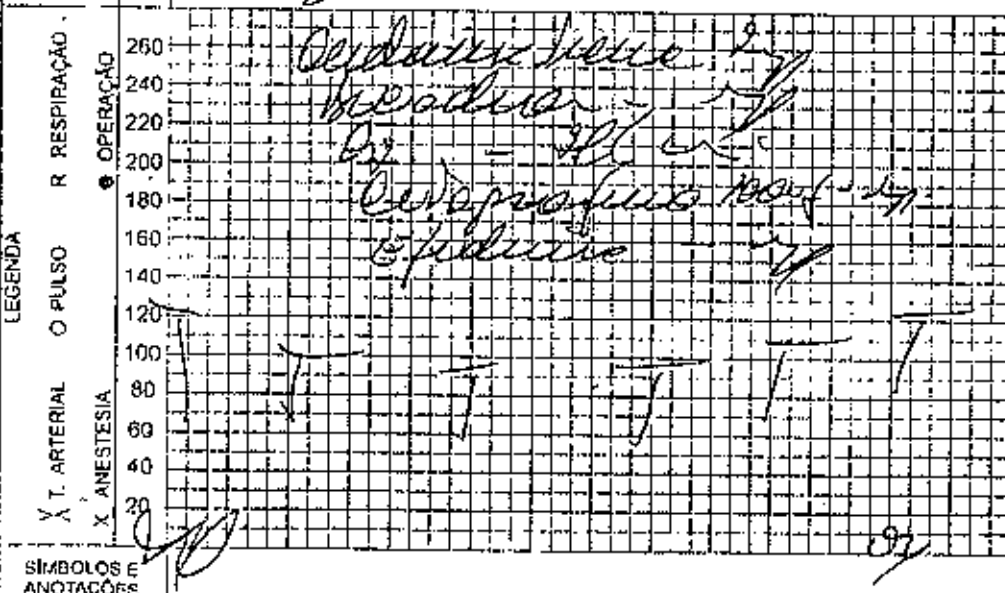
GERAL: BEG REG MEG CONSCIENTE INCONSCIENTE EXCEPCIONAL PESO

MUCOSAS: ✓ ATM NORMAL: S N PESCOÇO NORMAL: S N MALLAMPATTI: 2 TÓRAX: S N

AUSCULTA: PULMONAR: ✓ CARDÍACA: ✓ COLUMA NORMAL: S N

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:

HORARIO	AGENTES ANESTÉSICOS	LÍQUIDOS
<u>15:15</u>	<u>1000</u>	<u>1000</u>
<u>15:15</u>	<u>1000</u>	<u>1000</u>
<u>15:15</u>	<u>1000</u>	<u>1000</u>



SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

TÉCNICA: ☒ ENDOVENOSA ☐ INTERCOSTAL ☒ BLOQUEIO INTRATECAL ☐ BLOQUEIO PERIFÉRICO ☐ BLOQUEIO DE PLEXO ☐ BLOQUEIO BEER

MONITORIZAÇÃO

OXIMETRIA DE PULSO ☒ TEMPERATURA ☐
MONITOR CARDÍACO ☒ PAM NÃO INVASIVA ☐
CAPNOGRAFIA ☐ PAM INVASIVA ☐
ESTEL. PRECÓRDEAL ☐ ESTEL. ESOFÁGICO ☐
TOF ☐ ANAL. GASES ☐

INDUÇÃO

SATISF.: EXC TOSSE: ✓ NÁUSEA: ✓
LARINGOSPASMO: ✓ LENTO: ✓ VÔMITO: ✓

PROFUNDIZAÇÃO

Feltes 20 - 1000
Diazepam 10 - 1000
Vecuronio 0.2 - 1000
Clonidine 1 - 1000
Atropina 1 - 1000
Cefazolin - 2g
Vecuronio - 2g
Pancitidina - 10

ANESTESIA SATISF.: S N

DESPERTAR

REFLEXOS NA SO ✓

OBSTR.: CO EXCIT.: ✓

NÁUSEA: ✓ VÔMITO: ✓

OUTROS: ✓

COM CÂMULA P/ UNTO: S N

CONDIÇÕES: 100%

EXAMES COMPLEMENTARES

COAGULOGRAMA: Ts: ✓ Tc: ✓ TPA: ✓ TAP: ✓ Pla.: ✓
HEMOGRAMA: Ht: ✓ Hb: ✓ TIPO SANGÜÍNEO: ✓ Rh { + / - }
BIOQUÍMICA: Uréa: ✓ Creatinina: ✓ Sódio: ✓ Potássio: ✓ Glic: ✓
ECG: ✓ RX TORAX: ✓

Hospital João XXIII (SAS)

Data: 23 /11/2017

Paciente: Jose manael silva

Cirurgião: DR Fabio gondim

Auxiliar :

Segundo:

Anestesista: DR Alberto nunes

Instrumentadora: misael

Circulante:

Diagnostico: lesão avulsão do tendão patelar por colisao

Cirurgia: tenorrafia tednao patelar e cerclagemrtroscopia para histopatológico e limpeza

Acidentes durante a cirurgia:

Descrição cirúrgica:

1 Decubito dorsal sob raquianestesia

2 Incisao medial do joelho dir e individualizado restos do tendao patelar

3 assepsia e antissepsia e aposição de campos estéreis

4 passagem do fio de aço em patela e tat.

5 sutura com tenorrafia patelar

6 sutura com nylon

07 curativo.

Fábio Gondim Nepomuceno
Dr. Fábio Gondim Nepomuceno
Cirurgião de Joelho - CRM-PB. 5429
Rua Dr. Camilo Gomes, 205 - São João
Camela - João Pessoa - PB - CEP 58400-300
Fone: (33) 3333-2250 / 3333-2550
Fax: (33) 3333-2550



Nome: JOSE MANOEL DA SILVA

Médico: Dr(a) FABIO GONDIM NEPOMUCENO

Exame: RM JOELHO DIREITO

ID: 0003874430

Data: 21/11/2018

ID Ex.: 0070956410

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

TÉCNICA:

Exame realizado com sequências FSE e gradiente eco ponderadas em T1 e T2, em planos de cortes múltiplos, alguns com técnica para supressão do sinal da gordura, sem o uso de contraste endovenoso.

ANÁLISE:

Rotura completa do tendão patelar, com "gap" entre os cotos tendíneos de cerca de 3.9 cm, com coleção hemática interposta e edema em partes moles adjacentes.

Patela alta, centrada e sem bascula significativa.

Rotura completa dos ligamentos patelofemorais.

Tendinose/tendinopatia pós-traumática do quadríceps.

Ligamentos cruzados anterior e posterior com espessura, orientação e intensidade de sinal habituais.

Rotura oblíqua do corno posterior do menisco medial, com fissura atingindo a superfície articular inferior.

Menisco lateral com morfologia e contornos normais, sem evidências de roturas.

Estiramento do ligamento colateral medial.

Ligamento colateral lateral com espessura, orientação e intensidade de sinal habituais.

Demais estruturas do canto posterolateral sem alterações evidentes.

Volumoso derrame articular.

UNIDADE I

Rua Capitão João Alves de Lira, 742 - Prata
Fone (83) 3310 3000

UNIDADE II

Av. Floriano Peixoto, 804 - Centro
Fone (83) 3315 7000

UNIDADE III

Clinica Santa Clara
Fone (83) 3310 3000



Nome: JOSE MANOEL DA SILVA

ID: 0003874430

Médico: Dr(a) FABIO GONDIM NEPOMUCENO

Data: 21/11/2018

Exame: RM JOELHO DIREITO

ID Ex.: 0070956410

Planos musculares com trofismo preservado.

IMPRESSÃO:

Rotura completa das fibras distais do tendão patelar, com "gap" entre os cotos tendíneos de cerca de 4.0 cm, com coleção hemática interposta e edema em partes moles adjacentes.

Patela alta, centrada e sem báscula significativa.

Rotura completa dos ligamentos patelofemorais.

Rotura oblíqua do cornu posterior do menisco medial.

Estiramento do ligamento colateral medial.

Volumoso derrame articular.

* Exame documentado em 08 películas fotográficas.

rb-

Dra. LUISA ROSAS WANDERLEY
RADIOLOGISTA
CRM-PB 8238

UNIDADE I

Rua Capitão João Alves de Lira, 742 - Prata
Fone (83) 3310 3000

Dr. MAURO CALDAS MENDES FILHO
RADIOLOGISTA
CRM-PB 8237

UNIDADE II

Av. Floriano Peixoto, 804 - Centro
Fone (83) 3315 7000

UNIDADE III

Clinica Santa Clara
Fone (83) 3310 3000

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
NATIONAL BUREAU OF IDENTIFICATION

Nome: JOSE MANOEL DA SILVA

DOCUMENTAÇÃO / DOCUMENTATION
2267470 887 PB

CPF: 027.169.574-95 para identificação: 25/06/1973

FUNÇÃO:
MANOEL DA SILVA CASADO
NETO
ELVIRA GUEDES CASADO

População: ACC: C/P: AD

Nº de identificação: 00430475504 VIGÊNCIA: 05/09/2022 11/11/1998

Observações:

Assinatura do Portador

LOCAL: CAMPINA GRANDE, PB DATA RECEBIDO: 13/09/2017

Assinatura do Recebido

81041454763
PB035181540

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1497910839

RECÍPITO PLASTIFICAR 1497910839

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA DE IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02

P-20

Jose Manoel da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.267.470 -2 VIA DATA DE EMISSÃO 10/12/2012

NOME JOSÉ MANOEL DA SILVA

FILIAÇÃO MANOEL DA SILVA CASADO NETO
ELIVIRA GUEDES CASADO

NATURALIDADE BARRA DE SANTA ROSA-PB DATA DE NASCIMENTO 25/06/1973

DOC ORGEM

NASC. N. 11373 FLS. 23 LIV. 23-A

CARTÓRIO H. DE STA. ROSA

027.169.574-95

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.156 DE 29.06.63

TEM SE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 14347388

USO ORIGINÁRIO
IDENTIFICAÇÃO PARA TODOS OS FINS LEGAIS
Art. 13, IV, VI e VII, do MPDAG



Ministério da Fazenda

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome da Inscrição
105.330.734-99

Nome
BARBARA NAYNMAR SOUSA LINS

Nascimento
14/06/1984

Documentos de Identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome da Inscrição
105.330.734-99

Nome
BARBARA NAYNMAR SOUSA LINS

Nascimento
14/06/1984



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADA

Nome
BARBARA NAYNMAR SOUSA LINS

Filiado
**MARILZO LINS SILVA
JEANE SILVA SOUSA**

Nacionalidade
CAMPINA GRANDE-PB

CPF
3874271-8

SSD/SPE
SSD/SPE

Atividade de Advogado e Técnico
NÃO DECLARADO

Data de Nascimento
14/06/1984

CPF
105.330.734-99

Data de Emissão
01/22/01/2015

Assinatura
ANTONIO CARLOS SILVA E SILVA

24609




Cartão de uso pessoal e intransferível
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

CORREIOS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013929435720
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 0052579616-9 00/00000000 2018

NOSSO Nº 20181100000723-9

JOSE MANOEL DA SILVA P E M M E

CPF/CNPJ 07800937000190 PLACA NOB1852/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB 9C2KC1670DR017405

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI ANO FAB 2013 ANO MOD 2013

CAP/POT/CL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 00/00/0000 1º 2º 3º

P V A FICHA LERVA PARCELAMENTO / COTAS 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 00000000 NOF (R\$) 00000000 PRÊMIO TOTAL (R\$) 00000000 DATA DE PAGAMENTO 28/02/2018

SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL BARRA DE SANTA RITA DATA 19/03/2018

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

PB Nº 013929435720 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
CAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 19/03/2018

VIA 1 07800937000190 PLACA NOB1852/PB

RENAVAM 00525796169 MARCA/MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB 2013 CAT USP 9 Nº CHASSI 9C2KC1670DR017405

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNC (R\$) ***** DENATRAM (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** NOF (R\$) SEGURO PRELAC/COB/RES/INOC/PAGO

PAGAMENTO S COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE OUTRAGAO 28/02/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
 CNPJ 09.848.006/0001-04

40657-584 20-80319

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190238597 **Cidade:** Barra de Santa Rosa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MANOEL DA SILVA **Data do acidente:** 25/10/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO (RUPTURA DO TENDÃO PATELAR)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE AÇO/TENORRAFIA) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PAG 19.

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0105962/19

Vítima: JOSE MANOEL DA SILVA

Data do acidente: 25/10/2018

CPF: 027.169.574-95

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE MANOEL DA SILVA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

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

BARBARA NAYNNAR SOUSA LINS : 105.330.734-99

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

Outros



JOSE MANOEL DA SILVA : 027.169.574-95

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: 28/03/2019
Nome: JOSE MANOEL DA SILVA
CPF: 027.169.574-95

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/03/2019
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

JOSE MANOEL DA SILVA

Patricia Aleixo Silva

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



Seguradora Líder - DPVAT

COBERTURA SOLICITADA

() MORTE (X) INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA JOSE MANOEL DA SILVA

DATA DO ACIDENTE 25/10/18 POSSUI CPF (X) SIM () NÃO Nº CPF 027.169.574-45

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

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

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

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

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- () Declaração de Cônjuge (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)

- () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)

- () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)

- () Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge

- () Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- () Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- () Declaração de Únicos Herdeiros (original)

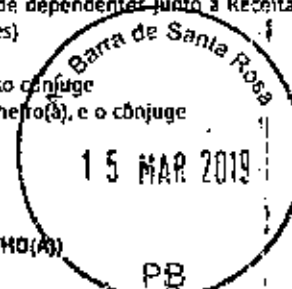
BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- () Declaração de Únicos Herdeiros (original)

- () Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)

- () Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)

- () Outros Documentos apresentados: _____



PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) JOSE MANOEL DA SILVA

Quem é o portador? (X) Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador: 027.169.574-45

E-mail: BUSC_BARRA@HOTMAIL.COM Telefone: 83 99978888

Data: 15.03.19 Assinatura: JOSE MANOEL DA SILVA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AGET 10 Barra de Santa Rosa

Atendente JOSE LUCAS LIMA TUN Matrícula 8.476.918-1

Data: 15/03/19 Assinatura: _____

CH. ACBP Barra de Santa Rosa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0105962/19

Número do Sinistro: 3190238597

Vítima: JOSE MANOEL DA SILVA

CPF: 027.169.574-95

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Outros



Data do acidente: 25/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE MANOEL DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

BARBARA NAYNNAR SOUSA LINS : 105.330.734-99

Procuração

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: 06/05/2019
Nome: JOSE MANOEL DA SILVA
CPF: 027.169.574-95

JOSE MANOEL DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/05/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



Seguradora Líder - DPVAT

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA JOSE MANOEL DA SILVA

DATA DO ACIDENTE 25/10/18 POSSUI CPF ☐ SIM ☐ NÃO Nº CPF 027.169.574-95

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

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

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

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

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Declaração de Cônjuge (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Certidão de União dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de União dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples) P.B.
- ☐ Outros Documentos apresentados:



PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) JOSE MANOEL DA SILVA

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador 027.169.574-95

E-mail _____ Telefone (83) 99768878

Data 17.04.19 Assinatura João Manoel da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) _____

Atendente _____ Matrícula Jose Lucas Lima Tufes

Data: _____ Assinatura: _____ Mat. 8.476.918-1

CH. ACOP - Ponta da Sta. Rosa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190238597 **Cidade:** Barra de Santa Rosa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MANOEL DA SILVA **Data do acidente:** 25/10/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO (RUPTURA DO TENDÃO PATELAR)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE AÇO/TENORRAFIA) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PAG 19.

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75