



Número: **0817929-35.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DANIEL BRAZ (AUTOR)		JOSE RUBENS DE MOURA FILHO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31787672	25/06/2020 09:49	2727736_CONTESTACAO_Anexo_01	Outros Documentos



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 Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190571017

Vítima: DANIEL BRAZ

Data do Acidente: 12/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANIEL BRAZ

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,

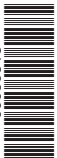
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14849760

Pag. 00685/00686 - carta_01 - INVALIDEZ

00030343





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

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190571017

Vítima: DANIEL BRAZ

Data do Acidente: 12/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPTÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DANIEL BRAZ

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00503/00504 - carta_02 - INVALIDEZ

00070252



Carta nº 14953711





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

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190571017

Vítima: DANIEL BRAZ

Data do Acidente: 12/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIEL BRAZ

Informamos que o pagamento da indenização do 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 dos ombros
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: **DANIEL BRAZ**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001657**

Conta: **000000007951-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 131.583.794-30 4 - Nome completo da vítima: DANIEL BRAZ

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

5 - Nome completo: DANIEL BRAZ 6 - CPF: 131.583.794-30
7 - Profissão: Recusado Informar 8 - Endereço: AV MIN JOSE AMERICO DE ALMEIDA 9 - Número: SN 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: MIRAMAR 12 - Cidade: JOAO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (830 9 88216903

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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:

AGÊNCIA: 1657

CONTA: 00007951

8

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA-PB, 07/10/2019

Daniel Braz

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DOC Nº 1 V002/2019





SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 11256.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 11256.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:58 horas do dia 27 de setembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Adonis Coelho Regadas, Agente de Investigação, matrícula 1331728, ao final assinado, compareceu **Daniel Braz**, CPF nº 131.583.794-30, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Ajudante de Refrigeração, filho(a) de Cecília Severina da Conceição e Jose Antonio Braz, natural de Itambe/PE, nascido(a) em 01/08/1998 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) R. São Pedro, Nº 275, complemento Bairro - Centro, tendo como ponto de referência Próximo Ao Colégio Zé do Grupo, na cidade de Itambe/PE, telefone(s) para contato (83) 99452-0283.

Dados do(s) Fatos:

Local: Outros, São Miguel de Taipu/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 12/06/19 00:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

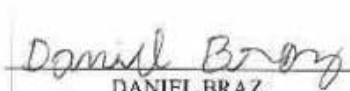
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia, o veículo, HONDA/NXR 160 BROS ESDD ano/mod. 2019, Cor: Vermelha, PLACA: PDE1379/PE, - Chassi: 9C2KD0810KR119277, na BR 230, quando foi surpreendido por outro veículo que o noticiante não identificou, vindo a colidir na traseira do veículo em que o noticiante conduzia, fazendo com que o noticiante caísse ao solo, onde terceiros ligou para o SAMU e logo após foi conduzido, para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde foi atendido e Diagnosticado com TCE LEVE + FERIMENTOS MÚLTIPLOS DA FACE (PERIORBITAL D + SUPERCÍLIO D) + FRATURAS MÚLTIPLAS DO OMBRO E (CORACOIDE + ESCAPULA E) - CID S00.9 + S 01.7 + S 42.1 - Conforme LAUDO MÉDICO emitido pelo Dr. Ewerton Noronha Teixeira - CRM: 2516/PB.

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

João Pessoa/PB, 27 de setembro de 2019.


ADONIS COELHO REGADAS
Agente de Investigação


DANIEL BRAZ
Noticiante



Procedimento Policial: 11256.01.2019.1.00.401





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 131.583.794-30 4 - Nome completo da vítima: DANIEL BRAZ

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

5 - Nome completo: DANIEL BRAZ 6 - CPF: 131.583.794-30
7 - Profissão: Recusado Informar 8 - Endereço: AV MIN JOSE AMERICO DE ALMEIDA 9 - Número: SN 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: MIRAMAR 12 - Cidade: JOAO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (830 9 88216903

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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: _____

AGÊNCIA: 1657 CONTA: 00007951 8 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34
Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA-PB, 07/10/2019

Daniel Braz

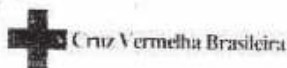
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DOC Nº 1 V002/2019





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1170097



Identificação do paciente				
ID 991061	Nome DANIEL BRAZ	Sexo Masculino		
Data de nascimento 01/08/1998	Idade 20 anos 10 meses 11 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário 92887
Mãe CECILIA SEVERINA DA CONCEICAO	Pai JOSE ANTONIO BRAZ		Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
Escolaridade MEDIO INCOMPLETO	DDD Celular 83		Celular 989703292	DDD Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 10349791	Nº Cns 702403574060928		
Local de procedência PEDRAS DE FOGO	Tipo MUNICIPIO		UF PB	
Email	Naturalidade ITAMBÉ	CBO/R		
Endereço				
CEP 55920000	Município de residência ITAMBÉ	UF PE	Logradouro SAO PEDRO	
Número 235	Complemento	Bairro CENTRO		
Admissão				
Data e Hora 12/06/2019 01:05:36	Número da pulseira 100007561046	Convênio SUS		
Especialidade CLINICA MEDICA	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RODOVIA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	COMPREV COMPREV PREVIDENCIA	Voio de ambulância Não	Trauma Não
Melo de transporte SAMU	Quem transportou 07 OUT. 2019			
Sinais Vitais				
PA x mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []				
Ultrasonografia []				
Dados clínicos Paciente vítima de acidente de moto, consciente, orientado. segue aos cuidados.				
Diagnóstico				CID
Atendido por MARCIO MACEDO DA SILVA				Tempo 42seg

Imprimir



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: 25/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL BRAZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01657

CONTA: 000000007951-8

Nr. da Autenticação B54CD995A0132B87



MARIA DAS DORES DA SILVA
AV. MIN. JOSE AVERCO DE ALMEIDA, S/N - MIRAMAR
JOÃO PESSOA / PB CEP 58070000 (A.D. 1)

Ligação MONTE CASCO
Cidade: RIO M. C. B. / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Ribeiro 2-5-75-1580 Referência: Set / 2019
Medidor 895.00828134 Sim 5899 05/09/2019

Energisa
ENERGISA PARÁRISTRIÇÃO DE ENERGIA S/A
Br 230 Km 25 - Grato Recreio - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
FAP/28.955 157/000140 - Ins. Est - 15.015.923-0
Nota Fiscal: Contador: Energisa S/A - 0032.507/117
Cod. para Dts. Autenticação: 0006614748

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

Conta referente a: Apresentação Data prevista da próxima leitura CDT / CNPJ / RAN
Set / 2019 05/09/2019 07/10/2019
Ins. Est - 15.015.923-0

Consulte o MOVIMENTO VACINA BRASIL, Sabe mais em
saude.gov.br/vacinasbrasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
08/08/19	32878	05/09/19	32871	
Demonstrativo				
CD	Descrição	Quantidade	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)
0001	Consumo em kWh	83.000 (32878-32871)	75.51 25	16.97 76.51 0.75 2.45
0001	Adc. B. Verneha	8.35	6.36 25	1.34 8.35 0.05 8.34
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0301	CONTRIB. SERV. LUM. PÚBLICA	8.33	0.00 0	0.00 0.00 0.00 0.00
3904	JURIS DE MORA 07/2019	0.71	0.00 0	0.00 0.00 0.00 0.00
0805	MULTA 07/2019	7.85	0.00 0	0.00 0.00 0.00 0.00
8805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2019	0.21	0.00 0	0.00 0.00 0.00 0.00
3802	SEM SEGURO - ADE / ASSURANT 07/2019	7.84	0.00 0	0.00 0.00 0.00 0.00

CD: Código de Classificação de tem TOTAL 83.80 80.05 20.21 80.99 0.00 2.89
Tarifa de Tributos 0,589950

12/09/2019 R\$ 93,80

174 | 194 | 239 | 201 | 189 | 127 | 114 | 173 | 182 | 36 | 102 | 101
Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19 Jun/19 Jul/19 Ago/19

RESERVAÇÃO AO DEBITO
1158.0d02 8b2b.56a8.e35e.1db9.8396.f51f

Indicadores de Qualidade				Comparação com Consumidor	
	Limite da ANEEL	Atividade	Limite de Tolerância (%)	Discriminação	Valor (%)
DACMENSAL	4.82	5.00	NOMINAL	Serviço de Distribuição de Energia Elétrica	10.55 21.57
DIC TRIMESTRAL	6.87			Perda de Energia	19.65 21.41
DIC ANUAL	18.34			Perda de Transmissão	3.26 3.29
DIC MENSAL	3.14	0.00	CONTRA TABELA	Indicador de Qualidade de Serviço	10.55 21.57
FC TRIMESTRAL	2.22		LIMITES SUPERIOR	Outros Serviços	7.14 7.81
FC ANUAL	12.48				
DMC	2.89	0.00			
QDQ	12.22				
				Total	83.80 100.00

AVISO: Permanecerá em caráter de DEBITO ANTECIPADO, se reservado a suspensão do fornecimento de energia elétrica a qualquer momento até o decorrer do prazo de 30 dias para o pagamento do débito, sob pena de suspensão do fornecimento de energia elétrica e não pagar. Resgate Tarifa: Aplicar a Tarifa de Resgate (TR) de 0,0011 por kWh, com Juros de 100% ao ano. Resgate Tarifa: Aplicar a Tarifa de Resgate (TR) de 0,0011 por kWh, com Juros de 100% ao ano. Última Tarifa: 0,0011 por kWh. Condição: SEM SEGURO - ADE / ASSURANT. O consumidor não pode cancelar o contrato de energia elétrica e a emissão de fatura sem estas condições podem ser consultadas a qualquer momento na distribuição.

RECIBO DO ARRECADADOR
83660000000-1 93600149000-3 00414742019-6 09700006019-0

PAGADOR MARIA DAS DORES DA SILVA - CPF/CNPJ: 11.611.110/11.111
AV. MIN. JOSE AVERCO DE ALMEIDA, S/N - MIRAMAR - JOÃO PESSOA / PB CEP 58070000
UC 541474-8 Fatura 2-5-75-1580 Referência Set / 2019 Data de Vencimento 12/09/2019 Valor de Desconto 63.63
BENEFICIÁRIO ENERGISA PARÁRISTRIÇÃO DE ENERGIA S/A CNPJ 03.083.133/0001-43
Br 230, Km 25 - Grato Recreio - João Pessoa / PB - CEP 58071-680





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE DANIEL BRAZ
DADOS DE NASCIMENTO 01/08/98
NOME DA MÃE CECILIA SEVERINA DA CONCEIÇÃO

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

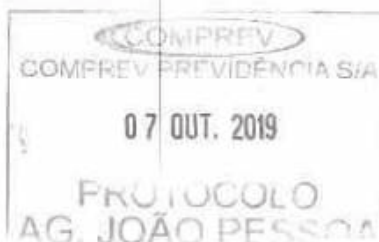
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.170.097
Nº PRONTUÁRIO 92.887
DATA DO ATENDIMENTO 12/06/19
HORA DO ATENDIMENTO 01:05
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) TCE LEVE + FERIMENTOS MÚLTIPLOS DA FACE (PERIORBITAL D + SUPERCÍLIO D) + FRATURAS MÚLTIPLAS DO OMBRO E (CORACÓIDE E + ESCÁPULA E)
CID 10 S 00.9 + S 01.7 + S 42.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (queda) ao solo, trazido pelo SAMU, apresentando TCE com equimose em região periorbital D, ferimento corto-contuso em supercílio D, refere dor e limitação dos movimentos em membro superior E e dor em hemitórax D. Relato de está alcoolizado. Glasgow 15. Avaliado pela equipe da médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do ombro E
TC do crânio
RX do tórax - AP
RX da bacia E - AP
RX do ombro E - AP e Oblíquo
RX do antebraço E - AP e P
RX do braço E - AP e P



TRATAMENTO:

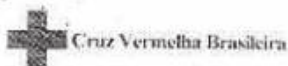
Fratura múltiplas do ombro E à TC e RX do ombro. Ferimentos múltiplos da face. Sem alteração à outra TC e aos outros RX. Realizado atendimento, sutura, medicação, imobilização e tratamento conservador aos cuidados da Neurocirurgia, Ortopedia, BucoMaxiloFacial e da Cirurgia Geral.

ALTA HOSPITALAR: 12/06/19
DATA DA EMISSÃO: 24/09/19

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente DANIEL BRAZ	BAE 1170097	Data/Hora Entrada 12/06/2019 01:05:36	Data Baixa
Data de nascimento 01/08/1998	Idade 20a 10m 11d	Sexo Masculino	CNS 702403574060928
Mão CECILIA SEVERINA DA CONCEICAO			Telefone de Contato (83) 989703292
Endereço SAO PEDRO, 235	Bairro CENTRO	Município ITAMBE	Prontuário 92887
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DEBORAH NOBREGA DE FARIAS	UF PE
Data/Hora Classificação 12/06/2019 01:05:36		Data/Hora Prescrição 12/06/2019 01:19:56	Nº Cons. Regional 11815/PB

Anamnese

- CIRURGIA GERAL - PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM RELATO DE TER SIDO ENCONTRADO AO SOLO APOS QUEDA, ALCOOLIZADO. APRESENTA EQUIMOSE EM REGIÃO PERIORBITAL D., FERIMENTO CORTOCONTUSO EM SUPERCILIO DIREITO. REFERE DOR EM MSE E HTX D. NEGA DISPNEIA. AO EXAME: BEG: AAA; LOET; EUPNEICO A: VIAS AÉREAS PERVIAS, SEM DEFORMIDADES CERVICAIS, MOVIMENTA ATIVAMENTE O PESCOÇO SEM QUEIXAS DE CERVICALGIA; B: RESPIRA ESPONTANEAMENTE EM AR AMBIENTE, EXPANSIBILIDADE PRESERVADA, BILATERALMENTE; E, AUSÊNCIA DE CREPITAÇÃO A PALPAÇÃO; C: ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, EXTREMIDADES QUENTES E BEM PERFUNDIDAS, ABDOME FLACIDO, INDOLOR E SEM SINAIS DE PERITONITE; PELVE ESTÁVEL; AUSÊNCIA DE FERIMENTOS COM SANGRAMENTO IMPORTANTE; D: ECG-P, 14; E: EQUIMOSE EM REGIÃO PERIORBITAL DIREITA, LACERAÇÃO EM SUPERCILIO D. LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM MSE. CD: SOLICITO TC DE CRÂNIO, RX DE TORAX, RX DE MSE SOLICITO AVALIAÇÃO DA BME, ORTOPEDIA E DA NCR.

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO

RADIOGRAFIA DE BRACO ESQUERDO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

DANIEL BRAZ

Deborah Nobrega
Médica Residente
Cirurgia Geral
CRM 11815

DEBORAH NOBREGA DE FARIAS
(CRM: 11815/PB)

Boletim registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 12/06/2019 01:40:08



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/06/2020 09:49:29

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062509492937400000030478181>

Número do documento: 20062509492937400000030478181

Num. 31787672 - Pág. 11



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente DANIEL BRAZ	BAE 1170097	Data/Hora Entrada 12/06/2019 01:05:36	Data Baixa
Data de nascimento Idade 01/08/1998 20a 10m 11d	Sexo Masculino	CNS 702403574060928	Telefone de Contato (83) 989703292
Mãe CECILIA SEVERINA DA CONCEICAO			Prontuário 92887
Endereço SAO PEDRO, 235	Bairro CENTRO	Município ITAMBÉ	UF PE
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RENATA MOURA XAVIER DANTAS	Nº Cons. Regional 4525/PB
Data/Hora Classificação 12/06/2019 01:05:36		Data/Hora Prescrição 12/06/2019 04:34:01	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA CURSANDO TRAUMA EM FACE. NEGA EPISODIO EMETICO, SINCOPE, ALERGIA OU DOENÇAS DE BASE. NO MOMENTO, BEG, CONSCIENTE, SINAIS DE EMBRIAGUEZ, NORMOCORADO, ACIANOTICO, EUPNEICO. EXAME FISICO: FCC NA REGIAO SUPERCILIAR (D), EQUIMOSE NA REGIAO PALPEBRAL (D), ACUIDADE VISUAL PRESERVADA, VIAS AEREAS PERVEAS, ABERTURA BUCAL E OCLUSÃO SEM ALTERAÇÃO, AUSENCIA DE DEGRAU OSSEO E CREPITAÇÕES E SANGRAMENTO ATIVO. EXAME DE IMAGEM: SEM SINAIS SUGESTIVOS DE FRATURA DOS OSSOS DA FACE. CD: 1. AVALIAÇÃO BMF; 2. SUTURA; 3. ALTA BMF, AOS CUIDADOS DAS OUTRAS ESPECIALIDADES.

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

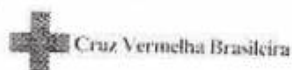
Paciente encaminhado com sucesso para a seção

DANIEL BRAZ

RENATA MOURA XAVIER DANTAS
(CRM: 4525/PB)

Boletim registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 12/06/2019 01:06:18





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031-090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente DANIEL BRAZ	BAE 1170097	Data/Hora Entrada 12/06/2019 01:05:36	Data Baixa
Data de nascimento 01/08/1998	Idade 20a 10m 11d	Sexo Masculino	CNS 702403574060928
Mãe CECILIA SEVERINA DA CONCEICAO			Telefone de Contato (83) 989703292
Endereço SAO PEDRO, 235	Bairro CENTRO	Município ITAMBÉ	Prontuário 92887
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA	UF PE
Data/Hora Classificação 12/06/2019 01:05:36		Data/Hora Prescrição 12/06/2019 02:54:50	Nº Cons. Regional 5804/PB

Anamnese

PACIENTE REFERE TRAUMA EM OMBRO E. E EM REGIÃO DA BACIA. AO EXAME: INCAPACIDADE FUNCIONAL EM MSE - LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL D.; CD- SOLICITO NOVAS RADIOGRAFIAS + TC DE OMBRO E.

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP VERDADEIRO / PERFIL. ESCAPULAR / AXILAR)

RADIOGRAFIA DE BACIA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: COM RECONSTRUÇÃO 3D)

Conduta

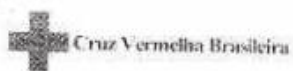
Em observação

DANIEL BRAZ

Dr. Francisco Kartney S. Pedrosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5804
FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA
(CRM: 5804/PB)

Boletim registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 12/06/2019 01:06:18





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente DANIEL BRAZ	BAE 1170097	Data/Hora Entrada 12/06/2019 01:05:36	Data Baixa
Data de nascimento 01/08/1998	Idade 20a 10m 11d	Sexo Masculino	CNS 702403574060928
Mãe CECILIA SEVERINA DA CONCEICAO	Bairro CENTRO	Município ITAMBÉ	Telefone de Contato (83) 989703292
Endereço SAO PEDRO, 235	Profissional PAULO MARCELO FERNANDES RANGEL	UF PE	Prontuário 92887
Acidente QLEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Nº Cons. Regional 11560/PB	
Data/Hora Classificação 12/06/2019 01:05:36	Data/Hora Prescrição 12/06/2019 05:48:38		

Anamnese

RX DE TORAX SEM ALTERAÇÕES. CD: ANALGESIA ALTA DA CIRURGIA GERAL

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

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

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

Diluir

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

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

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

Em observação

DANIEL BRAZ

PAULO MARCELO FERNANDES RANGEL
(CRM: 11560/PB)

Boletim registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 12/06/2019 01:06:18





Cruz Vermelha Brasileira

*N. Silva*Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente DANIEL BRAZ	BAE 1170097	Data/Hora Entrada 12/06/2019 01:05:36	Data Baixa
Data de nascimento 01/08/1998	Idade 20a 10m 11d	Sexo Masculino	CNS 702403574060928
Mãe CECILIA SEVERINA DA CONCEICAO			Telefone de Contato (83) 989703292
Endereço SAO PEDRO, 235	Bairro CENTRO	Município ITAMBE	Procurador 92887
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JANSEN HENRIQUES CEZARINO	UF PE
Data/Hora Classificação 12/06/2019 01:05:36		Data/Hora Prescrição 12/06/2019 08:43:36	Nº Cons. Regional 11385/PB

Anamnese

#ORTOPEDIA PACIENTE ENCONTRADO PELO SAMU, TRAZIDO PARA O TRAUMA COM HISTORIA DE SER ENCONTRADO AO SOLO. AO EXAME: APRESENTANDO ESCORIAÇÕES NO CORPO, HEMATOMA EM FACE. LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS EM OMBRO ESQUERDO. NEUROVASCULAR OK. RADIOGRAFIA APRESENTANDO FRATURA DE CORACOIDE, FRATURA DA ESCAPULA. CD: TRATAMENTO CONSERVADOR HEMI-J AINES RETORNO NO HTOP STAFF. DR. ROMULO, DR. JOAO HENRIQUE, DR. LUIZ JUVENCIO

*Alta do ortopedista***Conduta**

Em observação

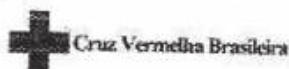
 Dr. Jansen Henriques
 CRM: PE 11385

DANIEL BRAZ

JANSEN HENRIQUES CEZARINO
(CRM: 11385/PB)

Boletim registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 12/06/2019 01:06:18





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
DANIEL BRAZ	1170097	12/06/2019 01:05:36	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS
01/08/1998	20a 10m 11d	Masculino	702403574060928
Mãe			Telefone de Contato
CECILIA SEVERINA DA CONCEICAO			(83) 989703292
Endereço	Bairro	Município	Prontuário
SAO PEDRO, 235	CENTRO	ITAMBÉ	92887
Acidente	Motivo	Profissional	UF
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTO CICLETA	LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS	PE
Data/Hora Classificação		Nº Cons. Regional	
12/06/2019 01:05:36		6028/PB	
	Data/Hora Prescrição		
	12/06/2019 14:19:53		

Anamnese

NEUROCIRURGIA ## PACIENTE DE 20 ANOS VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TCE, ADMITIDO 01:05 DA MADRUGADA. RELATO DE PERDA DA CONSCIÊNCIA. NEGA VÔMITOS, ANT.: NEGA ALERGIAS. AO EXAME: GLASGOW 15. PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS SEM CERVICALGIA À PALPAÇÃO / MOVIMENTAÇÃO ATIVA. TC DE CRÂNIO: Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais. Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado. Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais. Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais. Estruturas da linha mediana sem desvios significativos. CD.: ALTA DA NEUROCIRURGIA + ORIENTAÇÕES.

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

DANIEL BRAZ

Leonardo P. C. Matias
Neurocirurgião
CRM-PB 6028
LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS
(CRM: 6028/PB)

Boletim registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 12/06/2019 01:06:18



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 12/06/19 05:48
 Usuário: PAULO MARCELO
 Boleim: 1170097

Nome DANIEL BRAZ	Data de Nascimento 01/08/1998	Idade 20a 10m 11d	Sexo MASCULINO	Nº Prontuário 92887	Nº 1170097	Data Prescrição 12/06/2019 05:48:38
Motivo do Atendimento	Enfermagem / Leito		Validade da Prescrição 12/06/2019 05:48:00 - 13/06/2019 05:48:00		Matrícula	
Convenio SUS	Matrícula		Senha		Permanência na 4h 43min	
Data da entrada: 12/06/2019 01:05:36		Data da internação:		Permanência na 4h 43min		Permanência no

Nome do medicamento		Dose	U.M.	Orientação do Uso	Via de Admin.	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML					
	Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML		E.V.		6/6H	05 17 03
2	CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG					
	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML		E.V.		12/12H	05 17 05
3	TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	4,0	ML					
	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML		E.V.		12/12H	05 17 05

Reimpresso por: _____
 dia: _____

PAULO MARCELO FERNANDES RANGEL
 CRM 17594

Assinatura e Carimbo do Profissional





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Sengul - Município Lucena



GOVERNO
DA PARÁ

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

Nome DANIEL BRAZ		Prontuario 92887	
Data de 01/08/1998	Nº Boletim Emergencia 1170097		
Material a examinar			
		Data Prescrição: 12/06/2019 08:45:29	
PROCEDIMENTO HEMI - J (MSE)			

Reimpresso por: -
dia -

Med. Dr. Jansen Henriques
12/06/2019 11:48

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) apresentar cópia separada para imagem e laboratório analise clinica

Parecer Médico

Nome	Idade	Prontuário
DANIEL BRAZ	20A 10M 11D	92887
Boletim de Atendimento	Data de Entrada	Data Internação
1170097	12/06/2019 01:05:36	Permanência na Unidade
Convênio	Leito	14min
SUS	Clínica	Permanência no Leito
	CLINICA MEDICA	

Parecer médico

Especialidade	Profissional
NEURO CIRURGIA	
Motivo da solicitação	Data da Solicitação: 12/06/2019 01:19:31
PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM RELATO DE TER SIDO ENCONTRADO AO SOLO APOS QUEDA, ALCOOLIZADO. APRESENTA EQUIMOSE EM REGIÃO PERIORBITAL D., FERIMENTO CORTOCONTUSO EM SUPERCILIO DIREITO. REFERE DOR EM MSE E HTX D. NEGA DISPNEIA.	
AO EXAME.: BEG; AAA; LOET; EUPNEICO	
A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS, SEM DEFORMIDADES CERVICAIS, MOVIMENTA ATIVAMENTE O PESCOÇO SEM QUEIXAS DE CERVICALGIA;	
B: RESPIRA ESPONTANEAMENTE EM AR AMBIENTE, EXPANSIBILIDADE PRESERVADA BILATERALMENTE, AUSÊNCIA DE CREPITAÇÃO A PALPAÇÃO;	
C: ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, EXTREMIDADES QUENTES E BEM PERFUNDIDAS, ABDOME FLÁCIDO, INDOLOR E SEM SINAIS DE PERITONITE; PELVE ESTÁVEL; AUSÊNCIA DE FERIMENTOS COM SANGRAMENTO IMPORTANTE;	
D: ECG-P: 14;	
E: EQUIMOSE EM REGIAO PERIORBITARIA DIREITA, LACERAÇÃO EM SUPERCILIO D. LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM MSE	
Parecer	Data de Resposta:

Deborah Nóbrega
Médica Residente
Cirurgia Geral
CRM 11815



Parecer Médico

Nome	Idade	Prontuário
DANIEL BRAZ	20A 10M 11D	92887
Boletim de Atendimento	Data de Entrada	Data Internação
1170097	12/06/2019 01:05:36	
Convênio	Leito	Clínica
SUS		CLINICA MEDICA
		Permanência na Unidade
		13min
		Permanência no Leito

Parecer médico

Especialidade	Profissional
ORTOPEDIA	
Motivo da solicitação	Data da Solicitação: 12/06/2019 01:18:40
PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM RELATO DE TER SIDO ENCONTRADO AO SOLO APOS QUEDA, ALCOOLIZADO. APRESENTA EQUIMOSE EM REGIÃO PERIORBITAL D., FERIMENTO CORTOCONTUSO EM SUPERCILIO DIREITO. REFERE DOR EM MSE E HTX D. NEGA DISPNEIA.	
AO EXAME.: BEG; AAA; LOET; EUPNEICO	
A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS, SEM DEFORMIDADES CERVICAIS, MOVIMENTA ATIVAMENTE O PESCOÇO SEM QUEIXAS DE CERVICALGIA;	
B: RESPIRA ESPONTANEAMENTE EM AR AMBIENTE, EXPANSIBILIDADE PRESERVADA BILATERALMENTE, AUSÊNCIA DE CREPITAÇÃO A PALPAÇÃO;	
C: ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, EXTREMIDADES QUENTES E BEM PERFUNDIDAS, ABDOME FLÁCIDO, INDOLOR E SEM SINAIS DE PERITONITE; Pelve estável; AUSÊNCIA DE FERIMENTOS COM SANGRAMENTO IMPORTANTE;	
D: ECG-P; 14;	
E: EQUIMOSE EM REGIAO PERIORBITARIA DIREITA, LACERAÇÃO EM SUPERCILIO D. LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM MSE	
Parecer	Data de Resposta:

Deborah Nobrega
Médica Residente
Ginecologia Geral
ERM 11815





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201932144120

Paciente: DANIEL BRAZ

Data Nasc: 01/08/1998 - 20 anos

Data Exame: 12/06/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 12/06/2019 09:57.

Dra. Catarina A.R do Nascimento
CRM: 6278 - PB





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Sobral Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome DANIEL BRAZ	
Data de 01/08/1998	Nº Boletim Emergência 1170097
Prontuário 92887	
Material a examinar	
Data Prescrição: 12/06/2019 01:19:56	
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL) RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO RADIOGRAFIA DE BRACO ESQUERDO TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA DO CRANIO	
TOMOGRAFIA TPO... <i>Chave</i> DATA... <i>12/06/19</i> HORA... <i>01:43</i> FONE TEC. RAD... ASS... <i>[Signature]</i> Débora Nobrega Médica Residente Clínica Geral CRM 11815	
TPO... <i>12/06/19</i> DATA... <i>01:43</i> HORA... <i>01:43</i> FONE TEC. RAD... ASS... <i>[Signature]</i> Débora Nobrega Médica Residente Clínica Geral CRM 11815	

Obs: Paciente não colaborativo com exame

Reimpresso por: -
dia: -

Assinatura e Carimbo do Profissional

[Signature]



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201932144120

Paciente: DANIEL BRAZ

Data Nasc: 01/08/1998 - 20 anos

Data Exame: 12/06/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

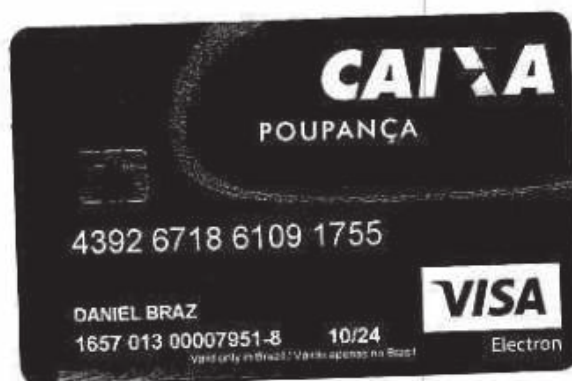
Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.
Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.
Não há calcificações patológicas.
Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.
Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.
Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 12/06/2019 09:57.

Dra. Catarina A.R. do Nascimento
CRM: 6278 - PB





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 10.349.791 DATA DE EXPEDIÇÃO 16/05/2018

NOME << DANIEL BRAZ >>

FILIAÇÃO << JOSÉ ANTONIO BRAZ >>
<< CECÍLIA SEVERINA DA CONCEIÇÃO >>

NATURALIDADE ITAMBÉ - PE DATA DE NASCIMENTO 01/08/1998

DOC. ORIGEM << 075219 01 55 1998 1 00054 001 >>
0023872 50 ITAMBÉ - PE >>

CPF 131.583.794-30

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

241207141924.8143172 F-81 32492 - 5032

COMPREV
COMPROVANTE DE PREVIDÊNCIA S/A
07 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SAC CAIXA: 0800 726 0101 - Deficiente Auditivo ou de Fala: 0800 726 7492

Assinatura autorizada

Este cartão é pessoal e intransferível

Este Cartão é emitido pela Caixa Econômica Federal

Atendimento Comercial: 3004 1105 (Capitais e regiões metropolitanas)

0800 726 0605 (Demais regiões)

Ouvindo: 0800 725 7474

CAIXA

AQUI - Banco24Horas

caixa.gov.br

eletronicamente assinado / Apenas para uso eletrônico



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190571017**

Nome do(a) Examinado(a): **DANIEL BRAZ**

Endereço do(a) Examinado(a):

AV MIN JOSE AMERICO DE ALMEIDA, SN - Miramar - João Pessoa - PB - CEP 58032-090

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**MTE /PB**] **5009154**

Data e local do acidente: [**12/06/2019**]

Rodovia Estadual Município de São Miguel de Taipu PB

Data e local do exame: [**21/10/2019**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura da Escápula Esquerda.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico apresenta hipotrofia muscular do ombro esquerdo, limitação de mobilidade do ombro esquerdo com perda de 90 graus de flexão e perda de 70 graus de abdução, déficit de força motora de graus médio do ombro esquerdo

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Realizado tratamento conservador com imobilização gessada, por 60 dias, fez várias sessões de fisioterapia.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Apresenta limitação de mobilidade articular, hipotrofia muscular e déficit de força motora do ombro esquerdo.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

ombro esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

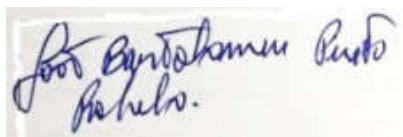
Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



João Bartolomeu Pinto Rabelo - CRM: 4518 - PB



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE N° 014667071342
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD DE PLACA 1187952831 EXERCÍCIO 2019

DANIEL BRAS
ITAMBE

PLACA 131.583-79

PLACA ANT. 131.583-79

CHASSI 9C2KD0810XR119277

COMBUSTÍVEL GASOL

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BRO3 E3DD

ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2019

CAPACIDADE 164CL CATEGORIA PARTIC

COTA ÚNICA IPVA 2019 QUITADO

PAGAMENTO 1 0.32 04.58 12/04/19

OBSERVAÇÕES

FID. BANCO HONDA SA

Roberto Carlos

DATA 15/04/19

ROBERTO CARLOS MOREIRA TORRES

PE N° 014667071342 BILHETE DE SEGURO DPVAT
DANIEL BRAS

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

ITAMBE-PE EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 15/04/19

VIA 1 CPE/CNPJ 191.583.794-30 PLACA PDE1979

CHASSI 1187952831 HONDA/NXR150 BRO3 E3DD

ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2019

CHASSI 9C2KD0810XR119277

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
36.05	4.01	40.06
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IPF (R\$)	TOTAL DO SEGURO (R\$)
4.13	0.32	44.56

☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 12/04/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 05.243.808/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

07 OUT. 2019

AG. JOAO PESSOA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190571017 **Cidade:** São Miguel de Taipu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL BRAZ **Data do acidente:** 12/06/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da escápula esquerda.

Descrição do exame físico: Ao exame físico apresenta hipotrofia muscular do ombro esquerdo, limitação de mobilidade do ombro esquerdo com perda de 90 graus de flexão e perda de 70 graus de abdução, déficit de força motora de grau médio do ombro esquerdo

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento conservador com imobilização gessada por 60 dias, fez várias sessões de fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/10/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190571017 **Cidade:** São Miguel de Taipu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL BRAZ **Data do acidente:** 12/06/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da escápula esquerda.

Descrição do exame físico: Ao exame físico apresenta hipotrofia muscular do ombro esquerdo, limitação de mobilidade do ombro esquerdo com perda de 90 graus de flexão e perda de 70 graus de abdução, déficit de força motora de grau médio do ombro esquerdo

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento conservador com imobilização gessada por 60 dias, fez várias sessões de fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/10/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190571017 **Cidade:** São Miguel de Taipu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL BRAZ **Data do acidente:** 12/06/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM EQUIMOSE EM REGIÃO PERIORBITAL À DIREITA E TRAUMA CORTO CONTUSO NO SUPERCÍLIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EVOLUÇÃO PG 11: "LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MSE."
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190571017 **Cidade:** São Miguel de Taipu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL BRAZ **Data do acidente:** 12/06/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM EQUIMOSE EM REGIÃO PERIORBITAL À DIREITA E TRAUMA CORTO CONTUSO NO SUPERCÍLIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EVOLUÇÃO PG 11: "LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MSE."
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347478/19

Vítima: DANIEL BRAZ

CPF: 131.583.794-30

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 12/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DANIEL BRAZ

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

DANIEL BRAZ : 131.583.794-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/10/2019
Nome: DANIEL BRAZ
CPF: 131.583.794-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/10/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

DANIEL BRAZ

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

