

Rio de Janeiro, 13 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190518649

Vítima: THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA

Data do Acidente: 20/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000001729-9**

Conta: **000001000364-4**

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

1 - 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: 710.871.864-20 4 - Nome completo da vítima: THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA

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

5 - Nome completo: THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA 6 - CPF: 710.871.864-20

7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA NOVA JERUSALEM 9 - Número: 89 10 - Complemento: AP 201

11 - Bairro: GRAMAME 12 - Cidade: JAOAO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58067-220

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 98708-8728

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: 19 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF 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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0036 CONTA: 71157 6 AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Nome do BANCO: 05 SET. 2019 PROTOCOLO 001 JAOAO PESSOA

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 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA-PB, 04 / 09 / 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 09892.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09892.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:23 horas do dia 28 de agosto 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 Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Thais Caroline da Costa Lima**, CPF nº 710.871.864-20, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Operadora de Caixa, filho(a) de Raimunda Antonio Lima de Andrade e Marcio Antonio Lima de Andrade, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 07/10/1997 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Nova Jerusalém, Nº 89, complemento Residencial Maria de Lourdes., tendo como ponto de referência Por Trás da Rua do Jarro., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98888-0129.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Adalgisa Carneiro Cavalcante, Próximo Ao Primeiro Posto de Gasolina do Cunhar., João Pessoa/PB, bairro Valentina; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/04/19 19:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

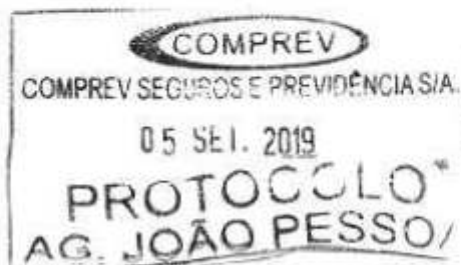
QUE, segundo a declarante no dia 20/04/2019 por volta das 20:18 horas quando transitava, pela Rua Adalgisa Carneiro Cavalcante (Cunhar); bairro: Valentina; João Pessoa-PB, na moto tipo HONDA/CG 160 FAN ESDI ano e modelo: 2016/2016, de cor vermelha de placa: QFV3247/PB CHASSI: 9C2KC2200GR507655 pertencente ao Sr. Luan Rodrigues de Araújo; Que segundo a mesma vinha pilotando normalmente a moto quando surgiu uma outra moto não identificada na contramão fazendo com que a declarante perdesse o controle da moto, Que devido ao fato a declarante veio a cair ao solo sendo socorrida pelo CORPO DE BOMBEIROS conforme CERTIDÃO de nº 0119/2019 sendo conduzido ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA onde foi diagnosticado, de acordo com o prontuário de nº 1157220, FRATURA DA DIÁFISE ÚMERO DIREITO conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO CRM 1873/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 fê.

João Pessoa/PB, 28 de agosto de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA
Noticiante



Procedimento Policial: 09892.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 710.871.864-20 4 - Nome completo da vítima: THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA

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

5 - Nome completo: THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA 6 - CPF: 710.871.864-20

7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA NOVA JERUSALEM 9 - Número: 89 10 - Complemento: AP 201

11 - Bairro: GRAMAME 12 - Cidade: JAOAO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58067-220

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 98708-8728

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: 19 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF 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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ TUTOR/PROCURADOR

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0036 CONTA: 71157 6 AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Nome do BANCO: 05 SET. 2019

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 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA-PB, 04 / 09 / 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

VISTO EM: 03/05/19

Comandante do BAPH

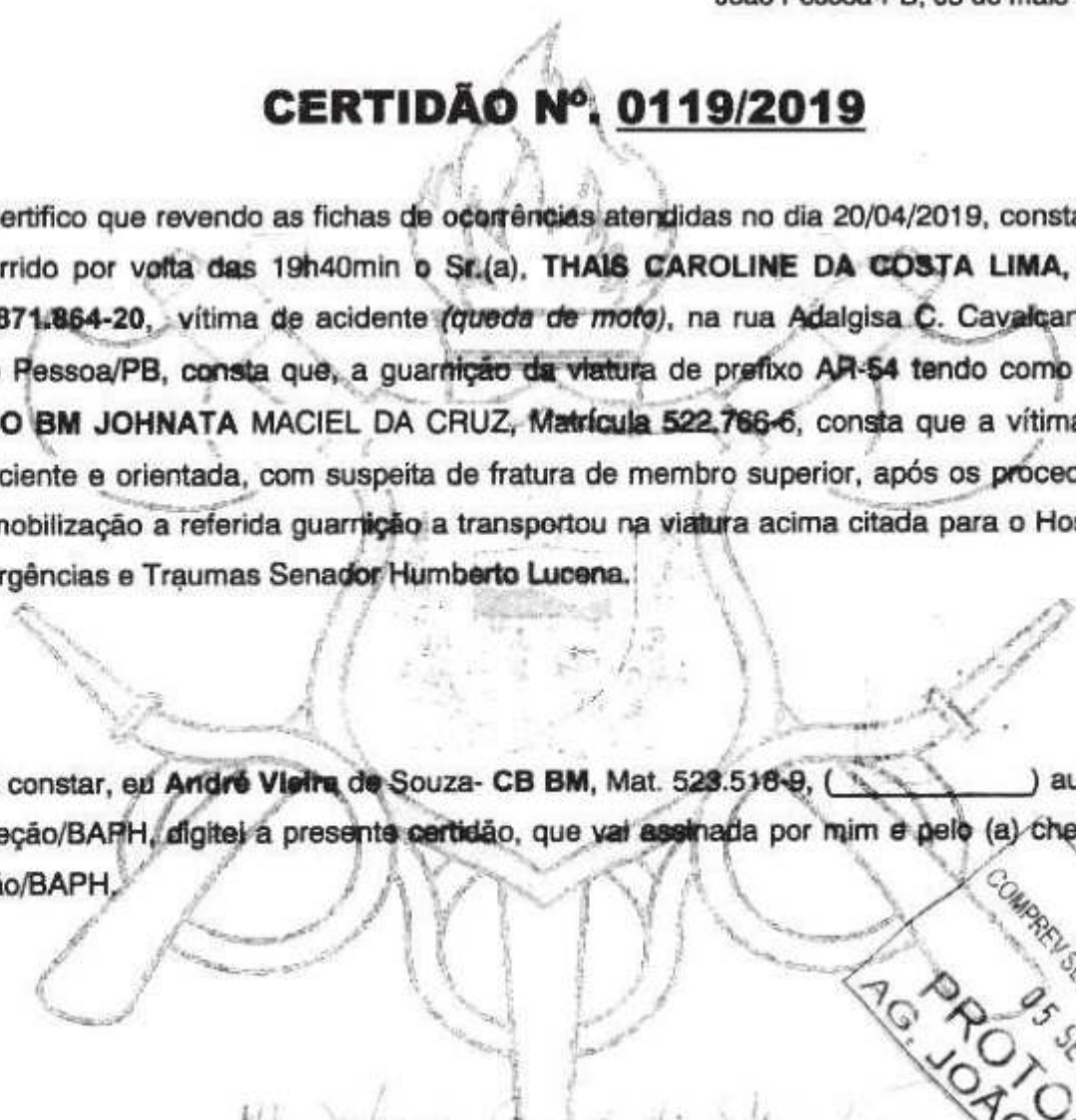
**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**JYHARMESON DIEGO A. DE SOUSA
2º TEN - MAT. 527.341-2

João Pessoa-PB, 03 de maio de 2019.

CERTIDÃO Nº. 0119/2019

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 20/04/2019, consta que foi socorrido por volta das 19h40min o Sr.(a), **THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA**, CPF nº **710.871.864-20**, vítima de acidente (*queda de moto*), na rua Adalgisa C. Cavalcanti, Cuiá, João Pessoa/PB, consta que, a guarnição da viatura de prefixo **AP-54** tendo como chefe o **CABO BM JOHNATA MACIEL DA CRUZ**, Matrícula **522.766-6**, consta que a vítima estava consciente e orientada, com suspeita de fratura de membro superior, após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

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



Chefe da 3ª SeçãoCorpo de Bombeiros Militar da Paraíba – Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3218-7979 - E-mail: baphbm@gmail.com



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570
CNPJ: 09.123.454/0001-87 - INSC. ESTADUAL N° 160572029
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

N° Documento: 20190971577700

ESCRITÓRIO JOAO PESSOA

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
07157770.0

VENCIMENTO
15/09/2019

MATRÍCULA
07157770.0

CLIENTE
LUAN RODRIGUES DE ARAUJO

CPF/CNPJ:
080.XXX.XXX-XX

INSCRIÇÃO
001.092.740.0299.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL
RUA NOVA JERUSALEM, 89 - AP/201/10 ANDAR - GRAMAME JOAO PESSOA PB 58067-220

FATURA
09/2019

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA
LIGADO

ESGOTO
POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

08/2019 -	5	07/2019 -	5
06/2019 -	7	05/2019 -	5
04/2019 -	6	03/2019 -	5

ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COO. AUXILIAR
1	6	R 5325

LEITURA		CONSUMO	CONSUMO/DIA
ANTERIOR	ATUAL	(M³)	DIAZ (M³)
172	178	6	32
01/08/2019	02/09/2019	Nºm: Y15N323007	0,19

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

RES
RESIDENCIAL 001 UNIDADE
CONSUMO DE ÁGUA

6 M3

37,91

COMPREV
COMPREV SEGUROSE PREVIDÊNCIA S/A.
05 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Valor aproximado dos tributos FIS e COTRIB, Tel: 02.740 de 2012. R\$ 5,71

TOTAL R\$ 37,91

#CHEGADA DE TRABALHO INFANTIL

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 08/2019
Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)		P.H.		Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 04/09/2019



CAGEPA

MATRÍCULA
07157770.0

INSCRIÇÃO
001.092.740.0299.000

FATURA
09/2019

NÃO RECEBER APOS
30/09/2020

VENCIMENTO 15/09/2019

VALOR R\$ 37,91

GRUPO: 105

FIRMA: 2

82650000000-3 37910010001-3 07157770001-7 09201990003-1

VIA CAGEPA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Luan Rodrigues de Araujo

RG nº 345 3999, data de expedição 08/02/2019

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 080.364 964-25

com domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua projetada, nº S/N

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

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

Thaís Caroline da Costa Lima, cujo o condutor era

Thaís Caroline da Costa Lima

Veículo: motocicleta Modelo: Bomb/CE 160 FAN ESDI Ano: 2016

Placa: AFV3247 Chassi: 9C2KC2200GR507655

Data do Acidente: 20/04/2019

Local e Data: 08/05/19 - João Pessoa - PB

Assinatura do Declarante

Luan Rodrigues de Araujo

Assinatura do Condutor

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



1º OFFICER DE NOTAS
INSTRUMENTO DE PROTEÇÃO
0102-2107-10-01-121000
CNPJ 06.915.410-0000-00
FONE: 0800 1041-041 - FAX: 0800 1041-041

Trigo Dionísio da Silva

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firms(s) de:

LUAN RODRIGUES DE ARAUJO

Em test.de verdade. João Pessoa-PB 08/05/2019 13:49:07

Trigo Dionísio da Silva - Auxiliar

2019-010366JENL:RS 19.91 FAPEN:RS 0.29 FEPJ:RS 1.98 ISS:RS 0.

SELO DIGITAL: AIL33795-SOVD

Confira a autenticidade em <https://sebelo.sorito.com.br>



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA

DATA DE NASCIMENTO 07/10/97

NOME DA MÃE RAIMUNDA PEREIRA DA COSTA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 115294

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1157220

DATA DO ATENDIMENTO 20/04/19

HORA DO ATENDIMENTO 20:18

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA DIÁFISE ÚMERO DIREITO

CID 10 S42.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR EM BRAÇO DIREITO DE A ACIDENTE

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DO BRAÇO DIREITO, ANTEBRAÇO DIR.

EXAMES HEMATOLOGICOS

ECG com risco cirúrgico.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX BRAÇO DIR. - FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO DIREITO

TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DE DIÁFISE DIREITO

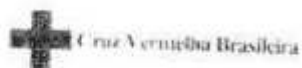
ALTA HOSPITALAR: 26/04/19

DATA DA EMISSÃO: 02/07/19



Elivaldo Sales de Tolêdo
Elivaldo Sales de Tolêdo
CRM: 1873/PB

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLÊDO
CRM: 1873/PB



Hospital de Emergência e Trauma
Sociedade Brasileira de Traumatologia



GOVERNO
DA PARAIBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1157220



Identificação do paciente

ID 1184116	Nome THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA	Sexo Feminino
Data de nascimento 07/10/1997	Idade 21 anos 6 meses 13 dias	Estado civil Solteiro
Mãe RAIMUNDA PEREIRA DA COSTA	Pai MARCIO ANTONIO LIMA DE ANDRADE	Profissão
Escolaridade	Responsável (Parentesco) LUAN RODRIGUES DE ARAUJO - ESPOSO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986713777	DDD Fixo 00
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4360200	Fone Fixo 00000000
Local de procedência CRISTO REDENTOR	Nº Cns 838004218539443	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	Tipo BAIRRO
		UF PB
		CEP

Endereço

CEP 58067220	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB
Número 201	Complemento	Logradouro NOVA JERUSALÉM
		Bairro GRAMAME

Admissão

Data e Hora 20/04/2019 20:18:37	Número da pulseira 1000007585622	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X BICICLETA

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Viagem de emergência Não	Trauma Não
Meio de transporte PESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Líquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Exames clínicos

Paciente vítima de acidente de moto.
consciente, orientado. Super os
quadril -

Diagnóstico

Atendido por
ILMA VIEIRA DA SILVA

Fidel Lima de Freitas
CORRETO - CNF

CD

Tempo
01min 20seg

Imprimir

SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente	THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA	RAE	1157220	Data/Hora Entrada	20/04/2019 20:13:37	Data Saída	
Data de nascimento	07/10/1997	Idade	21a 6m 13d	Sexo	Feminino	Identificação Contabil	(ES) 9867 3777 (100) 00000090
Mãe	RAIMUNDA PEREIRA DA COSTA						
Endereço	NOVA JERUSALÉM, 201	Bairro	GRAMAME	Município	JOAO PESSOA	UF	PE
Acidente	MOTO X BICICLETA	Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional	THAYLANDIE BASILIO CAVALCANTE CRUZ	Nº Carta Regional	10050
Data/Hora Classificação	20/04/2019 20:18:37			Data/Hora Prescrição	20/04/2019 20:34:55		

Anamnese

#CIR.GERAL

PACIENTE TRAZIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS COM IMOBILIZAÇÃO EM MMSS DIREITO SEM COLAR CERVICAL E COM PRANCHA RIGIDA. COM HISTÓRICO DE COLISÃO MOTO BICICLETA HÁ CERCA DE 30MINUTOS, COM DOR EM MMSS D E ENCURTAMENTO DO BRAÇO DIREITO E REALIZAÇÃO DE IMOBILIZAÇÃO PELO CORPO DE BOMBEIROS(SIC)

VIAS AÉREAS PERVIAS E SEM CERVICALGIA

AR: MV, AHT S/RA, EUPNEICA

AC: BCNF S/SOPROS RCR 2T, SEM HEMORRAGIAS

ECG 15 SEM DÉFICITS FOCAIS, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES

ABDOMEN FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO, MMSS DIREITO IMOBILIZADO

CONDUTA:

1) RAIOS-X DE MMSS DIREITO

2) parecer da ortopedia

3) VIDE PRESCRIÇÃO

4) ALTA DA GERAL

ORIENTAÇÃO DR EDUARDO MOTTA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: 100ML SF0,9%)

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA (OBSERVAÇÕES: 100 ML SF0,9%)

CUIDADOS

MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BRACO DIREITO

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO DIREITO

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dr. Thaylandie Basilio
Residente de Cirurgia Geral
CRM-PB 10050

THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA

THAYLANDIE BASILIO CAVALCANTE CRUZ
(CRM: 10050)

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA	RAE	1157220	Data Hora Entrada	20/04/2019 20:18:37	Data Saída	
Data de nascimento	07/10/1997	Idade	21a 6m 14d	Sexo	Feminino	CNS	898054219539443
Mãe	RAIMUNDA PEREIRA DA COSTA	Telefone de Contato	(83) 986713777 / (00) 00000000	Profissão			
Endereço	NOVA JERUSALEM, 201	Bairro	GRAMAME	Município	JOAO PESSOA	UF	PB
Acidente	MOTO X BICICLETA	Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional	EVERTON DAVID TAVARES VASCONCELOS	Nº Cód. Regional	3819 PB
Data Hora Classificação	20/04/2019 20:18:37	Data Hora Prescrição	20/04/2019 21:00:51				

Anamnese

ORTOPEDIA:

PACIENTE TRAZIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS COM IMOBILIZAÇÃO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO SEM COLAR CERVICAL E COM PRANCHA RÍGIDA. COM HISTÓRICO DE COLISÃO MOTO BICICLETA HA CERCA DE 30MINUTOS, COM DOR EM MTD E ENCURTAMENTO FOI REALIZADA IMOBILIZAÇÃO PELO CORPO DE BOMBEIROS(SIC)

VIAS AÉREAS PERVIAS E SEM CERVICALGIA

AR: MV, AHT S/RA, EUPNEICA

AC, BCNF S/SOPROS RCR 2T, SEM HEMORRAGIAS

ECG 15 SEM DÉFICITS FOCAIS, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES

ABDOMEN FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO MMSS DIREITO IMOBILIZADO

HD: FRATURA DIAFISÁRIA DO UMEROS D

CONDUTA:

1) IMOBILIZAÇÃO

2) ANALGESIA

3) INTERNAÇÃO HOSPITALAR

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V. 24H

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: PELA MANHÃ EM JEJUM)

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

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETÁVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

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

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAS > 160 OU PAD > 110 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 50,0) (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110)

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V. ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT < 65 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0) (OBSERVAÇÕES: SE HGT < 65)

CUIDADOS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

HGT 6/8HS

INSULINA REGULAR CONFORME HGT, (OBSERVAÇÕES: E PROTOCOLO HOSPITALAR)

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

HEMOGRAMA COMPLETO

PROCEDIMENTO

TALA AXILO PALMAR, (OBSERVAÇÕES: PINÇA DE CONFEITEIRO)

CID10

Código	Descrição
S42.3	Fratura da diáfise do úmero

Conduta

Internar Paciente

Dr. Everton Vasconcelos
Ortopedista
CRM-PB 6515
CAEMERS 22261
RBO 150-2

THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA

EVERTON DAVID TAVARES VASCONCELOS
(CRM 6515/PB)



REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME



Número: 1157220
Paciente: Flávia Caroline de Costa Lima
Procedimento: 40 ex. Prótese parcial inferior
SUS: ☒ Não SUS
Médico: Dr. Courtney Almeida, Dr. João Carlos MR

Data: 1/1
Caixa Pronta: 1

DISPENSACÃO CME

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
	cx 4,5			
	Base de estêtil + punho	03		
	Proteção articular n° 20/5. 22/1	06		

DISPENSACÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
	Agulha de Gargalho 250	03		

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

ASSINATURA EM FARMÁCIA - FARM

Geneflex Farmacêutica
ASSINATURA EM FARMÁCIA - FARM

Identificação do Estabelecimento de Saúde
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO PRESTADOR

Identificação do Paciente
3 - NOME DO PACIENTE
4 - DATA DE NASCIMENTO
5 - SEXO
6 - ESTADO CIVIL
7 - CATEGORIA NACIONAL DE SAÚDE
8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
9 - ENDEREÇO RUA/Nº BAIRRO
10 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
11 - COD. RES. MUNICÍPIO
12 - CEP
13 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

14 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR
15 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR
16 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA
17 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
18 - DIAGNÓSTICO INICIAL
19 - CID - 10 PRINCIPAL
20 - CID - 10 SECUNDÁRIO
21 - CID - 10 CAUSAS - 2500 - 2510

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
23 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
24 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
25 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
26 - DIÁRIA DE UTI TIPO I
27 - DIÁRIA DE UTI TIPO II
28 - DIÁRIA DE UTI TIPO III
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
32 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
34 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
35 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

ex 4.5
Paciente de P estirado 27 quilos.
Perceções contínuas n.º 20/5-22/4
Assinatura de Responsável
250 (a)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

36 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
37 - DOCUMENTO
38 - Nº DOCUMENTO (CN-5/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
39 - ASSINATURA E CARIMBO IN. DO REGISTRO DO CONSELHO
40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
42 - DOCUMENTO
43 - Nº DOCUMENTO (CN-5/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
44 - ASSINATURA E CARIMBO IN. DO REGISTRO DO CONSELHO
45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO



RELATÓRIO DE CIRURGIA

FOLHA 01

NOME: **THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA** BE/PRONTUÁRIO: **1157220**
IDADE: **33** SEXO: **FEM** COR: **M03** DATA: **24/3/2019**
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA**
CIRURGIA: **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE ÚMERO DIREITO**
CIRURGIÃO: **DR KARTNEY** 1º ASS: **DR ROBERTO**
2º ASS: **MR1 JOÃO PAULO** 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: **BLOQUEIO PLEXO** HORARIO INICIO: TERMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DIAFISARIA DO UMEMO DIREITO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE UMEMO DIREITO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒

ENFERMARIA

TERAPIA INTENSIVA

RESIDÊNCIA

OBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA: **24/4/2019**

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HISTÓRICO

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA							
Posição e Preparo:							
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA							
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA							
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS							
ANTIBIÓTICOPROFILAXIA							
Incisão:							
VIA DE ACESSO ANTEROLATERAL DE BRAÇO DIREITO							
HEMOSTASIA CRITERIOSA							
DISSECÇÃO POR PLANOS							
Achados:							
FRATURA DIAFISARIA DO UMEROS DIREITO							
Conduta:							
ISOLAMENTO DO NERVO RADIAL DIREITO							
REDUÇÃO SOB VISUALIZAÇÃO DIRETA							
FIXAÇÃO COM PLACA DCP 4.5 ESTREITA 7 FUROS + 6 PARAFUSOS CORTICAIS							
LMC COM SF0,9							
REVISÃO DE HEMOSTASIA							
Fechamento:							
SUTURA POR PLANOS							
CURATIVOS ESTÉREIS							
RX DE CONTROLE							
Observação:							

Médico/CRM:

João Pessoa,

24/4/2019

024 7946

Thais Caroline de Costa Lima

13 1357224 (1979-01-13) 13:10:52
190 air Fracture diagnostic do membro S

DR. KENNEDY, JR. KENNEDY
Rogers

DATE: 24 04 19 TIME: 09:00

10.1117/1.3011114. URL: <http://dx.doi.org/10.1017/S0022278X1000077>

1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	2100	2101	2102	2103	2104	2105	2106	2107	2108	2109	2110	2111	2112	2113	2114	2115	2116	2117	2118	2119	2120	2121	2122	2123	2124	2125	2126	2127	2128	2129	2130	2131	2132	2133	2134	2135	2136	2137	2138	2139	2140	2141	2142	2143	2144	2145	2146	2147	2148	2149	2150	2151	2152	2153	2154	2155	2156	2157	2158	2159	2160	2161	2162	2163	2164	2165	2166	2167	2168	2169	2170	2171	2172	2173	2174	2175	2176	2177	2178	2179	2180	2181	2182	2183	2184	2185	2186	2187	2188	2189	2190	2191	2192	2193	2194	2195	2196	2197	2198	2199	2200	2201	2202	2203	2204	2205	2206	2207	2208	2209	2210	2211	2212	2213	2214	2215	2216	2217	2218	2219	2220	2221	2222	2223	2224	2225	2226	2227	2228	2229	2230	2231	2232	2233	2234	2235	2236	2237	2238	2239	2240	2241	2242	2243	2244	2245	2246	2247	2248	2249	2250	2251	2252	2253	2254	2255	2256	2257	2258	2259	2260	2261	2262	2263	2264	2265	2266	2267	2268	2269	2270	2271	2272	2273	2274	2275	2276	2277	2278	2279	2280	2281	2282	2283	2284	2285	2286	2287	2288	2289	2290	2291	2292	2293	2294	2295	2296	2297	2298	2299	2300	2301	2302	2303	2304	2305	2306	2307	2308	2309	2310	2311	2312	2313	2314	2315	2316	2317	2318	2319	2320	2321	2322	2323	2324	2325	2326	2327	2328	2329	2330	2331	2332	2333	2334	2335	2336	2337	2338	2339	2340	2341	2342	2343	2344	2345	2346	2347	2348	2349	2350	2351	2352	2353	2354	2355	2356	2357	2358	2359	2360	2361	2362	2363	2364	2365	2366	2367	2368	2369	2370	2371	2372	2373	2374	2375	2376	2377	2378</
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	--------

[illegible]

Adquinta de Claque de 50 (a)

Place out estimate of number

Principais conclusões n.º 20/5-22/1

Chemise Ferme
Loren 893545 P.

Documento de Alta

Nome THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA			Número Prontuário: 115294
Data de 07/10/1997	Sexo: Feminino	Data de Internação: 20/04/2019 21:46:45	Data de Alta: 26/04/2019 11:03:24
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: conduta=PACIENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE UMEROS D (EQUIPE CIRURGICA DR KARTNEY / DR ROBERTO) EM 24/04/19 PACIENTE COM DIFICULDADE EXTENSAO PUNHO E POLEGAR Ds , REFERE DOR LEVE, SEM SANGRAMENTO ATIVO, HD NEUROPRAXIA RADIAL ? CD: ALTA HOSPITALAR / AO AMBULATORIO PARA ACOMPANHAMENTO			
Resumo da internação: resumointernacao=PACIENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE UMEROS D (EQUIPE CIRURGICA DR KARTNEY / DR ROBERTO) EM 24/04/19 PACIENTE COM DIFICULDADE EXTENSAO PUNHO E POLEGAR Ds , REFERE DOR LEVE, SEM SANGRAMENTO ATIVO, HD NEUROPRAXIA RADIAL ? CD: ALTA HOSPITALAR / AO AMBULATORIO PARA ACOMPANHAMENTO			
Resultado de Exames: resultadoExames=			
Tratamento: tratamento=PACIENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE UMEROS D (EQUIPE CIRURGICA DR KARTNEY / DR ROBERTO) EM 24/04/19 PACIENTE COM DIFICULDADE EXTENSAO PUNHO E POLEGAR Ds , REFERE DOR LEVE, SEM SANGRAMENTO ATIVO, HD NEUROPRAXIA RADIAL ? CD: ALTA HOSPITALAR / AO AMBULATORIO PARA ACOMPANHAMENTO			
Diagnóstico: S42.3 - Fratura da diáfise do úmero			
Recomendações: recomendacoes=PRESCRIÇÃO PARA CASA ORIENTAÇÕES AO AMBULATORIO DE MEDICO ASSISTENTE (DR KARTNEY / DR ROBERTO)			

Data: 26/04/2019

LAURI FERREIRA DA COSTA
JUNIOR
CRM: 6918 - PB



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

Atendimento: 201932048282

Data Nasc: 07/10/1997 - 21 anos

Paciente: THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA

Data Exame: 24/04/2019

RADIOGRAFIA BRAÇO DIREITO

Fratura completa, não consolidada, diafisária, fixada com placa e parafuso.

** O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*

Este laudo foi liberado em 22/07/2019 10:40.

Dr. Igor Motta de Aquino
CRM: 6512- PB

THAIS, CAROLINE, DA, COSTA, LIMA

000000093838

*07-Oct-1997, F, 21Y

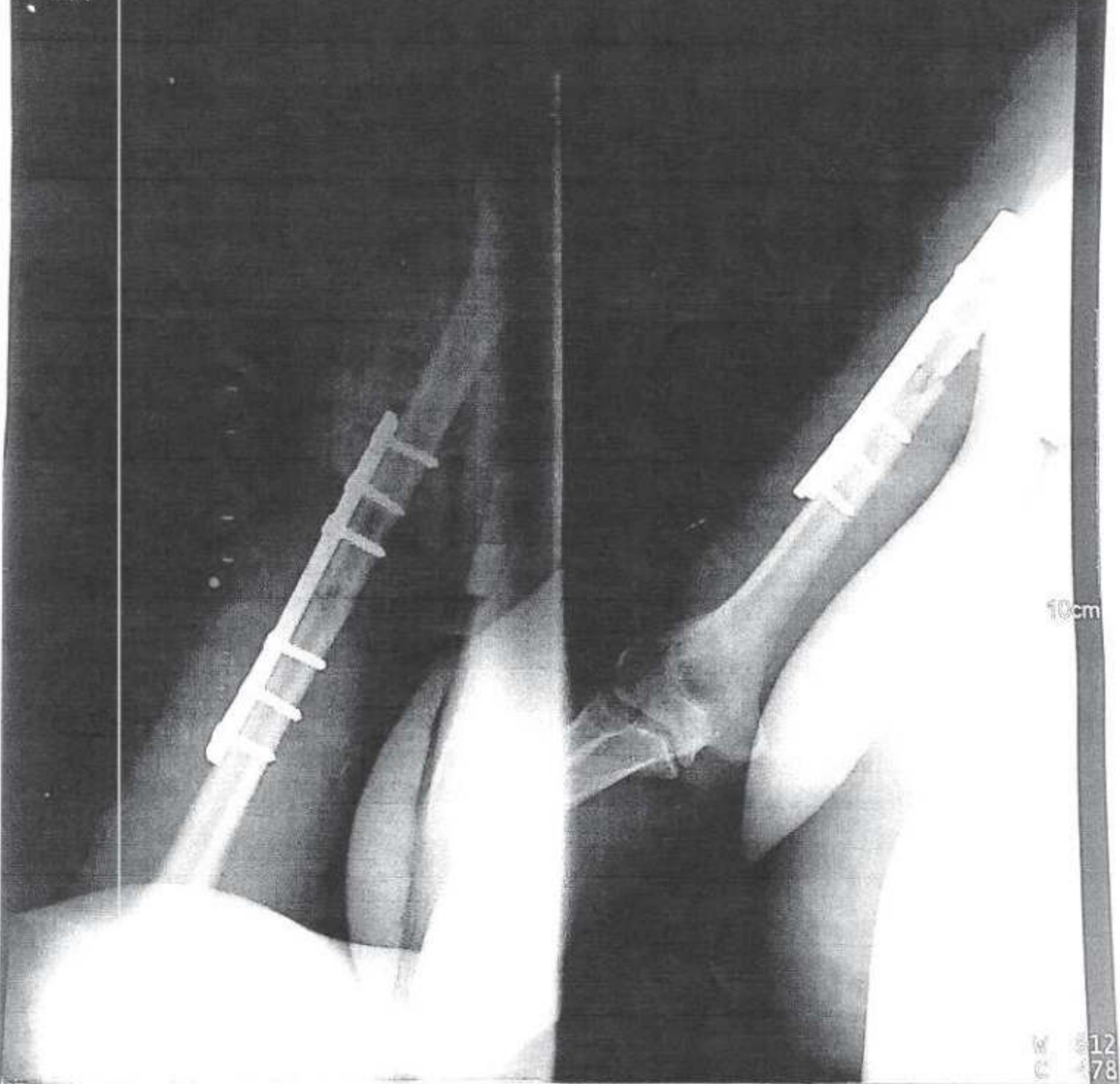
30000223371

HTOP
PRITWO

24-Apr-2019

16:11:03

1 IMA 1



10cm

12

78

THAIS, CAROLINE, DA, COSTA, LIMA

000000093838

*07-Oct-1997, F, 21Y

300002394699

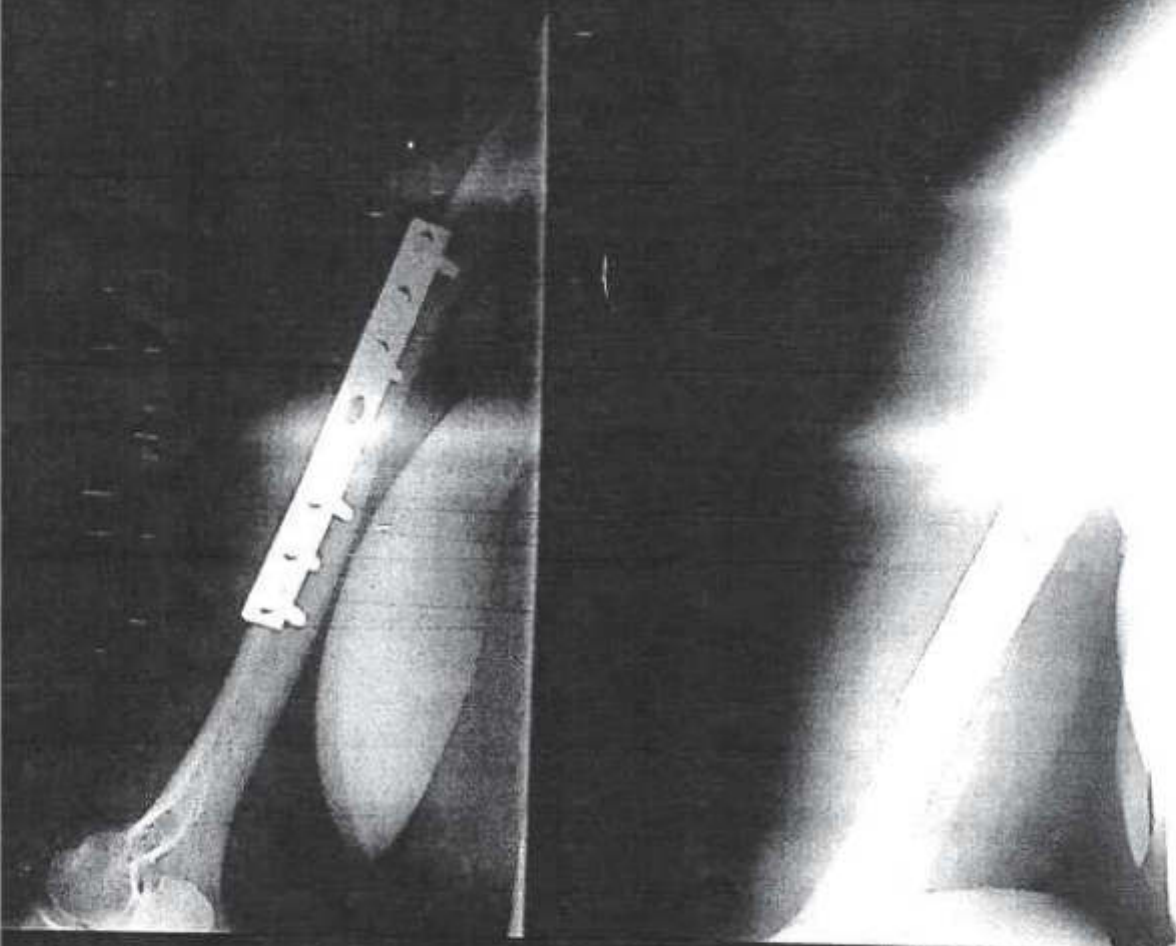
10-Jun-2019

07:24:31

1 IMA 1

1 of 1
HTOP
PRITWO

D



W 924
C 416

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

LABORATÓRIO DE IDENTIFICAÇÃO

L-004




Seis pontos de biometria

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

05 SET. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

4.380.200

DATA DE EXPEDIÇÃO

03/03/2015

THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA

FILIAÇÃO

MARCIO ANTONIO LIMA DE ANDRADE

RAIMUNDA PEREIRA DA COSTA

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO

07/10/1997

DOIS VIREM

CERT. NASC. Nº 70879 - LV A-65 - FLS. 208 - CARTÓRIO 4º JOÃO PESSOA PB

CPF

710.871.864-20

LEI Nº 7.116 DE 25/06/03

LACRE

CONTRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014797913777
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 000 RENAVAM 0109985405-6 00/00000000 2019

NOME
LUAN RODRIGUES DE ARAUJO

CPF / CNPJ 08036196425 PLACA QFV3247/PB

PLACA ANT. UF NOVO PB 9C2KC2200GR507655

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAC APLIC COMBUSTIVEL ALCOOL

MARCA / MODELO HONDA/CG 160 FAN ESDI ANO FAB. 2016 ANO MOD. 2016

CAP / POT / DL 2 P/162 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA UNICA 00/00/0000 1º

PV A FADIA L.R.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 0 2º

PREMIO TARIFARIO (R\$) ***** IDF (R\$) ***** PREMIO TOTAL (R\$) ***** DATA DE PAGAMENTO 15/04/2019

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO OBRIGATORIO
NAO VALEU PARA TRANSFERENCIA

LOCAL 0 DATA 15/04/2019

JOAO PESSOA-PB 42072 39217

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

PB Nº 014797913777 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCICIO 2019 DATA EMISSÃO 15/04/2019

VIA 1 000 RENAVAM 01099854056 00/00000000 2019

MARCA / MODELO HONDA/CG 160 FAN ESDI

ANO FAB. 2016 DAT. TARE 9 Nº CHASSI 9C2KC2200GR507655

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) ***** DEMATRAM (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) ***** TOTAL A SER PAGO PELA SEGURADORA (R\$) *****

PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 15/04/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.246.608/0001-04

39217-1511187-20190415



COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

05 SET. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

- IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARASSINISTRA COM

A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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



DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSISTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190518649 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA **Data do acidente:** 20/04/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190518649 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA **Data do acidente:** 20/04/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0308338/19

Vítima: THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA

CPF: 710.871.864-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/04/2019

Titular do CPF: THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA : 710.871.864-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/09/2019
Nome: THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA
CPF: 710.871.864-20

THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 710.871.864-20 4 - Nome completo da vítima: THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA

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

5 - Nome completo: THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA 6 - CPF: 710.871.864-20
7 - Profissão: PREGUIÇO 8 - Endereço: RUA NOVA JERUSALEM 9 - Número: 87 10 - Complemento: AP. 201
11 - Bairro: GRAMAHE 12 - Cidade: JOÃO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58067-220
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 99908-8728

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 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$1.001,00 A R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 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)
AGÊNCIA: 1729 9 CONTA: 7000364 4 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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, desde que a Seguradora Líder não se responsabilize por eventuais lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prevenção 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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou 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 (vênus)? 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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 03/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

09/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01729-9

CONTA: 000001000364-4

Nr. Autenticação

BRDESCO091020190500000000023701729000001000364236250 PAGO

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190518649

Vítima: THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA

Data do Acidente: 20/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190518649

Vítima: THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA

Data do Acidente: 20/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA

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