

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, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200049841

Vítima: EDIVANDO TEOFILo DE SOUZA

Data do Acidente: 13/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDIVANDO TEOFILo DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200049841

Vítima: EDIVANDO TEOFILo DE SOUZA

Data do Acidente: 13/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDIVANDO TEOFILo DE SOUZA

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

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 08 de Março de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200049841**

Vítima: EDIVANDO TEOFILo DE SOUZA

Data do Acidente: 13/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDIVANDO TEOFILo DE SOUZA

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 joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: EDIVANDO TEOFILo DE SOUZA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000037

Conta: 0000051888-7

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
069.123.484-16 Ediarmo Teófilo de Souza

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

5 - Nome completo: **Ediarmo Teófilo de Souza** 6 - CPF: **069 123 484-16**
 7 - Profissão: **Ajudante** 8 - Endereço: **Rua José Targino da Costa 43** 9 - Número: **43** 10 - Complemento:
 11 - Bairro: **Recife dos Edifícios** 12 - Cidade: **Recife Pernambuco** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **52073182**
 15 - E-mail: **83993666369**

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:

RECUZO 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): CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

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

AGÊNCIA: **0037** CONTA: **51886** (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (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 Lider 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 pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

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

40 - Local e Data: **J. Pessoa 29.01.2020**

41 - Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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:

069.123.484-16 Ediranda Teófilo de Souza

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

5 - Nome completo:

Ediranda Teófilo de Souza

6 - CPF:

069.123.484-16

7 - Profissão:

8 - Endereço:

Marcenaria

R- José Targino de Castro

9 - Número:

43

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

Cidade dos Gêneros João Pessoa

13 - Estado:

14 - CEP:

58073-187

15 - E-mail:

(83) 98708-8728

(83) 98830-7157

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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0037

CONTA: 51 888

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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.

Se houver o preseguimento 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 à análise médica presencial, caso necessário, as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de 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 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nação (nascido) Sim Não

31 - Vítima 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 devido, 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
digitalizada
e/ou assinada
electrônica
com certificação
de autenticidade

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data,

João Pessoa - PB 19/02/2020

Ediranda Teófilo de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

encolhida/roto

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00017.01.2020.1.01.010



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 00017.01.2020.1.01.010, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:00 horas do dia 24 de janeiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 10ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Isaias Olegário da Silva, matrícula 611697, e lavrado por Joselito Vieira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 906085, ao final assinado, compareceu **Edivando Teófilo de Souza**, CPF nº 069.123.484-16, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Ajudante, filho(a) de Maria Laurinete Teófilo de Souza e Edivaldo Antonio de Souza, natural de Juazeirinho/PB, nascido(a) em 05/12/1985 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) R. José Targino da Costa, N° 41, bairro Cidade dos Colibris, tendo como ponto de referência Sem Referencia, na cidade de João Pessoa/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Tres Lagoas, nº S/N, Alça das Três Lagoas, João Pessoa/PB, bairro Oitizeiro; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 13/09/19 18:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Informa o noticiante que quando conduzia sua Motocicleta de marca Honda NXR 150 BROS, 2014, BRANCA DE PLACA-OFE8633/PB, Registrada em seu nome, quando foi surpreendido por outro motoqueiro de caracteres desconhecido que vinha na contra mão, onde houve o choque, perdendo o controle e que em decorrência da queda veio ao solo, posteriormente socorrido para o Hospital de Trauma, Senador Humberto Lucena, N/Capital, onde passou por procedimento Cirúrgico. O REFERIDO É VERDADE. DOU FÉ

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, 24 de janeiro de 2020.

JOSELITO VIEIRA DA SILVA
Agente de Investigação

EDIVANDO TEÓFILO DE SOUZA
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
069.123.484-16 Ediarmo Teófilo de Souza

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

5 - Nome completo: **Ediarmo Teófilo de Souza** 6 - CPF: **069 123 484-16**
 7 - Profissão: **Ajudante** 8 - Endereço: **Rua José Targino da Costa 43** 9 - Número: **43** 10 - Complemento:
 11 - Bairro: **Recife dos Edifícios** 12 - Cidade: **Recife Pernambuco** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **52073187**
 15 - E-mail: **83993666369**

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:

RECUZO 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): CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

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

AGÊNCIA: **0037** CONTA: **51886** (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (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 Lider 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 pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

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

40 - Local e Data: **J. Pessoa 29.01.2020**

41 - Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: **069.123.484-16** 3 - CPF da vítima: **069.123.484-16** 4 - Nome completo da vítima: **Ediranda Teófilo de Souza**

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

5 - Nome completo: **Ediranda Teófilo de Souza** 6 - CPF: **069.123.484-16**
 7 - Profissão: **Marcenaria** 8 - Endereço: **R- José Targino de Castro** 9 - Número: **43** 10 - Complemento:
 11 - Bairro: **Cidade dos Celibris** 12 - Cidade: **João Pessoa** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58073-187**
 15 - E-mail: **(83)98708-8728** 16 - Tel (DDD): **(83)98830-7157**

DADOS CADASTRAIS

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:

RECUZO 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: **0037**

CONTA: **51 888**

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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.

Se houver o preseguimento 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, concorrendo, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não na gestação (nascituro/nascicor)?	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos?	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não pais/avós vivos?	

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e proverem 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

34

Impressão
digitalizada
e/ou assinatura
fazida com
material de
cor

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)

40 - Local e Data,

João Pessoa - PB 19/02/2020

Ediranda Teófilo de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

encol 000000000000

TESTEMUNHAS

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: 03/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDIVANDO TEOFILIO DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000051888-7

Nr. da Autenticação 7295708F0FE9A984



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-67

PARA CONSULTA DE CONSUMO
INFORMES TECNICOS

MATRÍCULA

67436050

REFERÊNCIA

DEZ/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JOSE LOPES DE SOUZA NETO
RUA JOSE TARGINO DE CASTRO, 41 - CIDADE DOS
COLIBRIS JOAO PESSOA PB 58073- 187

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
01.079.126.0415.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
13N943883	23/01/2014	JARDILAC	LIGADO	POTENCIAL		
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
1271	1288	17	30	13/01/2020		
IST. CONS./ANOR.	LEIT.	QUALID.	AGUA-ANEXO 20	PORT.	05/2017	
NOV/2019	24	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONF.	
OUT/2019	20	TURBIDEZ	268	288	27	
SET/2019	18	CLORO	268	288	28	
AGO/2019	22	COL. TERHOT	0	0	0	
JUL/2019	15	COR	73	145	15	
JUN/2019	15	COL. TOTAIS	268	288	28	
MEDIA(M)	19	DADOS REFERENTES A: OUT/2019				



Documento nº: 819

Nome: EDVANDO TEOFILO DE SOUZA			Número de Internação: 109
Data de Nascimento: 09/12/1985	Sexo: Masculino	Data de Internação: 14/09/2019 04:21:38	Data de Alta: 23/09/2019 17:30:00
Motivo de alta: ALTA MEDICA			
Conduita: desossosíntese de plato tibial			
Resumo da Internação: polituxismo com lesão em josto e fratura do plato submetendo a síntese com imobilizações ortóticas tardias e de preferência			
Resultado de Exames: mostra fratura			
Tratamento: osteosíntese de plato tibial			
Diagnóstico: S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia			
Recomendações: uso de medicação e retorno ambulatorial hospitalar			

Data: 23/09/2019

SERVIÇO DE ATENDIMENTO

DATA: 23/09/2019

TIPO: 00000000000000000000000000000000

DATA: 23/09/2019

TIPO: 00000000000000000000000000000000

DATA: 23/09/2019

TIPO: 00000000000000000000000000000000

PB: 189923

DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	SALA
06/11/19	✓	07:00	
17/12/19			

F(NG).APC.035-1



GOVERNO
ESTADO DE SÃO PAULO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

CAMPANHA

PACIENTE: _____

DATA DO ATENDIMENTO: _____

Nº PRONTUÁRIO: _____

MÉDICO (CABINETE): _____

DIAGNÓSTICO: _____

PROCEDIMENTO: _____

SEMPRE QUANDO
NECESSÁRIO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Eduardo José da Silva

4 - N° DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

8 - RACIAÇÃO

Masc. Fem.

9 - NOME DA MÃE

9 - DDD

10 - FONE DE CONTATO
N° DO FONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - DDD

12 - FONE DE CONTATO
N° DO FONE

13 - ENDERECO (RUA, N°, Bairro)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTDE

Fisioterapia

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37 - CID 10 PRINCIPAL 38 - CID 10 SECUNDÁRIO 39 - CID 10 DE AUSAS ASSOCIADAS

Te do Pato Siberiano

882.1

40 - OBSERVAÇÕES

Poxa Surpreendente ao tratamento. O animal é forte
do Pato Siberiano. Boa área de movimento
Poxa Surpreendente ao tratamento. O animal é forte

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Eduardo Fernandes

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

18/11/14

45 - ASSINATURA E CARMIM (N° REGISTRO DO CONSELHO)

43 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARMIM (N° REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Edivando Teófilo de Souza

DATA DE NASCIMENTO 05/12/85

NOME DA MÃE Maria Laurinete Teófilo de Souza

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 118069

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1189923

DATA DO ATENDIMENTO 13/09/19

HORA DO ATENDIMENTO 20:51

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de platô tibial esquerdo

CID 10 S82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, com queixa de dor em membro inferior esquerdo e região temporal esquerda, nega perda da consciência, apresenta edema em MIE. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX joelho E

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de platô tibial E.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de platô tibial E.

ALTA HOSPITALAR: 23/09/2019

DATA DA EMISSÃO: 03/02/2020


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



Boletim de Atendimento: 1189923



Identificação do paciente				
ID 919018	Nome EDVANDO TEOFILO DE SOUZA			Sexo Masculino
Data de nascimento 05/12/1985	Idade 33 anos 9 meses 26 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário 118069
Mãe MARIA LAURINETE TEOFILO DE SOUZA	Pai EDIVALDO ANTONIO DE SOUZA			
Escolaridade FUNDAMENTAL COMPLETO	Responsável (Parentesco) GLEYCE KELLY SANTOS DE FREITAS - ESPOSO(A)			
DDD Celular 83	Celular 986647797	DDD	Telefone	
Tipo documento CPF	Número documento 06912348416	Nº Cns 700500506914658		
Local de procedência OITIZEIRO		Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade JUAZEIRINHO	CBO/R		
Endereço				
CEP 58088170	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro do Juá	
Número 1792	Complemento	Bairro Oitizeiro		
Admissão				
Data e Hora 13/09/2019 20:51:05	Número da pulseira 1000008024472	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 VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Veio de transporte ARRO PARTICULAR		Quem transportou		
Sinais Vitais				
PA <input checked="" type="checkbox"/> mmHg	P脉	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA				
<input type="button" value="Imprimir"/>				



Documento de Alta

Nome: EDVANDO TEOFILO DE SOUZA	Número Prontuário: 118069		
Data de Nascimento: 05/12/1985	Sexo: Masculino	Data de Internação: 14/09/2019 04:21:28	Data de Alta: 23/09/2019 07:25:05
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: osteossíntese de plato tibial			
Resumo da Internação: politrauma com lesão em joelho e fratura de plato subemtido a síntese sem intercorrências dr tales faria e dr steferson			
Resultado de Exames: rx mostra fratura			
Tratamento: osteossíntese de plato tibial			
Diagnóstico: S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia			
Recomendações: uso de medicação e retorno ambulatorial htop			

Data: 23/09/2019

Sávio Bruno S. Barros
SAVIO BRUNO SILVA BARROS
CRM: 5615 - PB



Identificação do paciente				
ID 919018	Nome EDVANDO TEOFILO DE SOUZA			Sexo Masculino
Data de nascimento 05/12/1985	Idade 33 anos 9 meses 8 dias	Estado Civil CASADO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Mãe MARIA LAURINETE TEOFILO DE SOUZA	Pai EDIVALDO ANTONIO DE SOUZA			
Escolaridade FUNDAMENTAL COMPLETO	Responsável (Parentesco) GLEYCE KELLY SANTOS DE FREITAS - ESPOSO(A)			
DDD Celular 83	DDD			Telefone
Tipo documento CPF	Número documento 06912345415			Nº Cns 700590506914658
Local de procedência OTIZEIRO	Tipo BAIRRO			UF PB
Email	Naturalidade JUAZEIRINHO			CBO/R
Endereço				
CEP 58088170	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro do Juá	
Número 1792	Complemento		Bairro Otizeiro	
Admissão				
Data e Hora 13/09/2019 20:51:05	Número da pulseira 1000008024472	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco				Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA			Detalhe do acidente VEICULO X MOTO
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vôo de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X	mmHg	P脉	Temperatura	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA				Tempo 14seg

[Imprimir](#)

x Gleyce Kelly Santos de Freitas



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNPJ: 08778268003771

Paciente EDVANDO TEOFILIO DE SOUZA	BAE 1189923	Data/Hora Entrada 13/09/2019 20:51:05	Data Saída
Data de nascimento 05/12/1985	Idade 33a 9m 9d	Sexo Masculino	CNS 700500506914658
Mãe MARIA LAURINETE TEOFILIO DE SOUZA			Telefone de Contato (83) 986647797
Endereço do Juá, 1792			Prontuário
Acidente VEICULO X MOTO	Barro Ditizeliro	Município JOÃO PESSOA	UF PB
Data/Hora Classificação: 13/09/2019 20:51:05	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TEOFILHO GREGORIO DE ANDRADE	Nº Cons. Regional 2563/PB
		Data/Hora Prescrição 13/09/2019 21:03:05	

ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE TRAUMATISMO DE MOTOCICLETA HÁ 15 MINUTOS, REFERE DOR EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E REGIÃO TEMPORAL ESQUERDA, NEGA DESMAIO E OUTRAS QUEIXAS. AO EXAME: IMOBILIDADE FUNCIONAL DO MIE.

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. AGORA, DURANTE 12 HORA(S) (OBSERVAÇÕES:: TRAUMA DE JOELHO ESQUERDO)

Diluir

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

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Enfermeiro

Dr. Teofilho G.
Cirurgião
TEOFILHO GREGORIO DE ANDRADE
(2563/PB)

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 13/09/2019 20:51:19



Endereço: RUA CRESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNPJ: 08778268003771

Paciente EDVANDO TEOFILIO DE SOUZA	BAE 1189923	Data/Hora Entrada 13/09/2019 20:51:05	Data Baixa
Data de nascimento 05/12/1985	Idade 33a 9m 9d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986647797
Mãe MARIA LAURINETE TEOFILIO DE SOUZA			Prontuário
Endereço do Juá, 1792	Bairro Olízeiro	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE	Nº Cons. Regional 165843/SP
Data/Hora Classificação: 13/09/2019 20:51:05		Data/Hora Prescrição 13/09/2019 23:02:15	

NAMNESE

HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ 5 HORAS QUEIXA-SE DE DOR NO JOELHO ESQUERDO AO EF DO JOELHO ESQUERDO : PACIENTE EM CADEIRA DE RODAS, ESCORIAÇÕES ANTERIOR, EDEMA(+4+), ADM NÃO REALIZADA DEVIDO À DOR INTENSA , NEUROVASCULAR PRESERVADO RAOX : FRATURA DO PLATO LATERAL , SEM DESVIO ARTICULAR APARENTE PELA RADIOGRAFIA SOLICITO TC PARA DEFINIÇÃO DE CONDUTA

EXAME DE IMAGEM

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

Conduta

Em observação

Enfermeiro

DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE
(CRM: 165843/SP)

Relatório registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 13/09/2019 20:51:19

Diego Dantas L. Albuquerque
CRM-PB 165843
CRA-PB 8047
TEOT 15589



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNPJ: 08778268003771

Paciente EDVANDO TEOFILIO DE SOUZA	BAE 1189923	Data/Hora Entrada 13/09/2019 20:51:05	Data Baixa
Data de nascimento 05/12/1985	Idade 33a 9m 9d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986647797
Mãe MARIA LAURINETE TEOFILIO DE SOUZA		CNS 700500506914658	Prontuário
Endereço do Juá, 1792	Bairro Olitzelro	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FILIPE ALMEIDA BOTTER	Nº Cons. Regional 10583/PB
Data/Hora Classificação 13/09/2019 20:51:05		Data/Hora Prescrição 13/09/2019 23:39:54	

NAMNESE

HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ 5 HORAS QUEIXA-SE DE DOR NO JOELHO ESQUERDO AO EF DO JOELHO ESQUERDO : PACIENTE EM CADEIRA DE RODAS, ESCORIAÇÕES ANTERIOR, EDEMA(+/-), ADM NÃO REALIZADA DEVIDO À DOR INTENSA . NEUROVASCULAR PRESERVADO RAOX : FRATURA DO PLATO LATERAL , SEM DESVIO ARTICULAR APARENTE PELA RADIOGRAFIA SOLICITO TC PARA DEFINIÇÃO DE CONDUTA TC: FRATURA DE PLATO TIBIAL COM DEPRESSÃO CENTRAL E ANTERIOR SIGNIFICATIVA SUPERIOR A 1 CM HD: FRATURA DO PLATO TIBIAL SCHATZKER 3 CD; INTERNO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO, SOLICITO MATERIAL 3,5 E 4,5 ESTREITA EXAMES PRE OPERATÓRIO

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

Diluir

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

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, (OBSERVAÇÕES:: S/N)

Diluir

NDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V, 24H

ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40,0 ML VIA S.C., 1X AO DIA

OLUÇÃO 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

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

Diluir

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

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD>110MMHG E/OU PAS>160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES:: DIARIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

ELETROCARDIOGRAMA

EXAME LABORATORIAL

Dr. Filipe Almeida Botter
Ortopedista e Traumatologista
CRM 10.583 TCRN - 18.193

HEMOGRAMA COMPLETO
COAGULOGRAMA COMPLETO
CREATININA
UREIA
POTASSIO
SODIO
GLICOSE

PROCEDIMENTO

TALA INGUINO PODÁLICO

CID10

S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia

Conduta

Internar Paciente


Dr. Filipe Almeida Botter
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.583-PB - 14.193

Enfermeiro

FILIPE ALMEIDA BOTTER
(CRM: 10583/PB)

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 13/09/2019 20:51:19



RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: EDVANDO TEOFIOLO BE/PRONTUÁRIO 1189923
IDADE: 47 SEXO: m COR: _____ DATA: 21/9/2019
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA ENF 12/02
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATEAU TIBIAL ESQUERDO
CIRURGÃO: DR. THALES FARIAS 1º ASS: DR STERFFERSON
2º ASS: _____ 3º ASS: _____
INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: DR. EDVAN
TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO		CID
<u>FRATURA DE PLATEAU TIBIAL ESQUERDO</u>		

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<u>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATEAU TIBIAL ESQUERDO</u>	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

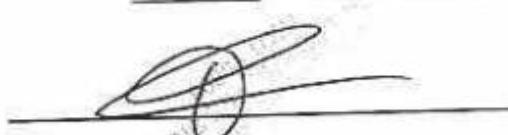
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA
 RESIDÊNCIA

TERAPIA INTENSIVA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

 DATA: 21/9/2019



DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA**ASSEPSIA E ANTISSEPSIA E ANTIBIÓTICOPROFILAXIA****APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS**

Incisão:

MINI INCISÃO POR VIA LATERAL DE PLATO ESQUERDO**AVULSAO E DISSECCÃO POR PLANOS****CUIDADO DE HEMOSTASIA**

Achados:

FRATURA DE PLATEAU TIBIAL LATERAL ESQUERDO

Conduta:

REDUÇÃO DA FRATURA INDIRETA**FIXAÇÃO COM 02 PARAFUSOS COM ARROELAS ESPONJOSOS**

Fechamento:

SUTURA POR PLANOS ANATÔMICOS**URATIVOS ESTÉREIS .**

Observação:

.

RX CONTROLE

Médico/CRM:



João Pessoa,

21/9/2019

FICHA DE ANESTESIA



DATA: 21/09/19

PRONTUÁRIO: 1189923

PACIENTE: EDUARDO TEOFILO DE SOUZA SEXO: M COR: IDADE: 33

PRESSÃO ARTERIAL PULSO: 65 RESPIRAÇÃO: 12 TEMPERATURA PESO: 36,500 GRUPO SANGUÍNEO:

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () MAU () PESSIMO RISCO CIRÚRGICO: BOM () REGULAR () MAU () PESSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: OK

AP. RESPIRATÓRIO: MUITO BOM, SRA AP. CIRCULATÓRIO: ROR, 27, BONITO

AP. DIGESTIVO: BOM > 8H ESTADO MENTAL: BOM

DROGAS EM USO: VAM

PRE-ANESTÉSICO: Metoclopramida 50mg

ESTADO FÍSICO (ASA): I

MISÉRÍA: HORA: DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

CIRURGIA REALIZADA:

CIRURGIA: Dr. Silveira AUXILIARES: Dr. Thales

INÍCIO DA ANESTESIA: 12:50h TERMINO DA ANESTESIA: 13:40h DURAÇÃO DA ANESTESIA: 50min

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

QUANT. DE CH:

VALORES R\$:

ANESTESISTA: Dr. GUTENBERG

CPF:

CRM-PB: 8348

ANESTESIA: RSI, T, 4h

O2: 100% N2O: 0% XXXXX

TEG:

CONDUITAS: 220

COPROTEÍNA: 200

PARTERÍAL SISTOLICA: 180/100

COPROTEÍNA: 160

PARTERÍAL SISTOLICA: 140/90

COPROTEÍNA: 120

PARTERÍAL SISTOLICA: 100/60

COPROTEÍNA: 80

PARTERÍAL SISTOLICA: 60/40

COPROTEÍNA: 40

PARTERÍAL SISTOLICA: 20/10

COPROTEÍNA: 0

PARTERÍAL SISTOLICA: 0/0

COPROTEÍNA: 0



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Edirmando Teófilo de SouzaDATA DO ACIDENTE 13-09-2019 CPF DA VÍTIMA 069 1234 84-16

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANESCO COM A VÍTIMA E Edirmando Teófilo de SouzaENDEREÇO DO PORTADOR Rua José Targino da CostaNº 43 COMPLEMENTOCIDADE João Pessoa UF PB

E-MAIL _____ CEP _____

BAIRRO Cidade dos PolbrosTELEFONE (83) 99 3666 364

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 CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

DOCUMENTOS BÁSICOS -

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PE
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU
- DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL D
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFO
- TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) D
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) D
- SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME D
- (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES -

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER
- 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

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 12.000,00
- INVALIDEZ PERMANENTE
- DAS LESÕES E DA MÍGROS
- DESPESAS MÉDICAS E VARIAS CONFOR

O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO COMPLETA

COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÁ SER PAGA

LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 19.01.2019

IDENTIDADE _____

ASSINATURA Edirmando Teófilo de Souza



INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO -

VÍTIMA _____	DATA DO ACIDENTE _____			CPF DA VÍTIMA _____		
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____				QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR		
() VÍTIMA				() REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM		
A VÍTIMA É _____				ENDERECO DO PORTADOR _____		
Nº _____				COMPLEMENTO _____		
CIDADE _____				BAIRRO _____		
UF _____				CEP _____		
E-MAIL _____				TELEFONE (_____)		

AVOCATE AND ATTORNEY DOCUMENTS

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVAÍDEZ PERMANENTE

- 1) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

2) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

3) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

4) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(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)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, QU CERTIDAO DE NASCIMENTO OU CERTIDAO DE CASAMENTO OU CARTA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE Ocorrência EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM 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)

ECONOMIC INTEGRATION

VALORES DE INDENIZAÇÃO

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

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

- PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE		DATA _____
		DATA _____
		IDENTIDADE _____
		ASSINATURA: <i>Edson de Oliveira e Souza</i>
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA		DATA _____
		NAME _____
		ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200049841 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDIVANDO TEOFILO DE SOUZA **Data do acidente:** 13/09/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA
P1,9,10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041431/20

Número do Sinistro: 3200049841

Vítima: EDIVANDO TEOFILo DE SOUZA

CPF: 069.123.484-16

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/09/2019

Titular do CPF: EDIVANDO TEOFILo DE SOUZA

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Outros

EDIVANDO TEOFILo DE SOUZA : 069.123.484-16

Autorização de pagamento

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: 19/02/2020
Nome: EDIVANDO TEOFILo DE SOUZA
CPF: 069.123.484-16

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

EDIVANDO TEOFILo DE SOUZA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041431/20

Vítima: EDIVANDO TEOFILo DE SOUZA

CPF: 069.123.484-16

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/09/2019

Titular do CPF: EDIVANDO TEOFILo DE SOUZA

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

EDIVANDO TEOFILo DE SOUZA : 069.123.484-16

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: 29/01/2020
Nome: EDIVANDO TEOFILo DE SOUZA
CPF: 069.123.484-16

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

EDIVANDO TEOFILo DE SOUZA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO