



Número: **0803196-58.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **19/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.840,38**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDIVANDO TEOFILO DE SOUZA (AUTOR)		RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33776 568	31/08/2020 11:25	2745232_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 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,

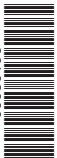
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15450362

Pag. 00217/00218 - carta_01 - INVALIDEZ

00030109





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 médico-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

Pag. 00127/00128 - carta_03 - INVALIDEZ

00070064



Carta nº 15464162





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, 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.

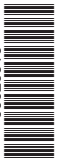
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01837/01838 - carta_15R - INVALIDEZ

00020919





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 4 - Nome completo da vítima: Edsonaldo Teófilo de Souza

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

5 - Nome completo: Edsonaldo Teófilo de Souza 6 - CPF: 069.123.484-16
7 - Profissão: Ajudante 8 - Endereço: Rua José Targino da Costa 41 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Cidade dos Colibris 12 - Cidade: Foz de Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 52073167
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 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:

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

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

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

☐ Bradesco (257) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0037 CONTA: 51688 7 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nasceu)? ☐ 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 pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, J. Pessoa, 20/01/2020

Edsonaldo Teófilo de Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 31/08/2020 11:25:52

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008311255174900000032317517

Número do documento: 2008311255174900000032317517

Num. 33776568 - Pág. 4

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 - CPE da vítima: 069.123.484-16 4 - Nome completo da vítima: Edirando 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: Edirando Teófilo de Souza 6 - CPF: 069.123.484-16
7 - Profissão: Marceniro 8 - Endereço: R. José Targino de Castro 9 - Número: 43 10 - Complemento:
11 - Bairro: Cidade dos Golibris 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58073-187
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 98708-8728 (31) 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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: 0037 CONTA: 54 888 7 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessária, às 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vários)? ☐ 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 pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 19/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ura do Representante Legal (se houver)

000/0000



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 Nº 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, Nº 41, bairro Cidade dos Colibris, tendo como ponto de referência Sem Referência, na cidade de João Pessoa/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Três 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

Procedimento Policial: 00017.01.2020.1.01.010



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

5 - Nome completo: Edsonaldo Teófilo de Souza 6 - CPF: 069.123.484-16
7 - Profissão: Ajudante 8 - Endereço: Rua José Targino da Costa 41 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Cidade dos Colibris 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 52073167
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83.993666369

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (257) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0037 CONTA: 51888 7 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.

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 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nasceu)? ☐ 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 pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, J. Pessoa, 20/01/2020

Edsonaldo Teófilo de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019

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 - CPE da vítima: 069.123.484-16 4 - Nome completo da vítima: Edirando 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: Edirando Teófilo de Souza 6 - CPF: 069.123.484-16
7 - Profissão: Marceniro 8 - Endereço: R. José Targino de Castro 9 - Número: 43 10 - Complemento:
11 - Bairro: Cidade dos Golibris 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58073-187
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 98708-8728 (31) 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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itai (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0037 CONTA: 54 888 7 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessária, às 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vários)? ☐ 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 pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 19/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

000/0000



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 TEOFILLO DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000051888-7

Nr. da Autenticação 7295708F0FE9A984



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

67436056

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	Pública	
001.079.126.0415.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto	Potência	
13N943883	23/01/2014	JARDIM LAC	LIGADO	POTENC		
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
1271	1288	17	30	13/01/2020		
IST.	CONS./ANOR.	LEIT.	QUALID.	ÁGUA-ANEXO 20	PORT. 05/2017	
NOV/2019	24		PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFO
OUT/2019	20		TURBIDEZ	268	288	27
SET/2019	18	60	CLORO	268	288	28
AGO/2019	22		COL. TERMOT	0	0	0
JUL/2019	15		COR	73	145	15
JUN/2019	15		COL. TOTAIS	268	288	2
MEDIA(N)	19		DADOS REFERENTES A:	OUT/2019		





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Gerenciado pelo Hospital de Referência



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE

a trabalho

Documento de Alta

Nome: EDUARDO TEÓFILO DE SOUZA			Numero Enquadramento: 11111111
Data de Nascimento: 09/12/1985	Sexo: Masculino	Data de Internação: 14/09/2019 04:21:38	Data de Alta: 20/09/2019 07:28:05
Motivo de alta: ALTA MEDICA			
Conduta: osteossíntese de plato tibial			
Resumo da internação: politrauma com lesão em joelho e fratura de plato submetido a síntese com intramedulares e talas fixação de perfis			
Resultado de Exames: mostra lesão			
Tratamento: osteossíntese de plato tibial			
Diagnóstico: S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia			
Recomendações: uso de medicação e retorno ambulatorial freq			

Data: 23/09/2019

SUELIO MOREIRA TORRES - 31/08/2020 11:25:52

2019-09-20 07:28:05

Souza Bruno S. (Brn)
Diagnóstico: S82.1
Data: 20/09/2019

RE: 1189923



DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	SALA
06/11/19	MG	07:00	0
17/12/19			

F(NG).APC.035-1

GOV
SEC
HOSPITAL DE EMER

CAI

PACIENTE: _____

DATA DO AT _____

Nº PRONTUÁRIO _____

MÉDICO (CAI) _____

DIAGNÓSTICO _____

PROCEDIMENTO _____

SEMPRE QUE NECESSÁRIO



	Sistema Ministério de Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO /AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL	fls. 1/2
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		7 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
2 - NOME DO PACIENTE <i>Edna Tereza da Silva</i>		4 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DE NASCIMENTO	7 - SEXO Masc. ☐ Fem. ☐	8 - RAÇA/COR
9 - NOME DA MÃE	10 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE		11 - NOME DO RESPONSÁVEL
12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)		13 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE	
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	15 - CDD. IBGE MUNICÍPIO	16 - UF	17 - CEP
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <i>Fisioterapia</i>	20 - QTOE	
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)			
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QTOE	
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTOE	
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTOE	
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTOE	
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	35 - QTOE	
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>Tr. do Ponto 5. Bial 55000</i>		37 - CID 10 PRINCIPAL <i>S82.1</i>	38 - CID 10 SECUNDÁRIO
39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
40 - OBSERVAÇÕES <i>Por solicitação do Instituto Criminal e Polícia do Rápido JUBIAL APURADA Boa área de trabalho Para as Unidades locais.</i>			
SOLICITAÇÃO			
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Felipe Torres</i>		42 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>18/11/14</i>	43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° REGISTRO DO CONSELHO)
44 - DOCUMENTO () CNS () CPF	45 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR	48 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
49 - DOCUMENTO () CNS () CPF	50 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	52 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)			
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 Teofilo de Souza
DATA DE NASCIMENTO	05/12/85
NOME DA MÃE	Maria Laurinete Teofilo 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

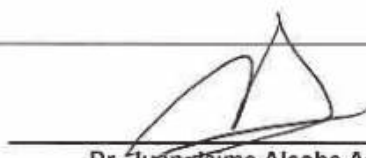
RESULTADOS DOS EXAMES:

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





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Sede: Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGUI
o trabalho**

AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

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) GLEICE 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	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	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Modo de transporte ARRO PARTICULAR	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []				
Ultrasonografia []				
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA				Tempo 14seg

Imprimir





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Unidade: Hospital Central



GOVERNO
DA PARAÍBA

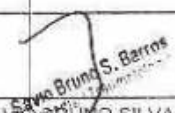
SEGUIE

o trabalho

Documento de Alta

Nome: EDVANDO TEOFILO DE SOUZA			Número Prontuário: 119069
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 platô tibial			
Resumo da Internação: politrauma com lesão em joelho e fratura de platô submetido a síntese sem intercorrecias dr tales farias e dr steferson			
Resultado de Exames: rx mostra fratura			
Tratamento: osteossíntese de platô tibial			
Diagnóstico: S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia			
Recomendações: uso da medicação e retorno ambulatorial htop			

Data: 23/09/2019


SAVA BRUNDO SILVA BARROS
CRM: 5615 - PB





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGUE
o trabalho**

Boletim de Atendimento: 1189923



Identificação do paciente			
ID	Nome		Sexo
919018	EDVANDO TEOFILO DE SOUZA		Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião
05/12/1985	33 anos 9 meses 8 dias	CASADO(A)	NAO INFORMADA
Mãe	Pai		
MARIA LAURINETE TEOFILO DE SOUZA	EDIVALDO ANTONIO DE SOUZA		
Escolaridade	Responsável (Parentesco)		
FUNDAMENTAL COMPLETO	GLEYCE KELLY SANTOS DE FREITAS - ESPOSO(A)		
DDD Celular	Celular	DDD	Telefone
83	986647797		
Tipo documento	Número documento	Nº Cns	
CPF	06912348416	700500506914658	
Local de procedência	Tipo		UF
OITIZEIRO	BAIRRO		PB
Email	Naturalidade	CBO/R	
	JUAZEIRINHO		
Endereço			
CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58088170	JOAO PESSOA	PB	do Juá
Número	Complemento	Bairro	
1792		Oitizeiro	
Admissão			
Data e Hora	Número da pulseira	Convênio	
13/09/2019 20:51:05	1000008024472	SUS	
Especialidade	Clínica		
CIRURGIA GERAL			
Classificação de risco	Origem do paciente		
	RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente	
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	VEICULO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Meio de transporte	Quem transportou		
CARRO PARTICULAR			
Sinais Vitais			
PA	Pulso	Temperatura	
x	mmHg		
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico	CID		
Atendido por	Tempo		
THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA	14seg		

Imprimir

x Gleyce Kelly Santos de Freitas





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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGUE

o trabalho

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

Tel:

CNPJ: 08778268003771

Paciente EDVANDO TEOFILO 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 TEOFILO DE SOUZA		CNS 700500506914658	Prontuário
Endereço do Juá, 1792	Bairro Oitizeiro	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TEOFILHO GREGORIO DE ANDRADE	Nº Cons. Regional 2563/PB
Data/Hora Classificação 13/09/2019 20:51:05		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
Cirurgião
TEOFILHO GREGORIO DE ANDRADE
(2563/PB)

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





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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGUE
o trabalho**

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

Tel:

CNPJ: 08778268003771

Paciente EDVANDO TEOFILO 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 TEOFILO DE SOUZA		CNS 700500506914658	Prontuário
Endereço do Juá, 1792	Bairro Oitizeiro	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. ESCÓRIAS ANTERIOR. EDEMA(+4+), ADM NÃO REALIZADA DEVIDO À DOR INTENSA.
NEUROVASCULAR PRESERVADO RAIOS X : 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)

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

Diego Dantas L. Albuquerque
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8047
TEOT 15589





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



**GOVERNO
DA PARAÍBA** *SEGUE
o trabalho*

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

Tel:

CNPJ: 08778268003771

Paciente EDVANDO TEOFILO 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 TEOFILO DE SOUZA		CNS 700500506914655	Prontuário
Endereço do Juá, 1792	Bairro Oitizeiro	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FILipe ALMEIDA BOTTER	Nº Cons. Regional 10563/PB
Data/Hora Classificação 13/09/2019 20:51:05		Data/Hora Prescrição 13/09/2019 23:39:54	

ANAMNESE

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 RAIOS X: 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

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

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

CAPTAPRIL 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: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

ELETCARDIOGRAMA

EXAME LABORATORIAL

Dr. Filipe Almeida Botter
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.589/2008 - PA 199



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 - RJ - 14.193

Enfermeiro

FILIPPE 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 CIRURGICO DE FRATURA DE PLATEAU TIBIAL ESQUERDO**
CIRURGIÃO: **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
FRATURA DE PLATEAU TIBIAL ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CODIGO
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATEAU TIBIAL ESQUERDO	

.CIDENTE DURANTE ATO CIRÚRG NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒

ENFERMARIA

☐ TERAPIA INTENSIVA

☐ RESIDÊNCIA

☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA:

21/9/2019



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA		
Posição e Preparo:		
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA		
ASSEPSIA E ANTISSEPÇÃO E ANTIBIÓTICO PROFILAXIA		
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS		
Incisão:		
MINI INCISÃO POR VIA LATERAL DE PLATO ESQUERDO		
AVULSAO E DISSECÇÃO POR PLANOS		
CUIDADO DE HEMOSTASIA		
Achados:		
FRATURA DE PLATEAU TIBIAL LATERAL ESQUERDO		
Condução:		
REDUÇÃO DA FRATURA INDIRETA		
FIXAÇÃO COM 02 PARAFUSOS COM ARROELAS ESPONJOSOS		
Fechamento:		
SUTURA POR PLANOS ANATÔMICOS		
CURATIVOS ESTÉREIS .		
Observação:		
RX CONTROLE		

Médico/CRM:

João Pessoa,

21/9/2019



Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE: **Edson de Souza**
 IDADE: **33** BE: **18/09/23**
 CIRURGEÃO: **Shirley Nat. Ploer Sibiel**
 ANESTESIA: **Raque**
 ANESTESISTA: **Edson**
 INSTRUMENTADOR: **Keelma**
 DATA: **20/09/19** TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: **12:45 / 13:30 / 13:00 / 13:30**

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)
 ASA 1 (ASA 2) ASA 3 (ASA 4) ASA 5 (ASA 6)
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (100)

MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		JELCO Nº18		FIO CAT GLT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST DREN TORAXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº1		FIO DE NYLON Nº	
FEHOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA		LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMA FOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA 0,5% VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA 0,5% VASO		LEVA DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAINA 0,5% VASO		AGULHA 13x4,5		FIO POLIGLACTINA Nº	
LIDOCAINA 0,5% VASO		AGULHA 25x07		FIO POLIGLACTINA Nº	
MEDAZOLAN		AGULHA 25x08		FIO SEDA Nº	
MORFINA		AGULHA 40x12		FITA CARDIACA	
NIMBILUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCRURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		CATETER DE PC	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		CIMENTO CIRURGICO	
PROPORFOL		AGULHA RAQUI Nº25G		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPEDICO		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		ATADURA CESSADA		GRAMPEADOR CIRURGICO	
		BOLSA P/ COLUSTOMIA		HEMOST ABSORVIVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT DERIVA VENTRICULAR	
AGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		PROTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLIC ARTERIAL Nº		KIT PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CETAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		PARAFUSOS CORTICAIS	60-8
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		PARAFUSOS CORTICAIS	
FEEDRINA		COLET URINA FECHADO		PARAFUSOS ESPONJOSO	R16 80-1
EUFROSEMIDA		COMPRESSAS CIRURGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRURGICAS		PARAFUSOS MALEOLAR	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCAO		PLACA	
LIDOCAINA GELEIA		ELETRODOS		PLACA	
MONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS			
PLASII		EQUIPO TRANSF SANGUE			
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			
PROTAMINA		ESPONJA DE PVH			
TENDONICAN		ESPARADRAPO			
		GAZES			
		GAZES ALGODOADAS			
		GEL ELETROLITICO			
		JELCO Nº14			
		JELCO Nº16			

2- Arnelos TUC
 2- EX. 415 TUC

Marcely
 Técnica de
 COREN

RETSKI

FICHA DE ANESTESIA

DATA 21/09/19

PRONTUÁRIO: 1189923

ACIENTE: EDUARDO TEOFILO DE SOUZA

SEXO: M COR: P

IDADE: 33a

PRESSÃO ARTERIAL: 65 PULSO: 65 RESPIRAÇÃO: 12 TEMPERATURA: 36,5°C PESO: 80,50c GRUPO SANGÜÍNEO:

ESTADO GERAL: ☒ BOM ☐ REGULAR ☐ MAU ☐ PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: ☒ BOM ☐ REGULAR ☐ MAU ☐ PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: OK

AP. RESPIRATÓRIO: MVD em AUI, SRA

AP. CIRCULATÓRIO: RCE 21,30V, G

AP. DIGESTIVO: JETUM 28H

ESTADO MENTAL: CSTE

DROGAS EM USO: VPM

PRE-ANESTÉSICO: Midazolam Sup

MUSE/HORA:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

CIURURGIA REALIZADA:

CIURURGIA: Dr. STENFESSON

AUXILIARES: Dr. THALES

INÍCIO DA ANESTESIA: 12:50h

TÉRMINO DA ANESTESIA: 13:40h

DURAÇÃO DA ANESTESIA: 50min

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

QUANT. DE CH:

VALORES RS:

ANESTESISTA: Dr. GUTENBERG

CPF:

CRM-PB: 8348

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA: RCE 21,30V, G

ANESTESIA GERAL ☒ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC PLEXO ☐ BLOC NERVOS ☐ OUTROS

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico:

- 1) Bupivacaína isobárica 0,5% 125mg
- 2) Dma 80mg
- 3) Cloralfeniramina 10mg
- 4) Midazolam 2mg
- 5) Fentanyl 100mcg
- 6) Oxalato de cálcio 10mg
- 7) Cloreto de potássio 10mg
- 8) Cloreto de sódio 10mg
- 9) Cloreto de cálcio 10mg
- 10) Cloreto de magnésio 10mg
- 11) Cloreto de zinco 10mg
- 12) Cloreto de cobre 10mg
- 13) Cloreto de manganês 10mg
- 14) Cloreto de níquel 10mg
- 15) Cloreto de cobalto 10mg
- 16) Cloreto de molibdênio 10mg
- 17) Cloreto de vanádio 10mg
- 18) Cloreto de cromo 10mg
- 19) Cloreto de manganês 10mg
- 20) Cloreto de zinco 10mg

Observações: paciente com L5/S1, grande dor, L5/S1, 50% injetado 1 + 2, maciamente com interferon alfa.

Assinatura do Anestesiologista: Dr. GUTENBERG

Assinatura do Anestesiologista: Dr. GUTENBERG

Assinatura do Anestesiologista: Dr. GUTENBERG

Assinatura do Anestesiologista: Dr. GUTENBERG

Assinatura do Anestesiologista: Dr. GUTENBERG

Assinatura do Anestesiologista: Dr. GUTENBERG



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Edinardo Teófilo de Souza
 DATA DO ACIDENTE 13-09-2019 CPF DA VÍTIMA 069 1234 84-16
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Edinardo Teófilo de Souza
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Jose Targino da Costa
 Nº 41 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Cidade dos Edilhões
 CIDADE José Pessoa UF PB CEP _____
 E-MAIL _____ TELEFONE (83) 993666364

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, 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 -

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELO
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU
- ☐ DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE
- ☐ 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
- ☐ CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS C

DOCUMENTOS COMPLEME

- ☐ 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 IMPORTANTE

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 12
 - INVALIDEZ PERMANENTE = R\$ 12
 - DESPESAS MÉDICAS = R\$ 12
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO COMPLETA É DE 30 DIAS, CONTANDO A PARTIR DA DATA DO ACIDENTE.
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODENDO SER LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, É NECESSÁRIO APRESENTAR OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 13.09.2019
 IDENTIDADE _____
 ASSINATURA Edinardo Teófilo de Souza





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____ CPF DA VÍTIMA _____
DATA DO ACIDENTE _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO 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 CERTIDÃO 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, 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 CERTIDÃO 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 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)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE - R\$ 13.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.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

Suelio Moreira Torres

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

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 13/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDIVANDO TEOFILO DE SOUZA

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

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/09/2019

Titular do CPF: EDIVANDO TEOFILO DE SOUZA

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

