

---

**Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200023038**

**Vítima: TEREZA MARCELINO DA CUNHA**

**Data do Acidente: 27/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), TEREZA MARCELINO DA CUNHA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200023038                      Vítima: TEREZA MARCELINO DA CUNHA

Data do Acidente: 27/09/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), TEREZA MARCELINO DA CUNHA

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

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, devidamente preenchido, assinalando a opção que declara a impossibilidade da apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois não foi marcado.
-----------------------------------	---

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



Rio de Janeiro, 01 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200023038

Vítima: TEREZA MARCELINO DA CUNHA

Data do Acidente: 27/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), TEREZA MARCELINO DA CUNHA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: TEREZA MARCELINO DA CUNHA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000002108-3

Conta: 00000506283-7

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **395.301324-68** 3 - CPF da vítima: **395.301324-68** 4 - Nome completo da vítima: **TENEZA MANGELINO DA CUNHA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: **TENEZA MANGELINO DA CUNHA** 6 - CPF: **395.301324-68**  
7 - Profissão: **RECURSO** 8 - Endereço: **RUA ROBERTO CARLOS PESSOA** 9 - Número: **168** 10 - Complemento: **BEISEL**  
11 - Bairro: **BEISEL** 12 - Cidade: **JOÃO PESSOA** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58075-110**  
15 - E-mail: **(83) 98708-8728** 16 - Tel.(DDD): **(83) 98708-8728**

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

17 - Nome completo do Representante Legal: **DECLARO, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).**  
18 - CPF do Representante Legal: **DECLARO, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).** 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)**  
**AGÊNCIA:** **CONTA:** **AGÊNCIA:** **CONTA:**  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

**Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):**

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: **Solteiro** **Casado (no Civil)** **Divorciado** **Separado Judicialmente** **Viuvo** 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 nasoturo (vel nasoturo)? **Sim** **Não** 31 - Vítima teve irmãos? **Sim** **Não** 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: **Falecidos:** 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? **Sim** **Não**

**Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.**

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **JOÃO PESSOA, 13 de Janeiro de 2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00005.01.2020.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00005.01.2020.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:07 horas do dia 07 de janeiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Josinéria Cunha dos Santos**, CPF nº 676.054.434-04, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero feminino, profissão Assistente Social, filho(a) de Terezinha Marcelino Cunha e Adelson Antonio dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 03/04/1967 (52 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Roberto Carlos Pessoa, Nº 68, bairro Ernesto Geisel, tendo como ponto de referência Armazém Paraíba, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99824-4491.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Br 230, Br 230 Próximo Atacadão, João Pessoa/PB, bairro José Américo; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 27/09/19 19:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 303 Caput da Lei 9.503/97 (Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor).

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE a comunicante/declarante, relata que a sua filha JULIANARIA ROBERTA DOS SANTOS PEREIRA, portador do CPF 701.634.194-18, Rg 402323 SSDS/PB, CNH 06384269051, categoria "B", condizia o veículo/caminhoneta, marca e modelo: RENAULT/DUSTER, ano e modelo: 2013 de cor branca, placa: OGA3345/PB, chassi: 93YHSR2L6DJ678957, registrado em nome de Clóvis de Almeida da Silva, CPF :054.157.794-85; QUE segundo a comunicante declarante a sua filha conduzia o veículo acima citado quando um veículo que seguia a frente parou de repente sem se quer sinalizar, fazendo com que a sua filha viesse a colidir na traseira desse carro, não sabendo especificar a marca e modelo nem condutor, apenas relata que a sua mãe TEREZA MARCELINO DA CUNHA, portador do CPF 395.301.324-68, que vinha de carona, após a freiada brusca veio a se machucar; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 28/11/2019, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) por ambulância; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S42,2

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

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Delegacia Especializada de Acidentes de  
Veículos da Capital



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigação

João Pessoa/PB,

JOSINERIA CUNHA DANTAS  
Noticiante



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **395.301324-68** 3 - CPF da vítima: **395.301324-68** 4 - Nome completo da vítima: **TENEZA MANGELINO DA CUNHA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: **TENEZA MANGELINO DA CUNHA** 6 - CPF: **395.301324-68**  
7 - Profissão: **RECURSO** 8 - Endereço: **RUA ROBERTO CARLOS PESSOA** 9 - Número: **168** 10 - Complemento: **BEISEL**  
11 - Bairro: **BEISEL** 12 - Cidade: **JOÃO PESSOA** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58075-110**  
15 - E-mail: **(83) 98708-8728** 16 - Tel.(DDD): **(83) 98708-8728**

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

17 - Nome completo do Representante Legal:   
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)

AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BRADESCO**

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: **Solteiro** **Casado (no Civil)** **Divorciado** **Separado Judicialmente** **Viuvo** 24 - Data do óbito da vítima:   
25 - Grau de Parentesco com a vítima: **Sim** **Não** 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 nasoturo (vel nasoturo)? **Sim** **Não** 31 - Vítima teve irmãos? **Sim** **Não** 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: **Falecidos:** 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? **Sim** **Não**

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **JOÃO PESSOA, 13 de Janeiro de 2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





9 e.c.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **395.301324-68** 3 - CPF da vítima: **395.301324-68** 4 - Nome completo da vítima: **TENEZA MANGENHO DA CUNHA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: **TENEZA MANGENHO DA CUNHA** 6 - CPF: **395.301324-68**  
7 - Profissão: **RECURSO** 8 - Endereço: **RUA ROBERTO CARLOS PESSOA** 9 - Número: **168** 10 - Complemento: **BEISEL**  
11 - Bairro: **BEISEL** 12 - Cidade: **JOÃO PESSOA** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58075-110**  
15 - E-mail: **(83) 98708.8728** 16 - Tel.(DDD): **(83) 98708.8728**

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

17 - Nome completo do Representante Legal: **DECLARO, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).**  
18 - CPF do Representante Legal: **19 - Profissão do Representante Legal:**

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ **RECUSO INFORMAR SEM RENDA** R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
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)**  
**AGÊNCIA:** **CONTA:** **AGÊNCIA:** **CONTA:**  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: **Solteiro** **Casado (no Civil)** **Divorciado** **Separado Judicialmente** **Viuvo** 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 nasoturo (se nasoturo)? **Sim** **Não** 31 - Vítima teve irmãos? **Sim** **Não** 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: **Falecidos:** 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? **Sim** **Não**

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

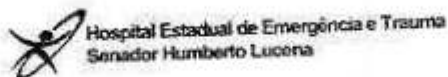
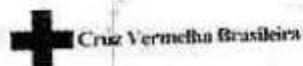
34 - **35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido** **36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido** **37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido**  
**38 - 1ª | Nome:** **CPF:** **Assinatura da testemunha**  
**39 - 2ª | Nome:** **CPF:** **Assinatura da testemunha**

40 - Local e Data, **JOÃO PESSOA, 13 de Janeiro de 2020**

**41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

Boletim de Atendimento: 1111533



Identificação do paciente			
ID 1330380	Nome TEREZA MARCELINO DA CUNHA	Sexo Feminino	
Data de nascimento 08/08/1930	Idade 88 anos 1 mes 19 dias	Estado civil	Religião
Mãe EUDOCIA IDALINO DA CONCEICAO	Pai MARCELINO PEREIRA DA CUNHA	Prontuário	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) JOSINERIA CUNHA DOS SANTOS - FILHO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988244491	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1029557	Nº Cns 206115166530005	
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)	Tipo UNIDADES SAUDE	UF PB	
Email	Naturalidade ARARUNA	CBO/R	
Endereço			
CEP 68088570	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro JOSÉ NOVAIS
Número 219	Complemento	Bairro CITIZEIRO	
Admissão			
Data e Hora 27/09/2018 21:36:46	Número da pulseira 1000006683022	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica		
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Detalhe do acidente VEICULO X VEICULO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA			Tempo 10seg

Imprimir



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE TEREZA MARCELINO DA CUNHA  
DADOS DE NASCIMENTO 08/08/30  
NOME DA MÃE EUDÓCIA IDALINA DA CONCEIÇÃO

### DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.111.533  
Nº PRONTUARIO 11.322  
DATA DO ATENDIMENTO 27/09/19  
HORA DO ATENDIMENTO 21:36  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE AUTOMÓVEL  
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO D  
CID 10 S 42.2

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente idosa deu entrada neste hospital vítima de acidente de automóvel (colisão carro x carro), encaminhada do Ortotrauma, apresentando dor em braço D + limitação dos movimentos, para tratamento cirúrgico conforme pactuação. Glasgow 15. Avaliada pela equipe da médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do ombro D  
RX do ombro D - AP e Oblíquo  
RX do tórax - AP

### TRATAMENTO:

Fratura da extremidade superior do úmero D à TC e aos RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Tibirica Medeiros e Dr. Everton Silveira da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 17/10/19  
DATA DA EMISSÃO: 28/11/19

Dr. Everton Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PB

BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TEREZA MARCELINO DA CUNHA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02108-3

CONTA: 000000506283-7

Nr. Autenticação

BRADESCO3001202005000000000023702108000000506283168750 PAGO

FRANCISCO LEONARDO SOARES DE MELO  
RUA ROBERTO CARLOS PESSOA, 188 - GEISEL  
JOÃO PESSOA/PB CEP: 58073-110 (40-3)

**Energisa**

Uti/loc: MONOFÁSICO  
Clas/loc: RES MTC B1/RESIDENCIAL-RESIDENCIAL  
Roteiro: 13-2-780-8485 Referência Out/2019  
Medidor: 6008273739 Emissão: 28/10/2019

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
Br 230, Km 25 - Cistão Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-880  
CNPJ 06.906.183/0001-49 Ins. Est. 16.216.823-0

Nota Fiscal/Cont. de Energia Elétrica (NFCE) 438.264  
Cód. aut. 519 Automático: 0010191983

Out/2019

29/10/2019

28/11/2019

338.425.834,72

130,19

Sacampo a grave e pode matar. Fique atento ao calendário de vacinação de seu animal.

Data	Leitura	Data	Leitura						
27/09/18	4557	29/10/18	4700						
Consumo em kWh									
0001	Consumo em kWh	148,000	0,180510	118,18	118,18	27	21,8	118,18	3,30
0001	Adc. E. Vermeja	0,78	0,78	27	0,20	0,78	0,51	0,51	0,03
0001	Adc. B. Amarela	2,58	2,58	27	0,80	2,58	0,02	0,11	0,11
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0007	CONTRIB. DE R.V. LUM. PÚBLICA	4,28	0,00	0	0,03	0,03	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA DB/2018	0,82	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA DB/2018	2,67	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0001	REST. BANDO AMAR. RESIDENCIAL 28/2019	-0,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CCT Código de Classificação do Item TOTAL									
Taxa de Tabuleiro	0,545406	130,18	130,18	27,81	130,18	1,02	1,02	1,02	1,02

05/11/2019

R\$ 130,19

RESERVADO AO FISCO

b10c.acc5.3ac4.12ef.2a59.a53d.4a7e.2bda

Composição do Consumo			
Discriminação	Valor (R\$)	%	
Serviços de Det. de Energia Elétrica	31,83	24,45	
Consumo Energia	41,32	31,71	
Serviço de Transmissão	4,70	3,63	
Encargos Setoriais	4,78	3,66	
Impostos Gerais e Encargos	45,95	35,35	
Outros Serviços	0,00	0,00	
<b>Total</b>	<b>130,22</b>	<b>100,00</b>	

Valor em Euros (Ref. 9/2019) R\$ 42,47

BANCO DO BRASIL

PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244008 07221.741171 5 80840000013019

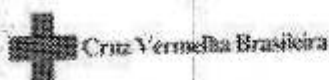
PAGADOR FRANCISCO LEONARDO SOARES DE MELO - CPF/CNPJ 138.423.834-72  
RUA ROBERTO CARLOS PESSOA, 188 - GEISEL - JOÃO PESSOA/PB CEP: 58073-110

Nosso Nr 31502440007221741 Nr Documento 600526195201910 Data de Vencimento 05/11/2019 Valor do Documento R\$ 130,19 Valor Pago

BENEFICIÁRIO ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A. CNPJ 06.906.183/0001-49  
Br 230, Km 25 - Cistão Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-880

Agência/Código do beneficiário 3004-3/2447-3





Hospital  
Sãoador  
Hospital de Emergência e Trauma  
S. Lacerda, Umberto Lacerda



GOVERNO  
DA PARAIBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente <b>TEREZA MARCELINO DA CUNHA</b>	BAE <b>1111533</b>	Data/Hora Entrada <b>27/09/2018 21:36:48</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>08/08/1930</b>	Idade <b>88a 1m 20d</b>	Sexo <b>Feminino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 988244491</b>
Mãe <b>EUDOCIA IDALINO DA CONCEICAO</b>		CNS <b>206115160530005</b>	Prontuário
Endereço <b>JOSÉ NOVAIS, 219</b>	Bairro <b>CITIZEIRO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X VEICULO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE AUTOMOVELO</b>	Profissional <b>JOSE RODRIGUES ZORRILLA NETO</b>	Nº Cons. Regional <b>9390/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>27/09/2018 21:36:48</b>		Data/Hora Prescrição <b>27/09/2018 21:56:52</b>	

## Anamnese

AUMA EM OMBRO DIREITO

RX: FRATURA DE UMEROS PROXIMAL

CD: INTERNAMENTO

## 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), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

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

Diluir

DANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

CAPTAPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110 ; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

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

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTS) (OBSERVAÇÕES: SE HGT <60)

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

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

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

Diluir

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

## CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

Boletim registrado por: THIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 27/09/2018 21:56:50

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

SOLICITAÇÃO DE PARECER DA CARDIOLOGIA

**EXAME LABORATORIAL**

HEMOGRAMA COMPLETO

COAGULOGRAMA COMPLETO

UREIA

CREATININA

**PROCEDIMENTO**

TALA AXILO PALMAR

**CID10**

Código	Descrição
M79.6	Dor em membro

**Conduta**

Reinternar Paciente

TEREZA MARCELINO DA CUNHA

Dr. José Rodrigues Zorrilla Neto  
Clínica do Sono  
CRM: 9380

JOSE RODRIGUES ZORRILLA NETO  
(CRM: 9380/PB)

BE/PRONTUÁRIO

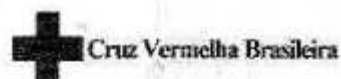
1111533

Nome do paciente

Therapy Marcelo da Cunha

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
13.10.18	12h	# ANESTESIOLOGIA #
		Por Tratamento Cirúrgico de fratura distal
		proximal Direita.
		Paciente 38a, submetida ao anestésico oxipentol, admitida na UPA às 11:55, consciente. Permanece em UPA sob sedação leve PA: 140 x 100 mmHg / FC: 105 bpm / SaO <sub>2</sub> : 96%
		AP: MV + em bons, reflexos difusos em BTK
		ACV: sem paroxismos
		Insuficiência respiratória, mista e fotoresistente
		Ed: Salvo Radiografia de tórax AP
		Exames laboratoriais + Gaseometria arterial
		Maneja sedado.
		Tratamento 40mg
		Glucosato de Ca <sup>2+</sup> 2amp.
		Sonda laríngea de desobstrução

13/10/2018  
12h  
Therapy Marcelo da Cunha



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM  
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: LAIANA  
KAREN DANTAS BARRETO  
Em: 09/10/2018 16:55:09

Paciente <b>TEREZA MARCELINO DA CUNHA</b>		Boletim de Atendimento <b>1111533</b>	Data/Hora Entrada <b>27/09/2018 21:36:48</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>08/08/1930</b>	Idade <b>88</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS <b>206115166530005</b>	Prontuário <b>111322</b>
Tempo de Internação		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>27/09/2018 21:36:48</b>	Data Internação <b>27/09/2018 22:59:14</b>	Permanência na Unidade: <b>5d 17h 53min</b>		Permanência no Leito: <b>11d 19h 19min</b>

### EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 09/10/2018 16:54:56)

#### EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

CIRURGIA SUSPensa PELA ANESTESIA E PELA ORTOPEDIA POR AVANÇO DE HORÁRIO

CD: VPM

Seção: POSTO II - ENF 22 Leito: 0002 - NEUROCIRURGIA

Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491

Dra. Laiana Barreto  
Médica  
Clínica / RCL - 5491



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700

Paciente <b>TEREZA MARCELINO DA CUNHA</b>		Boletim de Atendimento <b>1111533</b>	Data/Hora Entrada <b>27/09/2018 21:36:48</b>
Data de nascimento <b>08/08/1930</b>	Idade <b>88</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS <b>206115166530005</b>
Tempo de Internação		Convênio <b>SUS</b>	

**EVOLUÇÃO MEDICA (ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA - 30/09/2018 07:24:50)****EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

2º DIH: FRATURA ÚMERO PROXIMAL D.;  
PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL; RISCO OK (GRAU II)  
CD: AGUARDA EXAMES LABORATORIAIS;  
OPME: PLACA BLOQUEADA TIPO PHILLUS  
SOLICITADA EM 29.09.18.

Seção: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: 0007

Profissional responsável pela informação: ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

Dr. Alisson F. F. Vieira  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PB 69130/CRM-E 17806  
SBOT 12814

Paciente <b>TEREZA MARCELINO DA CUNHA</b>		Boletim de Atendimento <b>1111533</b>	Data/Hora Entrada <b>27/09/2018 21:36:48</b>
Data de nascimento <b>08/08/1930</b>	Idade <b>88</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS <b>206115166530005</b>
Tempo de Internação		Convênio <b>SUS</b>	

**EVOLUÇÃO MEDICA (LUCIANO JOSE LIRA MENDES - 28/09/2018 08:02:42)****EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

**ORTOPEDIA****FRATURA DO Umero PROXIMAL****AGUARDANDO EXAME LAB E RISCO CIRURGICO**

Seção: AREA LARANJA - UDC A Leito: 0005

Profissional responsável pela informação: LUCIANO JOSE LIRA MENDES

Dr. Luciano  
Ortopedia





SUS

Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H. E. E. T. S. H. L.

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H. E. E. T. S. H. L.

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Tereza / Tereza Marcelino da Cunha

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1111533

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino ☐ 1Feminino ☒ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD. BOE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

## MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CDD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CDD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CDD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QDE

## 38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

T.M.C - (1) Placa Bloqueada 9x3 Furos.  
 Caixa Phillips - Parafuso Cortical N°: 26 (01) N° 36 (01)  
 3.5 " Bloqueado N° 26 (02) N° 38 (03)  
 N° 34 (01)  
 Fio de Kirschner (1.5/2.0/3.0) - 01 de cada (Como Guia)

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DOCUMENTO

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

42 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

CNS

CPF

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CDD. ORGÃO EMISSOR

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

46 - DOCUMENTO

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

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNS

CPF

13 OUT. 2018

NOME: **TEREZA MARCELINO DA CUNHA** BE/PRONTUÁRIO: **1111533**  
 IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: **FEM** COR: \_\_\_\_\_ DATA: **13/10/2018**  
 CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 CIRURGIA: **TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE Umero PROXIMAL DIREITO**

CIRURGIÃO: **DR TIBIRIÇA** 1º ASS: **DR EVERTON**  
 2º ASS: \_\_\_\_\_ 3º ASS: \_\_\_\_\_  
 INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_ ANESTESISTA: \_\_\_\_\_  
 TIPO DE ANESTESIA: **BLOQUEIO PLEXO B** HORÁRIO INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO POS-OPERATORIO	CID
<b>FRATURA DE Umero PROXIMAL DIREITO</b>	

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS	CÓDIGO
<b>TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA PROXIMAL DE Umero DIREITO</b>	
<b>COM PLACA PHILUS 9X3</b>	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA  
☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: \_\_\_\_\_ DATA: **13/10/2018**

*Dr. Tibirica*  
13 OUT. 2018

Nota de Sala Cirúrgica



8

**NOME DO PACIENTE** Tomeza Marcelino da Cunha

**IDADE** 88 **DE** 11/11 **PRONTUÁRIO** 533 **INTERVISTA** 22 **LEITO** 92

**CIRURGIAS** Tto. Cir. de Fratura de Umero Proximal (D).

**CIRURGIÃO** Tibitica + Eventon + Bruaro (R) Interno.

**ANESTESIA** Bloqueio + Geral.

**ANESTESISTA** Tienmes

**INSTRUMENTADOR** Eventon

**13/10/18** **TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO** 04:00 **CIRURGIA INÍCIO** 10:40

**ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)**  
 ASA I ( ) ASA II ( ) ASA III ( ) ASA IV ( )  
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA ( )

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		JELCO Nº 8		FIO CAT GLT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO Nº 20		FIO CAT GLT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº 22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº 24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁNICA Nº		FIO DE NYLON Nº	20 r
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		ALCOOL ETILICO 70%		FIO DE NYLON Nº	
FENTANIL		PVPi DEGERMANTE		FIO POLIGLACTINA Nº	1 r
FLUMAZENIL		PVPi TINTURA		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		PVPi TOPICO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVORUPIVACAÍNA C. VASO		SABÃO ANTISEPTICO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVORUPIVACAÍNA S. VASO		MATERIAIS	QTD.	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAINA C. VASO		AGULHA 13X4,5		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAINA S. VASO		AGULHA 25X07		FIO POLIOLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAM		AGULHA 25X08		FIO SEDA Nº	
MORFINA		AGULHA 40X12		FITA CARDÍACA	
NIMBUM		AGULHA PERIDURAL Nº 6		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCLORÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº 7		CATETER DE PIC	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº 8		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL		AGULHA RAQUÍ Nº 25G		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANIL		AGULHA RAQUÍ Nº 26G		FIO DE KIRSCHNER Nº	15 (01) 3rd (01)
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUÍ Nº 27G		FIO DE KIRSCHNER Nº	26 (01) (Grude)
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		ATADURA DESSADA		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		PROTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		STI. PAM	
BENTRA		CATETER EPIDURAL Nº 6		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº 7		EMPRESA	
DENAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº 8		PARAFUSOS CORTICAIS	26-1
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEDRINA		COLET. LIRINA FECHADO		PARAFUSOS ESPONJOSO	Cx 3.5
FLUROSENIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 30%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS MALEOLAR	Phyllus
GLICONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PLACA	Blag. 9x3P.
LIDOCAINA GELICA		ELETRODOS		PLACA	
ONDASESTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		EQUIPAMENTOS	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		ASPIRADOR	
PROSTIGVINE		EQUIPO MICROGOTAS		BISTURI ELÉTRICO	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPi		CAPNÓGRAFO	
TENOXICAN		ESPARADRAPO		CARDIOMONITOR	
		GAZES		DESFIBRILADOR	
		GAZES ALGODOADAS		FOCO AUXILIAR	
		GEL ELETROLÍTICO		FOCO CENTRAL	
		JELCO Nº 14		MICROSCÓPIO	
		JELCO Nº 15		OXÍMETRO DE PULSO	
				P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				PERFURADOR ELÉTRICO	
				SERRA	
				CIRCULANTE	

**Adraf. Blag. 26- (02)**  
**34- 01**  
**36- 01**  
**38- 03**

**Gilene Correla Alves**  
 Téc. Enfermagem  
 Inscrição - 139.180







CRUZ VERMELHA  
BRASIL

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA EM CADEIRA DE PRAIA
ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
VIA DE ACESSO DELTO PEITORAL
AVULSÃO, DIVULSÃO E DISSECÇÃO POR PLANOS
CUIDADOS DE HEMOSTASIA
Achados:
FRATURA DE Umero PROXIMAL DIREITO
Condução:
REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA SOB MANOBRAS DE REDUÇÃO
CURETAGEM DO FOCO DE FRATURA
FIXAÇÃO COM PLACA PHILUS 9X6 + 7 PARAFUSOS BLOQUEADOS + 1 CORTICAL
SOB AUXÍLIO DE RADIOESCOPIA
LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%
CUIDADOS COM A HEMOSTASIA
Fechamento:
SUTURA POR PLANOS
CURATIVOS ESTEREIS
RX DE CONTROLE
Observação:
HEMI - J

Médico/CRM:

João Pessoa,

13/10/2018

*Dr. João Pessoa*  
13.10.2018







## - IDENTIFICAÇÃO -

## VÍTIMA

DATA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_ CPF DA VÍTIMA \_\_\_\_\_

## 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 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 PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INCLUINDO O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS)
- ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) SIMPLES E LEGÍVEL
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (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

- ( ) 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

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 100.000,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = R\$ 100.000,00
- DESPESAS MÉDICAS = R\$ 100.000,00
- DESPESAS MATERIAIS = R\$ 100.000,00

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS ÚTIS, CONTANDO A PARTIR DA DATA DE RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODENDO O PAGAMENTO SER FEITO DE FORMA PARCIAL, DE ACORDO COM OS VALORES LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, É NECESSÁRIO ACOMPANHAR O FORMULÁRIO DE PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, QUE PODE SER OBTIDO GRATUITAMENTE NO SAC DPVAT 0800 022 1204

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE \_\_\_\_\_

ASSINATURA *Teuza*

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200023038 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** TEREZA MARCELINO DA CUNHA **Data do acidente:** 27/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 24/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019660/20

**Número do Sinistro:** 3200023038

**Vítima:** TEREZA MARCELINO DA CUNHA

**CPF:** 395.301.324-68

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 27/09/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** TEREZA MARCELINO DA CUNHA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

## 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](http://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: 22/01/2020  
Nome: TEREZA MARCELINO DA CUNHA  
CPF: 395.301.324-68

TEREZA MARCELINO DA CUNHA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019660/20

**Vítima:** TEREZA MARCELINO DA CUNHA

**CPF:** 395.301.324-68

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 27/09/2019

**Titular do CPF:** TEREZA MARCELINO DA CUNHA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**TEREZA MARCELINO DA CUNHA : 395.301.324-68**

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](http://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: 15/01/2020  
Nome: TEREZA MARCELINO DA CUNHA  
CPF: 395.301.324-68

TEREZA MARCELINO DA CUNHA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO