
Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190416797

Vítima: EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE

Data do Acidente: 04/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE

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, 26 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190416797

Vítima: EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE

Data do Acidente: 04/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE

Informamos que o pagamento da indenização o 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: EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001635-7

Conta: 000010019188-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 0223.202/19 3 - CPF da vítima: 323398304-00 4 - Nome completo da vítima: Ezequiel Abantes de Andrade

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

5 - Nome completo: Ezequiel Abantes de Andrade 6 - CPF: 323398304-00
7 - Profissão: Militar 8 - Endereço: R. Barão Wagner Alexandre Bezerra 9 - Número: 59 10 - Complemento:
11 - Bairro: Barraquinhos 12 - Cidade: Jacaré Pedras 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58051-320
15 - E-mail: Recyrou 16 - Tel.(DDD): 1834949628

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: 1635 7 CONTA: 17-183 4
(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 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concorência 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 ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, Jacaré Pedras PB 03-07-2014

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0229 783/39 3 - CPF da vítima: 32.339.8304-00 4 - Nome completo da vítima: Ezequiel Abaente de Andrade

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

5 - Nome completo: Ezequiel Abaente de Andrade 6 - CPF: 32.339.8304-00
7 - Profissão: Militar 8 - Endereço: R. Boim Miguel Alexandre Bezerra 59 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Banqueiros 12 - Cidade: Jacuê Pernambuco 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55051-320
15 - E-mail: Recydoe 16 - Tel. (DDD): 18349198028

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

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

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

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

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 1635 7 CONTA: 19-388 4
(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 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, Jacuê Pernambuco PB 08-07-2014

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 00706.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00706.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:09 horas do dia 06 de abril de 2017, 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 Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Ezequiel Abrantes de Andrade**, CPF nº 323.398.104-00, CNH nº 2708890109, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero masculino, profissão Militar, filho(a) de Luiza Maria de Abrantes e Antonio Abrantes Ferreira, natural de Sousa/PB, nascido(a) em 04/05/1962 (57 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Bancário Wagner Alexandrino Bezerra Japyassu, Nº 55, bairro Bancários, tendo como ponto de referência Praça da Paz, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98723-2788.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Santa Bárbara, Por Trás do Shopping Mangabeira, João Pessoa/PB, bairro Jardim Cidade Universitária; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/03/17 10:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que no dia 04.03.2017, por volta das 10h00, conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CB 500X, COR CINZA, ANO 2015/2015, PLACA QFI6407/PB, CHASSI 9C2PC4920FR002431, DE PROPRIEDADE DO NOTICIANTE, pela Av. Santa Bárbara, Jardim Cidade Universitária, nesta capital, quando perdeu o controle da motocicleta ao passar por uma curva, vindo a cair ao solo e lesionar-se, conforme Boletim de Entrada nº 978704, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU.

ADENDO(S):

Que na data 01/07/2019, à(s) 10:49 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: PARA CONSTAR A DATA CORRETA E HORÁRIO DO ACIDENTE, COMO SENDO 04/02/2017 POR VOLTA DAS 15H20MIN, RATIFICANDO OS DEMAIS TERMOS.. Adendo registrado por: Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula: 1565699.

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.



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



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

João Pessoa/PB, 01 de julho de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE
Noticiante

ESTA CERTIDÃO FOI EXPEDIDA NA CENTRAL DE POLÍCIA CIVIL DE JOÃO PESSOA - SETOR DE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, SENDO PRESERVADO O CABEÇALHO DA DELEGACIA ONDE O BO FORA ORIGINALMENTE REGISTRADO.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00706.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00706.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:09 horas do dia 06 de abril de 2017, 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 Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Ezequiel Abrantes de Andrade**, CPF nº 323.398.104-00, CNH nº 2708890109, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero masculino, profissão Militar, filho(a) de Luiza Maria de Abrantes e Antonio Abrantes Ferreira, natural de Sousa/PB, nascido(a) em 04/05/1962 (57 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Bancário Wagner Alexandrino Bezerra Japyassu, Nº 55, bairro Bancários, tendo como ponto de referência Praça da Paz, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98723-2788.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Santa Bárbara, Por Trás do Shopping Mangabeira, João Pessoa/PB, bairro Jardim Cidade Universitária; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/03/17 10:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que no dia 04.03.2017, por volta das 10h00, conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CB 500X, COR CINZA, ANO 2015/2015, PLACA QF16407/PB, CHASSI 9C2PC4920FR002431, DE PROPRIEDADE DO NOTICIANTE, pela Av. Santa Bárbara, Jardim Cidade Universitária, nesta capital, quando perdeu o controle da motocicleta ao passar por uma curva, vindo a cair ao solo e lesionar-se, conforme Boletim de Entrada nº 978704, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU.

ADENDO(S):

Que na data 01/07/2019, à(s) 10:49 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: **PARA CONSTAR A DATA CORRETA E HORÁRIO DO ACIDENTE, COMO SENDO 04/02/2017 POR VOLTA DAS 15H20MIN, RATIFICANDO OS DEMAIS TERMOS..** Adendo registrado por: Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula: 1565699.

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.



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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 01 de julho de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE
Noticiante

ESTA CERTIDÃO FOI EXPEDIDA NA CENTRAL DE POLÍCIA CIVIL DE JOÃO PESSOA - SETOR DE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, SENDO PRESERVADO O CABEÇALHO DA DELEGACIA ONDE O BO FORA ORIGINALMENTE REGISTRADO.

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: 0223.02.119 3 - CPF da vítima: 323398304-00 4 - Nome completo da vítima: Gizeguel Abaentes de Andrade

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

5 - Nome completo: Gizeguel Abaentes de Andrade 6 - CPF: 323398304-00
7 - Profissão: Militon 8 - Endereço: R. Barão Miguel de Albuquerque 9 - Número: 59 10 - Complemento:
11 - Bairro: Bonfim 12 - Cidade: Jacaré, Paraíba 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58051-320
15 - E-mail: Recyrou 16 - Tel.(DDD): 8349196028

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$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:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 1635 7 CONTA: 19-388 4
(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 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
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: Jacaré, Paraíba 03-07-2014
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 0229 7851/19 3 - CPF da vítima: 323398304-00 4 - Nome completo da vítima: Ezequiel Abaigentes de Andrade

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

5 - Nome completo: Ezequiel Abaigentes de Andrade 6 - CPF: 323398304-00
7 - Profissão: Militar 8 - Endereço: R. Barão Wagnon Barão Wagnon 59 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Banqueiros 12 - Cidade: Jacuiz de Pedras 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58051-320
15 - E-mail: Recyrou. 16 - Tel. (DDD): 18349198028

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: 1635 7 CONTA: 17-388 4
(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 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (vivo/nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a 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, Jacuiz de Pedras PB 08-07-2014

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 0229 7851/19 3 - CPF da vítima: 323398304-00 4 - Nome completo da vítima: Ezequiel Abaigentes de Andrade

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

5 - Nome completo: Ezequiel Abaigentes de Andrade 6 - CPF: 323398304-00
7 - Profissão: Militar 8 - Endereço: R. Barão Wagnon Barão Wagnon 59 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Banqueiros 12 - Cidade: Jacuiz de Pedras 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58051-320
15 - E-mail: Recyrou. 16 - Tel. (DDD): 18349198028

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: 1635 7 CONTA: 17-388 4
(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 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (vivo/nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a 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, Jacuiz de Pedras PB 08-07-2014

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 704/037, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1592579, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE** idade 54 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 04/02/2017, na Av. Santa Barbara, Bairro: Mangabeira - João Pessoa - aproximadamente às 15:20 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 17 de Abril de 2017.



Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matricula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 704/037, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1592579, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE** idade 54 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 04/02/2017, na Av. Santa Barbara, Bairro: Mangabeira - João Pessoa - aproximadamente às 15:20 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 17 de Abril de 2017.



Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CRE/5ª Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matricula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01635-7

CONTA: 000010019188-6

Nr. da Autenticação 8009A8048B235532

Hipercard

00002433



CTC RECÍPE PE JPA PJ9

PC-13

EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE
R BANC WAGNER ALEXANDRINO BEZERRA JAP 55
BANCARIOS
58051-320 JOAO PESSOA PB



32110943260265000000243330 281215

Postagem: 28/12/2015
Vencimento: 09/01/2016
Emissão: 27/12/2015
Fechamento próxima fatura: 02/02/2016

Titular **EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE**
Cartão **6062XXXX.XXXX.7569**



Total da fatura anterior

Pagamento efetuado em 08/12/2015

Saldo em aberto

Parcelamentos atuais

Total desta fatura

Resumo da fatura em R\$

377,57

377,57

0,00

606,08

606,08

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Não de já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030 - FORTALEZA



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	EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE
DATA DE NASCIMENTO	04/05/62
NOME DA MÃE	LUIZA MARIA DE ABRANTES

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	978.704
DATA DO ATENDIMENTO	04/02/17
HORA DO ATENDIMENTO	16:24
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQUERDA+ LUXAÇÃO GLENO-UMERAL ESQUERDA
CID 10	S43.1 + S43.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor em ombro esquerdo com limitação funcional. Torax e abdomen sem alterações. Glasgow 15. Apresenta luxação acromioclavicular esquerda, associada a luxação posterior gleno-umeral esquerda.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro esquerdo
RX de ombro direito

TRATAMENTO:

Atendimento inicial. Imobilização.

ALTA HOSPITALAR: 04/02/17
DATA DA EMISSÃO: 27/06/17

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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

[illegible]

Boletim de Atendimento: 978704

ACOLHIMENTO: 08 - 0958: 123312 - TEL:

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
 Avenida Higienópolis, 1500[illegible]

GOVERNO DA PARAIBA

Olyo



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE

DATA DE NASCIMENTO 04/05/62

NOME DA MÃE LUIZA MARIA DE ABRANTES

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 100936

BOLETIM DE ENTRADA N.º 987329

DATA DO ATENDIMENTO 15/03/17

HORA DO ATENDIMENTO 19:40

MOTIVO DO ATENDIMENTO TRAUMA

DIAGNÓSTICO (S) LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQ.

CID 10 S43.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, PACIENTE COM LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQ. HÁ 30 DIAS. REFERE DORES INTENSA. NECESSITA DE CIRURGIA. AVALIADO PELA ORTOPEDIA

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX OMBRO ESQ.

EXAMES HEMATOLOGICOS

ECG com risco cirúrgico.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX OMBRO ESQ. - LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQ.

TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQ.

ALTA HOSPITALAR: 21/03/17

DATA DA EMISSÃO: 04/04/19



Elivaldo Sales de Toledo
Cirurgião Geral
CYB/HEETSHL
CRM 1873/PB

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 1873/PB



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 987329



Identificação do paciente

ID 1150461	Nome EZEQUIEL ABRANTE DE ANDRADE	Sexo Masculino
Data de nascimento 04/05/1962	Idade 54 anos 10 meses 11 dias	Estado civil Religião
Mãe LUIZA MARIA DE ABRANTES	Pai ANTONIO ABRANTE FERREIRA	Prontuário
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 98732786	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 799850	Nº Cns 708008324972226
Local de procedência BANCARIOS	Tipo BAIRRO	UF PB
E-mail	Naturalidade SOUSA	CBOR

Endereço

CEP 58051320	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BANCÁRIO WAGNER ALEXANDRINO BEZERRA JAPYASSU
Número 55	Complemento	Bairro BANCARIOS	

Admissão

Data e Hora 15/03/2017 19:40:17	Número de pulseira 1000059758326	Convênio SUS
Especialidade CLÍNICA MÉDICA	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RESIDENCIA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento TRAUMA	Detalhe do acidente OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

Sinais Vitais

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

Exames complementares

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

Diagnóstico

Atendido por
THIAGO FERNANDES DE ARAUJO

Imprimir





MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

RECEBUEMOS
O PRELIMINAR
DO RELATÓRIO DE
ACIDENTE
EM 03 JUL 2013
AS 14:00 HORAS
DEPOIS DE RECEBER
O RELATÓRIO DE ACIDENTE
EM 03 JUL 2013
AS 14:00 HORAS

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE

IDADE:

PROCEDÊNCIA: ☐ Domicílio ☐ Ambulância de resgate ☐ Ambulância SAMU ☐ Polícia

TIPO DE ACIDENTE: ☐ Moto ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Atrapalhamento
☐ Reversamento ☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Arma de fogo ☐ Arma branca ☐ Outros

TIPO DE LESÃO: ☐ Fratura fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Esmagamento ☐ Laceração ☐ Queimadura
☐ Mordedura ☐ Objeto entalado ☐ Ferimento contuso ☐ Amputação membro ☐ Outros

LOCAL DA LESÃO: ☐ Membros sup ☐ Membros inf ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros

DADOS CLÍNICOS (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:

EXAME FÍSICO PA: mmHg P: bpm SpO2: Tax:

Sistema Neurológico:

Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Desorientado

Avaliação das pupilas: Simetria: ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas Tamanho: ☐ Midríase ☐ Miose

Sistema Respiratório:

☐ Ventilação invasiva ☐ Ventilação espontânea ☐ Vias aéreas patentes

☐ Traqueostomia ☐ Respiração rápida ☐ Obstrução parcial das vias aéreas

☐ Respiração ruidosa ☐ Suporte ventilatório não invasivo ☐ Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório:

☐ Pulso ausente ☐ Pele fria e úmida ☐ Perfusiones tissulares satisfatórias

☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Perfusiones tissulares comprometidas

☐ Polidize ☐ Outros

Sistema Digestório:

☐ HDA ☐ Uso de SNG ☐ Vômitos ☐ Dor à palpação superficial

☐ HDB ☐ Corpo estranho ☐ Dor à palpação profunda

Outros: ☐ Rigidez abdominal ☐ Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário:

☐ Disúria ☐ Hematuria ☐ Olégia ☐ Polúria ☐ SVD ☐ Outros

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:

☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Câncer ☐ Alergias ☐ Cirurgias

☐ Interações ☐ Outros

Especificar:

USO DE MEDICAÇÃO:

☐ Sim ☐ Não Especificar

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?

☐ Sim ☐ Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

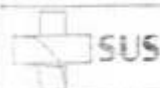


DESTINO:

ENFERMEIRO:

COREM:

P(NG)ENF 022-1



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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

6 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

5 - N° DO PRONTUÁRIO

Masc

Fem

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDI

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE - MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. 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 - Cód. 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 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

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

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

CNS

CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

CNS

CPF

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

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



EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: () Não () Sim

MEDICAMENTOS: () Não () Sim

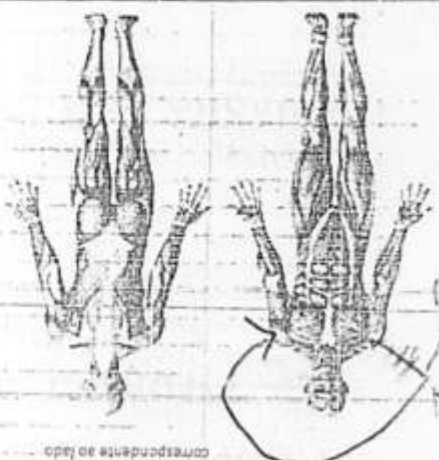
IMUNIZAÇÃO: () Não () Sim

PATOLOGIA: () Não () Sim

ALIMENTOS INGERIDOS: () Não () Sim

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado



- 1 Abrasão
- 2 Amputação
- 3 Avulsão
- 4 Contusão
- 5 Crepitação
- 6 Dor
- 7 Edema
- 8 Empalamento
- 9 Eritema subcutâneo
- 10 Esmagamento
- 11 Equimose
- 12 F. Arma Branca
- 13 F. Arma de Fogo
- 14 F. Contuso
- 15 F. Cortante
- 16 F. Corta-Contuso
- 17 F. Perfuro-Contuso
- 18 F. Perfuro-Cortante
- 19 Fratura Ossa Fechada
- 20 Fratura Ossa Aberta
- 21 Hematoma
- 22 Inguetamento Nervoso
- 23 Luxação
- 24 Tordo Torção
- 25 Luxação
- 26 Moradura
- 27 Movimento torácico paradoxal
- 28 Objeto Encaixado
- 29 Queimadura
- 30 Perfuração
- 31 Punctura
- 32 Punctura
- 33 Queimadura
- 34 Rinocefalia
- 35 Sinal de hêmiplegia

EXAMES SOLICITADOS

- () Radiografias
 () Ultrassonografia (FAST)
 () Tomografia computadorizada
 () Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUZAS E PROCEDIMENTOS

CÓDIGO

ASSINATURA E CARIMBO

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Assinatura do médico

Assinatura do paciente ou responsável

Assinatura do enfermeiro

Assinatura do fisioterapeuta

Assinatura do nutricionista

Assinatura do psicólogo

Assinatura do fonoaudiólogo

Assinatura do assistente social

Assinatura do educador físico

Assinatura do agente comunitário de saúde

Assinatura do técnico de enfermagem

Assinatura do técnico de radiologia

Assinatura do técnico de laboratório

Assinatura do técnico de eletrocardiografia

Assinatura do técnico de ultrassonografia

Assinatura do técnico de tomografia computadorizada

Assinatura do técnico de ressonância magnética

Assinatura do técnico de medicina nuclear

Assinatura do técnico de citopatologia

Assinatura do técnico de histopatologia

Assinatura do técnico de microbiologia

Assinatura do técnico de parasitologia

Assinatura do técnico de imunologia

Assinatura do técnico de hematologia

Assinatura do técnico de coagulação

Assinatura do técnico de citologia

Assinatura do técnico de genética

Assinatura do técnico de bioquímica

Assinatura do técnico de imunopatologia

Assinatura do técnico de imunofluorescência

Assinatura do técnico de imunohistoquímica

Assinatura do técnico de imunocitoquímica

Assinatura do técnico de imunocitologia

Assinatura do técnico de imunofarmacologia

Assinatura do técnico de imunogenética

Assinatura do técnico de imunoinformática

Assinatura do técnico de imunologia molecular

Assinatura do técnico de imunologia celular

Assinatura do técnico de imunologia sistêmica

Assinatura do técnico de imunologia clínica

Assinatura do técnico de imunologia básica

Assinatura do técnico de imunologia experimental

Assinatura do técnico de imunologia aplicada

Assinatura do técnico de imunologia forense

Assinatura do técnico de imunologia ambiental

Assinatura do técnico de imunologia ocupacional

Assinatura do técnico de imunologia social

Assinatura do técnico de imunologia pública

Assinatura do técnico de imunologia comunitária

Assinatura do técnico de imunologia populacional

Assinatura do técnico de imunologia global

Assinatura do técnico de imunologia internacional

Assinatura do técnico de imunologia transnacional

Assinatura do técnico de imunologia globalizada

Assinatura do técnico de imunologia mundial

Assinatura do técnico de imunologia planetária

Assinatura do técnico de imunologia universal

Assinatura do técnico de imunologia absoluta

Assinatura do técnico de imunologia relativa

Assinatura do técnico de imunologia comparativa

Assinatura do técnico de imunologia integrativa

Assinatura do técnico de imunologia holística

Assinatura do técnico de imunologia sistêmica

Assinatura do técnico de imunologia funcional

Assinatura do técnico de imunologia estrutural

Assinatura do técnico de imunologia molecular

Assinatura do técnico de imunologia celular

Assinatura do técnico de imunologia sistêmica

Assinatura do técnico de imunologia funcional

Assinatura do técnico de imunologia estrutural

Assinatura do técnico de imunologia molecular

Assinatura do técnico de imunologia celular

Assinatura do técnico de imunologia sistêmica

Assinatura do técnico de imunologia funcional

Assinatura do técnico de imunologia estrutural

Assinatura do técnico de imunologia molecular

Assinatura do técnico de imunologia celular

Assinatura do técnico de imunologia sistêmica

Assinatura do técnico de imunologia funcional

Assinatura do técnico de imunologia estrutural

Assinatura do técnico de imunologia molecular

Assinatura do técnico de imunologia celular

Assinatura do técnico de imunologia sistêmica

Assinatura do técnico de imunologia funcional

Assinatura do técnico de imunologia estrutural

Assinatura do técnico de imunologia molecular

Assinatura do técnico de imunologia celular

Assinatura do técnico de imunologia sistêmica

Assinatura do técnico de imunologia funcional

Assinatura do técnico de imunologia estrutural

Assinatura do técnico de imunologia molecular

Assinatura do técnico de imunologia celular

Assinatura do técnico de imunologia sistêmica

Assinatura do técnico de imunologia funcional

Assinatura do técnico de imunologia estrutural

Assinatura do técnico de imunologia molecular

Assinatura do técnico de imunologia celular

Assinatura do técnico de imunologia sistêmica

Assinatura do técnico de imunologia funcional

Assinatura do técnico de imunologia estrutural

Assinatura do técnico de imunologia molecular

Assinatura do técnico de imunologia celular

Assinatura do técnico de imunologia sistêmica

Assinatura do técnico de imunologia funcional

Assinatura do técnico de imunologia estrutural

Assinatura do técnico de imunologia molecular

Assinatura do técnico de imunologia celular

Assinatura do técnico de imunologia sistêmica

Assinatura do técnico de imunologia funcional

Assinatura do técnico de imunologia estrutural

Assinatura do técnico de imunologia molecular

Assinatura do técnico de imunologia celular

Assinatura do técnico de imunologia sistêmica

Assinatura do técnico de imunologia funcional

Assinatura do técnico de imunologia estrutural

Assinatura do técnico de imunologia molecular

Assinatura do técnico de imunologia celular

Assinatura do técnico de imunologia sistêmica

Assinatura do técnico de imunologia funcional

Assinatura do técnico de imunologia estrutural

Assinatura do técnico de imunologia molecular

Assinatura do técnico de imunologia celular

Assinatura do técnico de imunologia sistêmica

Assinatura do técnico de imunologia funcional

Assinatura do técnico de imunologia estrutural

Assinatura do técnico de imunologia molecular

Assinatura do técnico de imunologia celular

Assinatura do técnico de imunologia sistêmica

Assinatura do técnico de imunologia funcional

Assinatura do técnico de imunologia estrutural

Assinatura do técnico de imunologia molecular

Assinatura do técnico de imunologia celular

Assinatura do técnico de imunologia sistêmica

Assinatura do técnico de imunologia funcional

Assinatura do técnico de imunologia estrutural

Assinatura do técnico de imunologia molecular

Assinatura do técnico de imunologia celular

Assinatura do técnico de imunologia sistêmica

Assinatura do técnico de imunologia funcional

Assinatura do técnico de imunologia estrutural

Assinatura do técnico de imunologia molecular

Assinatura do técnico de imunologia celular

Assinatura do técnico de imunologia sistêmica

Assinatura do técnico de imunologia funcional

Assinatura do técnico de imunologia estrutural

Assinatura do técnico de imunologia molecular

Assinatura do técnico de imunologia celular

Assinatura do técnico de imunologia sistêmica

Assinatura do técnico de imunologia funcional

Assinatura do técnico de imunologia estrutural

Assinatura do técnico de imunologia molecular

Assinatura do técnico de imunologia celular

Assinatura do técnico de imunologia sistêmica

Assinatura do técnico de imunologia funcional

Assinatura do técnico de imunologia estrutural

Assinatura do técnico de imunologia molecular

Assinatura do técnico de imunologia celular

Assinatura do técnico de imunologia sistêmica

Assinatura do técnico de imunologia funcional

Assinatura do técnico de imunologia estrutural

Assinatura do técnico de imunologia molecular

Assinatura do técnico de imunologia celular

Assinatura do técnico de imunologia sistêmica

Assinatura do técnico de imunologia funcional

Assinatura do técnico de imunologia estrutural

Assinatura do técnico de imunologia molecular

Assinatura do técnico de imunologia celular

Assinatura do técnico de imunologia sistêmica

Assinatura do técnico de imunologia funcional

Assinatura do técnico de imunologia estrutural

Assinatura do técnico de imunologia molecular

Assinatura do técnico de imunologia celular

Assinatura do técnico de imunologia sistêmica

Assinatura do técnico de imunologia funcional

Assinatura do técnico de imunologia estrutural

Assinatura do técnico de imunologia molecular

Assinatura do técnico de imunologia celular

Assinatura do técnico de imunologia sistêmica

Assinatura do técnico de imunologia funcional

Assinatura do técnico de imunologia estrutural

Assinatura do técnico de imunologia molecular

Assinatura do técnico de imunologia celular

Assinatura do técnico de imunologia sistêmica

Assinatura do técnico de imunologia funcional

Assinatura do técnico de imunologia estrutural

Assinatura do técnico de imunologia molecular

Assinatura do técnico de imunologia celular

Assinatura do técnico de imunologia sistêmica

Assinatura do técnico de imunologia funcional

Assinatura do técnico de imunologia estrutural

Assinatura do técnico de imunologia molecular

Assinatura do técnico de imunologia celular

Assinatura do técnico de imunologia sistêmica

Assinatura do técnico de imunologia funcional

Assinatura do técnico de imunologia estrutural

Assinatura do técnico de imunologia molecular

Assinatura do técnico de imunologia celular

Assinatura do técnico de imunologia sistêmica

Assinatura do técnico de imunologia funcional

Assinatura do técnico de imunologia estrutural

Assinatura do técnico de imunologia molecular

Assinatura do técnico de imunologia celular

Assinatura do técnico de imunologia sistêmica

Assinatura do técnico de imunologia funcional

Assinatura do técnico de imunologia estrutural

Assinatura do técnico de imunologia molecular

Assinatura do técnico de imunologia celular

Assinatura do técnico de imunologia sistêmica

Assinatura do técnico de imunologia funcional

Assinatura do técnico de imunologia estrutural

Assinatura do técnico de imunologia molecular

Assinatura do técnico de imunologia celular

Assinatura do técnico de imunologia sistêmica

Assinatura do técnico de imunologia funcional

Assinatura do técnico de imunologia estrutural

Assinatura do técnico de imunologia molecular

Assinatura do técnico de imunologia celular

Assinatura do técnico de imunologia sistêmica

Assinatura do técnico de imunologia funcional

Assinatura do técnico de imunologia estrutural

Assinatura do técnico de imunologia molecular

Assinatura do técnico de imunologia celular

Assinatura do técnico de imunologia sistêmica

Assinatura do técnico de imunologia funcional

Assinatura do técnico de imunologia estrutural

Assinatura do técnico de imunologia molecular

Assinatura do técnico de imunologia celular

Assinatura do técnico de imunologia sistêmica

Assinatura do técnico de imunologia funcional

Assinatura do técnico de imunologia estrutural

Assinatura do técnico de imunologia molecular

Assinatura do técnico de imunologia celular

Assinatura do técnico de imunologia sistêmica

Assinatura do técnico de imunologia funcional

Assinatura do técnico de imunologia estrutural

Assinatura do técnico de imunologia molecular

Assinatura do técnico de imunologia celular

Assinatura do técnico de imunologia sistêmica

Assinatura do técnico de imunologia funcional

Assinatura do



Primeiro Atendimento Médico



PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

OME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

NOME PRIMÁRIO

IAS ☐ Pêrvias ☐ Obstruídas
AÉREAS

CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☐ Não

VENTILAÇÃO:

FRAGUEIRA NA LINHA MEDIANA ☐ Sim ☐ Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ Sem dificuldade
☐ Com dificuldade

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1 - MURMÚRIO VESICULAR

HTD ☐ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente

HTE ☐ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente

2 - RUÍDOS

☐ Sim
☐ Não

HTD ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores

HTE ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores

PR: _____ Imp

SpO₂: _____ %

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fotorreagente

☐ Paralisadas

☐ Isocóricas

☐ Anisocóricas

(diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, semissocial, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons Incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (desconexão)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (desconexão)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: JOÃO PEDRO DE OLIVEIRA BE/Prontuário: 123456789
Idade: 45 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: BRANCO Data: 12/07/2019
Clínica/Setor: CLÍNICA DE CIRURGIA EMP: 1234 LR: 5678
Cirurgia: COLECISTECTOMIA
Cirurgião: DR. JOÃO PEDRO DE OLIVEIRA 1º Assistente: DR. CARLOS ALBERTO
2º Assistente: DR. PEDRO ALVES 3º Assistente: DR. LUIZ CARLOS
Instrumentador: DR. ANTONIO CARLOS Anestesista: DR. ROBERTO SILVA
Tipo de Anestesia: RAPIDAMENTE Horário: Início 14:00 Término 16:00

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>COLECISTECTOMIA</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>COLECISTECTOMIA</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não. Descrição: SEM ACIDENTE
Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☒ Não
Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:
☒ Enfermaria ☐ Terapia Intensa ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico



Médico/CRM: JOÃO PEDRO DE OLIVEIRA

João Pessoa, 12/07/2019

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal, com o membro superior direito flexionado e o membro superior esquerdo flexionado e aduzido. A pele da região a ser operada é preparada com antisséptico.

Incisão:

Incisão em Z-plastia, com o primeiro braço da Z em direção ao membro superior direito e o segundo braço em direção ao membro superior esquerdo. A terceira parte da Z é formada pela transposição da pele do braço direito para o braço esquerdo.

Achados:

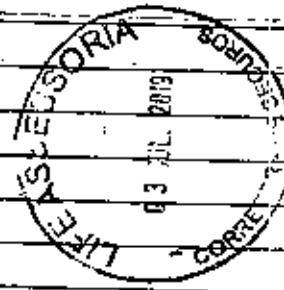
Lesão da pele do membro superior direito, com a presença de um defeito de aproximadamente 10 cm x 5 cm. A lesão é caracterizada por uma ferida de bordos irregulares, com exposição da gordura e do músculo.

Conduta:

Realização da Z-plastia para o fechamento da ferida. A pele do braço direito é transposta para o braço esquerdo, permitindo o fechamento da ferida com bordos bem alinhados.

[Assinatura]

DATA



Fechamento:

Observação:

João Pessoa, ____ / ____ / ____

Médico/CRM: _____

PROIBIDO PLASTIFICAR

FILIAÇÃO		799850 SSP-PB		Cpf	323398104-00	MATRÍCULA	512643-6
NATURALIDADE		ANTONIO ABRANTES FERREIRA					
SOUZA - PB		LUIZA MARIA DE ABRANTES					
DOADOR DE ÓRGÃOS DISPOSIÇÃO	DATA NASC.	OS	RM	SEXO	ALTURA		
DOADOR	12031778740	A	+	M	1.7		
OBSERVAÇÕES							
LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO							
João Pessoa, 20 de janeiro de 2016							
							
							
CHIEFE DA DIVISÃO DE IDENTIFICAÇÃO							
POLEGAR DIREITO							

POLÍCIA MILITAR

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL



POLÍCIA MILITAR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA



FÉ PÚBLICA - DECRETO Nº 30.573

IDENTIDADE MILITAR Nº 09818

2º SARGENTO R/R

GRAU HIERÁRQUICO



NOME EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE

Ezequiel Abrantes de Andrade

ASSINATURA DO IDENTIFICADO

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Georgiel Abante de AlmeidaDATA DO ACIDENTE 14-02-2017 CPF DA VÍTIMA 3233 98 154-00

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VI VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR R. Barc Ubiracy (Bartolomeo) BezerraNº 59 COMPLEMENTO BAIRRO Barra NovaCIDADE Joaquim Pessoa UF PB CEP 58051-300E-MAIL BZ_941928028 TELEFONE (81) 941928028

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 CONFIREM 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 E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUANTADAS☐ 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 CONFIREM 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 E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

• 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 03-07-2019IDENTIDADE Georgiel Abante de Almeida

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 03-07-2019

NOME

ASSINATURA

POLICIA MILITAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA

PE PÚBLICA - DECRETO Nº 30.873

IDENTIDADE MILITAR Nº **09818**

GRANDE HONRARIATO
2º SARGENTO R/R

NOME
EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE

Ezequiel de Andrade
ASSINATURA DO IDENTIFICADO

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

POLICIA MILITAR

79950 SSP-PB 32338164-00 71141-5

PLACAO
**ANTONIO ABRANTES FERREIRA
LUIZA MARIA DE ABRANTES**

NATURALIDADE
BOGUSA - PR

DATA NASC.
04/05/1962

SEXO
M

ALTURA
1.7

DOADOR DE ORGÃOS
DOADOR 12631778740 A +

OBSERVAÇÕES

LOCAL E DATA DE EMISSÃO
João Pessoa, 29 de Janeiro de 2016

Paulo Sérgio F. G. F.
ASSINATURA DO IDENTIFICADOR

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL



EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE

Data Nasc.: 04/05/1962 Sexo: M

708 0083 2497 2226

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SUS

POLICIA MILITAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO PARANÁ

REPUBLICA - DECRETO Nº 36.572

IDENTIDADE MILITAR Nº 09818

GRÁU MILITAR

2º SARGENTO R/R

NOME
EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE

Ezequiel de Andrade
ASSINATURA DO IDENTIFICADO

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL







Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Ezequiel Abantes de Almeida
 DATA DO ACIDENTE 04-02-2017 CPF DA VÍTIMA 3233 98 104-00
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. Barão Huguenot, 100 - Jardim das Beirinhas
 Nº 59 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Barra Mansa
 CIDADE Jacaré UF PB CEP 58051-320
 E-MAIL _____ TELEFONE (83) 991928028

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 - DAMS

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

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- 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 08-07-2019
 IDENTIDADE 799850
 ASSINATURA Ezequiel Abantes de Almeida

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 08 JUL. 2019
 NOME _____
 ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190416797 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE **Data do acidente:** 04/02/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 10.

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda 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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0223202/19

Vítima: EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE

CPF: 323.398.104-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/02/2017

Titular do CPF: EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE : 323.398.104-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/07/2019
Nome: EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE
CPF: 323.398.104-00

EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/07/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA