
Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190297329

Vítima: FABIO SILVA DE MENEZES

Data do Acidente: 14/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FABIO SILVA DE MENEZES

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, 17 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190297329

Vítima: FABIO SILVA DE MENEZES

Data do Acidente: 14/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FABIO SILVA DE MENEZES

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 joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **FABIO SILVA DE MENEZES**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000001635-7**

Conta: **000010016680-6**

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

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

Nº do sinistro ou ASL: 043626/39 CPF da vítima: 063.964-10 Nome completo da vítima: Fabio Silva de menezes

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

Nome completo: Fabio Silva de menezes CPF: 063.964.164-10

Profissão: Agricultor Endereço: R. Ibiapima Número: 311 Complemento:

Bairro: NSRA DAS NEVES Cidade: conde Estado: PE CEP: 58322000

E-mail: Tel. (DDD): 23998225389

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1635 7 CONTA: 16680 4

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder 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 contestar, caso discorde, do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data, José Pessoa 29/04/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Fabio Silva de menezes

Assinatura da vítima/beneficiário (foclarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome: 29 ABIL 2019

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Ourocard
International

4001 6358 2063 1145

4001 6358 2063 1145

FABIO SILVA MENEZES
1635-7 16.680-4

VISA

ELECTRON

Electronic use only / Apenas uso eletrônico





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00086.01.2019.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00086.01.2019.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:04 horas do dia 26 de abril de 2019, 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 Isaías Olegário da Silva, matrícula 611697, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Fabio Silva de Menezes**, CPF nº 063.969.164-10, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Maria Avelino da Silva e José Antonio de Menezes, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 27/11/1993 (25 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Padre Ibiapina, Nº S/N, bairro Centro, tendo como ponto de referência Shopping, na cidade de Conde/PB, telefone(s) para contato (83) 99328-6866.

Dados do(s) Fatos:

Local: Elvidio Alves, nº S/N, Shopping, Conde/PB, bairro Centro; Tipo do Local: outros; Data/Hora: 14/01/19 00:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

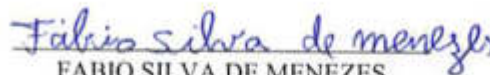
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, seguia normalmente com a motocicleta, marca e modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS, ano e modelo: 2008 de cor cinza, placa: MOG 7165/PB, chassi nº 9C2KC08108R304910, registrado em nome de Severino Ramos da Silva Araujo, CPF nº 703.060.734-12, irmão do notificante de criação; QUE seguia normalmente em sua mão quando um outro motoqueiro vinha em sentido contrário ao do notificante e que ao perceber o mesmo veio de encontro ao notificante colidindo um contra o outro; QUE segundo o notificante não sabe especificar marca e modelo do causador do acidente; QUE devido ao fato foi jogado ao chão; QUE devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. ELIVALDO SALES DE TOLÊDO, CRM 1873/PB, DATADO DE 20.03.2019, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 M24.2

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 26 de abril de 2019.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


FABIO SILVA DE MENEZES
Noticiante



Procedimento Policial: 00086.01.2019.1.00.420

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 043626/39 CPF da vítima: 063.964-10 Nome completo da vítima: Fabio Silva de menezes

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

Nome completo: Fabio Silva de menezes CPF: 063.964.164-10

Profissão: Agricultor Endereço: R. Ibiapima Número: 314 Complemento:

Bairro: NSRA DAS NEVES Cidade: conde Estado: PB CEP: 58322000

E-mail: Tel.(DDD): 23998225389

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1635 7 CONTA: 16680 4

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso contrário, do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima/beneficiário

Local e Data: José Passos 29/04/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Fabio Silva de menezes

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: CPF:

2ª Nome: CPF:

Assinatura: 29 ABR 2019

Assinatura:

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332155700

Boletim de Atendimento: 1135656



Identificação do paciente					
ID 1268025	Nome FABIO SILVA DE MENEZES			Sexo Masculino	
Data de nascimento 07/11/1993	Idade 25 anos 2 meses 7 dias	Estado civil	Religião	Profissão	
Mãe MARIA AVELINO DA SILVA			Pai JOSE ANTONIO DE MENEZES		
Escolaridade			Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 91798506	DDD Fixo	Fone Fixo		
Tipo documento	Número documento	Nº Cns			
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)			Tipo UNIDADESAUDE	UF PB	
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R			
Endereço					
CEP 58322000	Município de residência CONDE	UF PB	Logradouro PROJETADA		
Número SN	Complemento	Bairro SENHORA DAS NEVES			
Admissão					
Data e Hora 14/01/2019 02:08:46	Número da pulseira 100007160218	Convênio SUS			
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica				
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE				
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO			
Indicadores e Transporte					
Caso polícia Não	Plano de saúde Não	Veto de ambulância Não	Trauma Não		
Moto de transporte SAMU	Quem transportou				
Sinais Vitais					
PA _____x_____mmHg	Pulso	Temperatura			
Exames complementares					
Rio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos AS LESÕES POR ACIDENTE COM MOTO DE TRÁFEGO DO TIPO COLAPSO ELETIVO, SUSTENTADO EM UM LUGAR DESERTO, EM PRIMEIRO SOCORRO L. 31/INTELETO (L. 31)					
Diagnóstico					
Atendido por BRUNO FERNANDES DE MENEZES					
Assinado _____ Enfermeiro Rene 76706 Tendo 01min 15seg					

İmparator

29 JUL 2005

CORRETORA DE SEGUROS

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: 10/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO SILVA DE MENEZES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01635-7

CONTA: 000010016680-6

Nr. da Autenticação 8E650BE254311863

1404 Paces, Ontario Emergency Call 911
Call para Dist. Automatique 911

0387000000-8 01770054003-2 09331872019-2 04400002101



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, SEVERINO RAMOS DA SILVA ARAÚJO JUNIOR
RG nº 4075636, data de expedição 01/08/2012
Órgão SSPS-PB, portador do CPF nº 70306073412, com
domicílio na cidade de CONDE, no Estado de
PARANÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
PEBIBIAPINA, nº SIN,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima FABIO SILVA DE MENEZES, cujo o condutor era
FABIO SILVA DE MENEZES.

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA 150 TITAN KS
Ano: 2008/2008
Placa: MOB 7165/PB
Chassi: 902K008108A304310
Data do Acidente: 14/01/2019
Local e Data: CONDE, 16/04/2019

Severino Ramos da Silva Araújo Junior
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO PEDRO ALVES RCPN E TABELIONATO

Rua N. Senhora da Conceição, 136, Centro, Conde - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de
SEVERINO RAMOS DA SILVA ARAÚJO JUNIOR

Dom. fe: Conde/PB - 16/04/2019

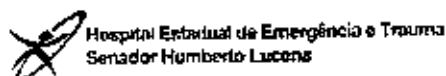
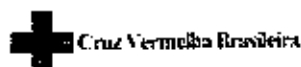
Escrevente: João Gomes Ribeiro Neto

Selo Digital: AIL48757-XRHV

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol R\$ 9,91 FARPEN R\$ 0,29 MP R\$ 0,00 FEPJ R\$ 1,98





AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332186700

Boletim de Atendimento: 1136856



Identificação do paciente						
ID 1366026	Nome FABIO SILVA DE MENEZES			Sexo Masculino		
Data de nascimento 07/11/1993	Idade 25 anos 2 meses 7 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe MARIA AVELINO DA SILVA	Pai JOSE ANTONIO DE MENEZES					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)					
DDD móvel 63	Fone Móvel 91798506	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento	Número documento	Nº Cns				
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)	Tipo UNIDADESAUDE		UF PB			
Etnia	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58322000	Município de residência CONDE	UF PB	Logradouro PROJETADA			
Número S/N	Complemento	Bairro SENHORA DAS NEVES				
Admissão						
Data e Hora 14/01/2019 02:08:46	Número de carteira 100007160218	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE					
Caráter do atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte SAMU	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrassonografia []
Dados clínicos AS LESÕES FACIAIS E ULNAR DE DEGRADAÇÃO DE PELE, COMPLICADA, COM ENFIAM. SUPURATIVO COM DRENAGEM DE EMERGÊNCIA POR C. 8.3 (TUMOR MALIGNO).						
Diagnóstico						
Atendido por BRUNO FERNANDES DE MENEZES						

Imprimir



Assinado por: V. Gomes
CID: 76708
Tempo: 76708
01min 16seg



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FABIO SILVA DE MENEZES
DATA DE NASCIMENTO 27/11/93
NOME DA MÃE MARIA AVELINO DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 113430
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1135655
DATA DO ATENDIMENTO 14/01/19
HORA DO ATENDIMENTO 02:08
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA (MOTO X MOTO)
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA-AVULSÃO LCP
CID 10 M24.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR NO JOELHO ESQ. . APRESENTA EDEMA E ESCORIAÇÃO E FERIMENTO SUTURADO NO LOCAL . AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX TORAX, JOELHO ESQ. TORNOZELO ESQ.
EXAMES HEMATOLOGICOS
ECG com risco cirúrgico.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX JOELHO ESQ. - FRATURA AVULÇÃO DE LCP



TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA -AVULSÃO LCP

ALTA HOSPITALAR: 02/02/19
DATA DA EMISSÃO: 20/03/19

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 1873/PB



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES

MAIORES E CAPAZES

Transal

HEETSHL

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Fabio Silva de Menezes

BE: 1135655



II - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1º - O presente Termo de Responsabilidade dispõe sobre direitos e deveres do paciente, do profissional da saúde e do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - HEETSHL;

§ 1º - O Hospital de Emergência e Trauma é uma unidade de saúde destinada a operacionalizar a gestão e execução das atividades e dos serviços de saúde de urgência e emergência em trauma e a assistência de pacientes portadores de patologias agudas e graves, sejam clínicas, (para um primeiro atendimento e posterior remoção para outro serviço conveniado), ou cirúrgicas (Politraumatismo, Neurocirurgia, Traumatologia, Cirurgia Geral e demais subespecialidades relacionadas à mesma).

§ 2º - O Corpo Clínico responsável pela assistência integral ao paciente é composto por Médicos, Médicos-Residentes, todos Profissionais da Saúde e Aprimorandos, integrantes de Equipe Multiprofissional e profissionais médicos e de outras especialidades da saúde que cumprem a função de Preceptores ligados às diversas instituições de ensino do estado da Paraíba;

§ 3º O HEETSHL faz parte de uma rede de assistência da Secretaria de Estado da Saúde no sistema referência e contra-referência. É de responsabilidade da equipe médica deste Hospital a indicação do encaminhamento para Remoção ou Transferência dos pacientes aqui admitidos para outras Instituições de Saúde de João Pessoa ou de outros municípios para continuidade do tratamento.

§ 4º É também de responsabilidade do HEETSHL, dentro das suas normas de funcionamento, o encaminhamento e acompanhamento do paciente por equipe profissional especializada para a realização de exames complementares fora das dependências da sua unidade.

III - DO RECONHECIMENTO E SALVAGUARDA DOS DIREITOS E DEVERES

Artigo 2º - O paciente será tratado por meios adequados e disponíveis, devendo a relação mútua entre profissionais da saúde e paciente ser baseada na dignidade e no respeito.

Artigo 3º - O profissional da saúde tem garantida a sua autonomia ao indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas.

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES

Artigo 11 - Após a alta médica, o paciente deverá deixar as dependências do HEETSHL, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, após as quais serão adotadas as medidas legais cabíveis.

Artigo 12- Após a internação a família do paciente ou o seu representante legal deverá resgatar os pertences de valor ou documentos deixados nesta unidade hospitalar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias e, no caso de vestuários e calçados, no prazo máximo de 02(dois) dias contados a partir da data de internação. Após este prazo, a instituição adotará as medidas legais cabíveis que entender necessárias para a destinação destes objetos.

Artigo 13 - O paciente ou o seu representante legal e os profissionais da saúde do HEETSHL poderão recorrer à Comissão de Ética Médica e à Comissão de Bioética, para esclarecer questões surgidas em decorrência da prestação das ações e dos serviços de atenção à saúde.

Observações:

O presente termo foi lido e achado conforme.

João Pessoa, 16/01/2019

Paciente - RG

Flávio Silva de Menezes 3.798.594
Representante Legal - RG



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente FABIO SILVA DE MENEZES	BAE 1135655	Data/Hora Entrada 14/01/2019 02:08:46	Data Baixa
Data de nascimento 07/11/1993	Idade 25a 2m 7d	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA AVELINO DA SILVA			Telefone de Contato (83) 91798506
Endereço PROJETADA, S/N	Bairro SENHORA DAS NEVES	Município CONDE	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO	Nº Cons. Regional 4518/PB
Data/Hora Classificação 14/01/2018 02:08:46		Data/Hora Prescrição 14/01/2019 04:52:25	

Anamnese

paciente com fratura de planalto tibial esquerdo e maleolo medial esquerdo. procedo internamento.

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/8H

Diluir

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

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

Diluir

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

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

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

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

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT<80 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)

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

Diluir

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

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

Diluir

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

PANTOPRAZOL SÓDICO 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

CUIDADOS

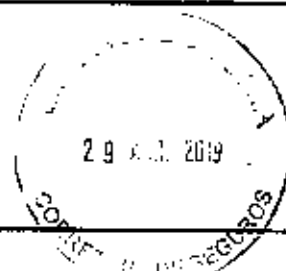
CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente FABIO SILVA DE MENEZES		BAE 1135655	Data/Hora Entrada 14/01/2019 02:08:46	Data Baixa
Data de nascimento 07/11/1993	Idade 25a 2m 7d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 91798506
Mãe MARIA AVELINO DA SILVA				Prontuário
Endereço PROJETADA, S/N		Bairro SENHORA DAS NEVES	Município CONDE	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA		Nº Cons. Regional 8252/PB
Data/Hora Classificação 14/01/2019 02:08:46			Data/Hora Prescrição 14/01/2019 02:51:45	

Anamnese**ORTOPEDIA**

1. LATO DE COLISÃO MOTO X MOTO COM TRAUMA NO MIE. REFERE USO DE CAPACETE. NEGA TCE OU PERDA DE CONSCIÊNCIA
2. ENCAMINHADO DO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DE MALEOLO MEDIAL E FRATURA DO PLANALTO TIBIAL
3. ENCAMINHADO SEM RX

EX. FIS.: BEG, CONSCIENTE E ORIENTADO
MIE COM TALA IGNOPODALICA (RETIRADO TALA: EDEMA JOELHO ESQUERDO 1+/4+ COM DOR NA MANIPULAÇÃO, ESCORIAÇÃO FACE ANTERIOR DO JOELHO, FERIMENTO SUTURADO NA REG. LATERAL DO TNZ ESQ. EDEMA 1+/4+ COM DOR PALPAÇÃO)
SEM ALTERAÇÕES NEUROVASCULARES, SEM SINAIS DE TVP

CD: RX JOELHO ESQUERDO E TNZ ESQUERDO E TORAX

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: ESQUERDA AP E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

CID10

Código	Descrição
S82.1	Fratura da extremidade proximal da tibia

Conduta

Em observação

FABIO SILVA DE MENEZES

TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA
(CRM: 8252/PB)

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

Identificação do Paciente
3 - NOME DO PACIENTE
4 - NOME DA ILMÉ OU RESPONSÁVEL

5 - DATA DE NASCIMENTO
6 - SEXO
7 - CARIÓTIPO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
8 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)
9 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
10 - CEP

11 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

12 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR
13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA
14 - CID 10 PRINCIPAL
15 - CID 10 SECUNDÁRIO
16 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

17 - COD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
18 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
19 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
20 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
21 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
22 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
23 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
24 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
25 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
26 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
27 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
28 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
29 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
30 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
31 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
32 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
33 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
34 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
35 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
36 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
37 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
38 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
39 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
40 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
41 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
42 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
43 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
44 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
45 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
46 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
47 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
48 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
49 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
50 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
51 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
52 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
53 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
54 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
55 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
56 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
57 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
58 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
59 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
60 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
61 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
62 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
63 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
64 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
65 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
66 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
67 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
68 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
69 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
70 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
71 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
72 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
73 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
74 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
75 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
76 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
77 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
78 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
79 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
80 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
81 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
82 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
83 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
84 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
85 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
86 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
87 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
88 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
89 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
90 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
91 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
92 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
93 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
94 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
95 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
96 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
97 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
98 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
99 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PATU 59 CAMILO 7.0 N-60-07(R-16)
CX DE PARAFUSO CAMILO 7.0-07
(CONTINUA)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
43 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
44 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
45 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
46 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
47 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
48 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
49 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
50 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
51 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
52 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
53 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
54 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
55 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
56 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
57 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
58 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
59 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
60 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
61 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
62 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
63 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
64 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
65 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
66 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
67 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
68 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
69 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
70 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
71 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
72 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
73 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
74 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
75 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
76 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
77 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
78 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
79 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
80 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
81 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
82 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
83 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
84 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
85 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
86 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
87 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
88 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
89 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
90 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
91 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
92 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
93 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
94 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
95 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
96 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
97 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
98 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
99 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
54 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
55 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
56 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
57 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
58 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
59 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
60 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
61 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
62 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
63 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
64 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
65 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
66 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
67 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
68 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
69 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
70 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
71 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
72 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
73 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
74 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
75 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
76 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
77 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
78 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
79 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
80 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
81 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
82 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
83 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
84 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
85 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
86 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
87 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
88 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
89 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
90 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
91 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
92 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
93 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
94 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
95 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
96 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
97 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
98 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
99 - DATA DA AUTORIZAÇÃO



2

NOME: FABIO SILVA DE MENEZES BE/PRONTUÁRIO 1135655
 IDADE: 25 SEXO: F COR: DATA: 27/12/2018
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA
 CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA-AVULSAO LCP
 CIRURGIÃO: DR THALES 1º ASS: DR ARAO
 2º ASS: 3º ASS:
 INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
 TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA-AVULSAO LCP	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA-AVULSAO LCP	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

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

MÉDICO/CRM: DATA: 31/1/2019



C. de Alencar
Medicina / TEOT 14949
Cirurgia de Mão / CRM-PB 3207
CRM-PB 7561 / CRM-PE 3207



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM VENTRAL SOB ANESTESIA

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

GAROTEAMENTO DO MEMBRO

Incisão:

INCISAO POSTERIOR TRANSVERSA

DISSECÇÃO POR PLANOS

HEMOSTASIA /

Achados:

FRATURA-AVULSAO LCP

Conduta:

VISUALIZADO FRATURA SOB VISUALIZAÇÃO DIRETA

REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM PARAFUSO CANULADO + ARRUELA

VERIFICADO FIXAÇÃO SOB USO DE INTENSIFICADOR DE IMAGENS

LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9%

Fechamento:

FRATURA POR PLANOS

ATIVOS ESTÉREIS

RETIRADO GARROTE, BOA PERFUSAO DISTAL

Observação:

RAIO-X DE CONTROLE

Médico/CRM:

João Pessoa,

31/1/2019

At. Dr. S. de Menezes
Osteodesta 170.14049
Cirurgia de Joelho
CRM-PB 19611 CRM-PE 23261



525 5441

NOME DO PACIENTE: FABIO SILVA DE MENEZES

IDADE: 25 ANOS **SEXO:** MASCULINO **HISTÓRIA CLÍNICA:** FISTULA AULSAS DELCPT + OSTIOTOMIA DA TÍBIA ESQ.

CIRURGIÃO: DR. ARACAO **PAIS:** M. THALLES **MEDICINA:** MED.

ANESTESIA: RAQUÍD + SEDACAO

ANESTESISTA: DR. HILVERIES

INSTRUMENTADOR:

DATA: 21/01/19 **TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INIC:** 13:30 **FIM:** 14:50 **CIRURGIA INIC:** 13:40 **FIM:** 14:40

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS): ASA I (ASA 2) ASA 3 (ASA 4) ASA 5 (*)

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: (1) LIMPA (2) CONTAMINADA (3) INFECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA	SRL 500	JELCON N°18	1	FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCON N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCON N°22		FIO DE AÇO N°	
CETAMINA	SRL 500	JELCON N°24		FIO DE AÇO N°	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°		FIO DE NYLON N°20	
ETOMIDATO	SOLUCÕES	LÂMINA BISTURI N°11		FIO DE NYLON N°	
PENOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%	LÂMINA BISTURI N°13		FIO DE NYLON N°	
PENTANILA	PVPÍ DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI N°23		FIO POLIGLACTINA N°	
FLUMAZENIL	PVPÍ TINTURA	LÂMINA BISTURI N°24		FIO POLIGLACTINA N°10	
FLORANO	PVPÍ TOPICO	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIPROPILENO N°	
VOBUVACAÍNA C/VASO	SABÃO ANTISEPTICO	LÂMINA DE ENCERTO		FIO POLIPROPILENO N°	
VOBUVACAÍNA S/VASO	MATERIAIS	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	OK	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAÍNA C/VASO	AGULHA 15X4,5	LUVA ESTÉRIL N°7,0		FIO POLIGLECAPRONE N°	
LIDOCAÍNA S/VASO	AGULHA 25X07	LUVA ESTÉRIL N°7,5		FIO SEDA N°	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	LUVA ESTÉRIL N°8,0		HTA CARDÍACA	
MORFINA	AGULHA 40X12	LUVA ESTÉRIL N°8,5		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
MIBRIUM	AGULHA PERIDURAL N°16	MÁSCARA CIRÚRGICA	OK	CATETER DE PVC	
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17	MULTIVIAS		CIMENTO CIRÚRGICO	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N°18	PERFURADOR DE SORO		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
PROPORFOL	AGULHA RAQUI N°25G	SCALP N°19		FIO DE KIRSCHNER N°	
RAMPENTANILA	AGULHA RAQUI N°26G	SCALP N°21		FIO DE KIRSCHNER N°	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI N°27G	SERINGA 5ML		FIO STEINMAN N°	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML		FIO STEINMAN N°	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPON	SERINGA 10ML		GRANDEADOR CIRÚRGICO	
TIOFENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML		HEMOST. ABSORVÍVEL	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°		PRÓTESE VASCULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		KIT PAM	
ATROPINA		CATETER EMBOLEO ARTERIAL N°		FIXADOR EXTERNO	
BEATRA		CATETER EPIDURAL N°16		EMPRESA	
EFAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17		PARAFUSOS CORTICAIS	
EXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18		PARAFUSOS CORTICAIS	
IRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		PARAFUSOS ESPONJOSO	
EDRINA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS ESPONJOSO	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	OK	PARAFUSOS MAL BOLAR	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	OK	PARAFUSOS MAL BOLAR	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENRÔSE		PLACA	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO		PLACA	
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS		EQUIPAMENTOS	
ONDASETRONA		EQUIPO MACROGOTAS		ASPIRADOR	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		BISTURI ELÉTRICO	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		() CAPNÓGRAFO	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPÍ		() CARDIOMONITOR	
TENOXCAN		ESPARADRAPO		() DESFIBRILADOR	
		GAZES	OK	() FOCO AUXILIAR	
		GAZES ALGODOADAS		() FOCO CENTRAL	
		GEL ELETROLÍTICO		() MICROSCOPIO	
		JELCON N°14		() OXÍMETRO DE PULSO	
		JELCON N°16		() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	

CIX CANULADO 7-0 DE PARAFUSO - 0-1

PARAFUSO CANULADO 7-0 Nº 60-01 R-16

ORTHO-LIFE

03 PRATELO

CIRCULANTE

DR. HILVERIES

DR. ARACAO

DR. THALLES

DR. MENEZES



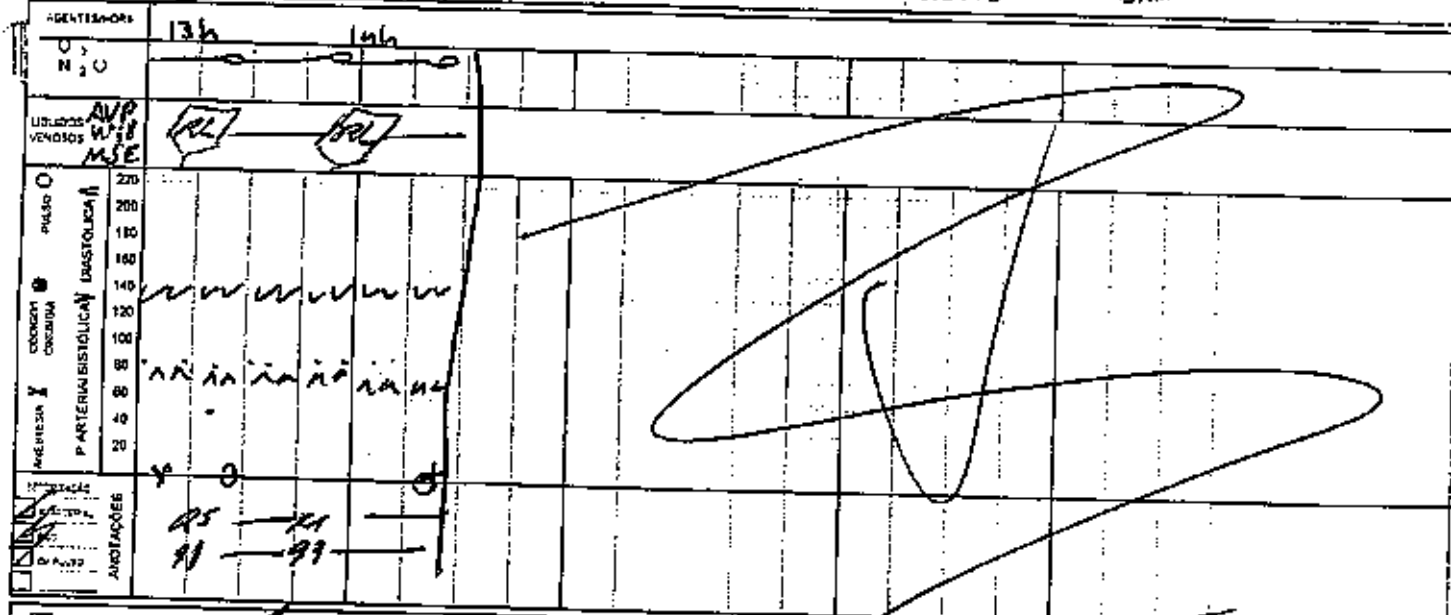
FICHA DE ANESTESIA

DATA: 31/01/19

PRONTUÁRIO: 1135655

2

PACIENTE: <u>Fabio Lima de Menezes</u>		SEXO: <u>M</u>	COR: <u></u>	IDADE: <u>250</u>
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
ESTADO GERAL (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES <u>Abundante</u>				
AP. RESPIRATÓRIO <u>Expansão</u>		AP. CIRCULATÓRIO <u>Estável</u>		
AP. DIGESTIVO <u>Apim</u>		ESTADO MENTAL <u>LOTE</u>		DROGAS EM USO
PRÉ-ANESTÉSICO				ESTADO FÍSICO (ASA) <u>I</u>
DOSE/HORA				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Arterioesclerose de LCP</u>				
CIRURGIA REALIZADA <u>Arterioesclerose de LCP (Tratamento cirúrgico)</u>				
CIRURGIÃO				AUXILIARES
INÍCIO DA ANESTESIA <u>13:00</u>		TÉRMINO DA ANESTESIA <u>14:30</u>		DURAÇÃO DA ANESTESIA <u>1h 30</u>
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.		VALORES RS <u>Tierres Kehrwald</u>
ANESTESISTA <u>D. T. T. T.</u>		CPF		CRM-PB <u>11719</u>



☒ ANESTESIA GERAL	☒ RADIOLÓGICA	☐ ENDORAL	☐ BLOO PLEXO	☐ BLOCOS	☐ OUTROS
1. <u>Paciente intubado, sedado e monitorizado com saturação 100%</u>					
MÉDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO					
GLUCOSE	11	<u>Glucose 100mg</u>	11		
MACA	12	<u>Propofol 100mg</u>	12		
SANGUE	13	<u>Soro fisiológico 1000ml</u>	13		
RODOP	14	<u>Marfan 100mg</u>	14		
TOTAL	15	<u>Chloridato 75mg</u>	15		
DESEJO DO PACIENTE	16	<u>Atropina 1mg</u>	16		
☐ APN	17	<u>Diprivo 2mg</u>	17		
☐ ENFERMAGEM	18	<u>Marfan 100mg</u>	18		
☐ UTI	19		19		
☐ RESCÊNCIA	20		20		
☐ OUTROS					

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: paciente mediana, massa. R n° 26, LCP, sedação de 204. 1/

ASSINATURA DO ANESTESISTA: [Signature]

CRM-PB 11719

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-05




FABIO SILVA DE MENEZES

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

063.969.164-10

Nome

FABIO SILVA DE MENEZES

Nascimento

27/11/1993



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
29 de novembro de 1889

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

4.027.617

DATA DE EMISSÃO

08/02/2012

NOME

FÁBIO SILVA DE MENEZES

FILHO

**JOSÉ ANTONIO DE MENEZES
MARIA AVELINO DA SILVA**

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO

27/11/1993

DOC. ORDEM

**NASC. N. 8981 FLS. 294 LIV. A
CARTÓRIO CONDE PB**

CPF

063.969.164-10

ASSINATURA

[Assinatura]

LEI Nº 7.116 DE 29/08/93

29 de Abril 2014

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

MOG7165

2017

[Imprimir Consulta](#)

MOG7165	Último Licenciamento: 2017
	Proprietário: *****
	Placa: MOG7165
PASSA / MOTOCICLET	Combustível: GASOLINA
HONDA/CG 150 TITAN KS	Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS
2008 2008	Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET
	Ano de Fabricação: 2008
PARTICULAR CINZA	Ano Modelo: 2008
31/07/2019	Categoria: PARTICULAR
	Cor Predominante: CINZA
	Vencimento Licenciamento: 31/07/2019
	Observação:
	Restrição:
	Financeira:
	Município: JOAO PESSOA
	Situação: EM CIRCULACAO
	Data da Consulta: 29/04/2019

JOAO PESSOA

29/04/2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190297329 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO SILVA DE MENEZES **Data do acidente:** 14/01/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO COM LESÃO LIGAMENTAR.
FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXAÇÃO COM PARAFUSOS)
TRATAMENTO CONSERVADOR PARA AS DEMAIS LESÕES E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA

Fátima Silveira de Mendonça

DATA DO ACIDENTE

14/01/2019 CPF DA VITIMA

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR

() REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VITIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR

Nº COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

CEP

E-MAIL

TELEFONE

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

(ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

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

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM 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 VITIMA 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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM OCORRÊNCIA 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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

29/04/2019

IDENTIDADE

4.021.017

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

29/04/2019

NOME

ASSINATURA

Fátima S de Mendonça

ASSINATURA

CORRETORA DE SEGUROS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0143626/19

Vítima: FABIO SILVA DE MENEZES

CPF: 063.969.164-10

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 14/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FABIO SILVA DE MENEZES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FABIO SILVA DE MENEZES : 063.969.164-10

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: 29/04/2019
Nome: FABIO SILVA DE MENEZES
CPF: 063.969.164-10

FABIO SILVA DE MENEZES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/04/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA