
Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190593037

Vítima: PERSEU MEDEIROS DANTAS

Data do Acidente: 25/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PERSEU MEDEIROS DANTAS

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, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190593037

Vítima: PERSEU MEDEIROS DANTAS

Data do Acidente: 25/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PERSEU MEDEIROS DANTAS

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

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: **PERSEU MEDEIROS DANTAS**

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

Banco: **237**

Agência: **000001563-6**

Conta: **000000301686-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

SAC DPVAT 0800 0221206
Autorização de pagamento

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BE** sem rasuras para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

252 110-304-78

Nome completo da vítima

PERSEU MEDEIROS DAMAS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo PERSEU MEDEIROS DAMAS		CPF titular da conta		Profissão MOTORISTA
Endereço Sítio Verde		Número SIN	Complemento SIN	
Bairro Zona Rural	Cidade DESTERRO	Estado PB	CEP 58695000	
Email marcelo.cladus@gmail.com			Telefone (DDD) (83) 99640-4128	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☒ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRD D/V CONTA NRD D/V
(Informar dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome **BRADESCO** NRD
AGÊNCIA NRD **1563** D/V **6** CONTA NRD **0305686** D/V **2**
(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

DESTERRO/PB 11 de **Outubro** de **2019**
Local e Data

Perseu Medeiros Damas

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3ª Superintendência Regional de Polícia
15ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE
TAPEROÁ-PB



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão do meu Cargo, e a verbal de pessoa interessada, que revendo o livro destinado ao registro de Ocorrências Policiais desta Delegacia de Polícia, constatei às Fls. 201 a Ocorrência Nº. **199/2019**, cujo teor passa a transcrever na íntegra: Aos vinte e quatro dias do mês de setembro do ano de **DOIS MIL E DEZENOVE**, nesta cidade de **TAPEROÁ-PB**, Estado da Paraíba, e na Delegacia deste município, e sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Civil, Dr. Ariosvaldo Adelino de Melo, quando por volta das 10h40min Horas, compareceu o (a) Sr (ª). **PERSEU MEDEIROS DANTAS**, CPF: **252.110.304-78**, RG **589.181 SSP/PB**, brasileiro, casado, natural de Teixeira/PB, nascido em 30/06/1959, com 60 anos de idade, Motorista, ensino Fundamental Incompleto, filho de Rubem Dantas Correia de Gois e de Maria Eracy Medeiros Dantas, residente no sítio Verde, Desterro/PB, tel: (83) 98892-8231. Aonde veio até esta Delegacia de Polícia, **NOTIFICAR QUE**: informa o noticiante de que no dia 25/06/2019, por volta das 15h00min, estava pilotando a motocicleta HONDA/CG 125 FAN KS, placa NQE 8829/PB, ano/mod 2010/2010, chassi 9C2JC4110R703227, RENAVAN 0025360152-5, de propriedade da senhora Maria da Cruz Barbosa, quando passando de frente ao Matadouro da cidade de Desterro/PB, sofreu um acidente: QUE, o noticiante diz que perdeu o controle da moto após um carro que passava colidir com a moto em que pilotava, não sabendo até o presente quem dirigia o carro; QUE, nesse acidente o mesmo diz ter sofrido fratura no pulso esquerdo e Clavícula direita, onde apresenta Ficha de Atendimento Médico Ambulatorial; QUE, informa ainda de que foi socorrido por uma ambulância do Município de Desterro/PB, e levado até o hospital Regional de Patos/PB, ficando internado por 10 dias e onde passou por procedimento cirúrgico. É nada mais havendo a consignar, encerro a presente certidão, a referida é verdade e dou fé. Eu, Gilliard Guimarães Ferreira, Agente de Polícia Civil, que a digitei.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal referente ao registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299 do C.P.B.).

Perseu Medeiros Dantas

Comunicante

Gilliard Guimarães Ferreira

Escrivão de Polícia Civil

Taperoá – PB, 24 de Setembro de 2019.

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

PERSEU MEDEIROS DANTAS

CPF da Vítima

252.110304-78

Data do Acidente

25/06/19

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Declaração de Inexistência de IML

Nome completo do Representante Legal

Email



CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Jesareno PB 11 de OUTUBRO de 2019
Local e Data

Perseu Medeiros Dantas

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PERSEU MEDEIROS DANTAS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01563-6

CONTA: 000000301686-2

Nr. Autenticação

BRADESCO0111201905000000000023701563000000301686168750 PAGO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, PERSEU M. DE OLIVEIRA DANTASRG nº 589.181, data de expedição 15/08/78, Órgão SSIPB

CPF nº 252.110.304-78, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sino Verde</u>
Número	<u>SIN</u>
Apto / Complemento	<u>Sino</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Desterro</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58695 000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 88640-4117</u>
E-mail	<u>marceluodan@Gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Desterro / PB, 11 de outubro de 2019

Assinatura do Declarante:

Perseu M. de Oliveira Dantas



ENREPOSICION PARA LA DISTRIBUCION DE ENERGIA
01230 Km. 1.5 - Camino Redon - Joba Pregon PB - CEP 06011-000
CNPQ 03 013 180 0001-40 INC 6-1 15 013 622-1

Nota: As informações de Códigos de Acesso são fornecidas apenas para fins de identificação e não devem ser utilizadas para qualquer outro propósito. O código de acesso é fornecido apenas para fins de identificação e não deve ser utilizado para qualquer outro propósito.

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Conta referente a:	Apresentação:	Data prevista da próxima entrega:	CPF/CNPJ/RANDI:
--------------------	---------------	-----------------------------------	-----------------

Set / 2019	10/09/2019	10/10/2019	041.473.644-38
------------	------------	------------	----------------

100-442881-1000

Canal de contato

Junho de 2010 - 1º de Janeiro de 2011
 1º de Janeiro de 2011 - 31 de Janeiro de 2011

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Outros	
Data	Letra	Data	Letra						
06/10/78	13582	10/06/78	13083						
Demonstrativo									
CC: Dctma:		Dados de	Temper	Valor	Valor	Alt	Mon	Base	Post
		Tubos	Ton(%)	Calc	Calc	NGWS	Post(%)	Calc	Post(%)
0001	CONTROLE PRIMARIO	92.000	0.806740	76.00	18.06	25	18.78	18.06	0.78
0001	TRAB. DE TEMPER.			5.64	5.64	25	1.41	5.64	0.25
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0007	CONTRAC. DE LUM. PUBLICA			11.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL
Tarifa de Trânsito 0.680230 88.10 14.70 21.12 85.10 0.83 3.48

Mediamentos m.e.4. (RWH) 17/09/2019 R\$ 99,70

[illegible]

13dc.171d.0cd9.4aaa.ea12.c13c 5646.a891

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		
DE MINIMAL	12,25				
DIGITALESTRAL	24,72	7,44			
DIGITAL	40,47		NOMINAL	220	
FIDUCIARIA	1,74				
FICITRIBESTRA	15,43	1,00	CONTRA TADA		
FICAJUAL	30,58		LIMITE INFERIOR	200	
DATE	8,78	7,44	LIMITE SUPERIOR	231	
DECI	18,60				

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Cálculo e Engenharia	21,53	21,80
Compra de Energia	30,07	30,00
Serviço de Transmissão	3,23	3,21
Serviços de Distribuição	3,24	3,25
Impostos Diretos e Encargos	40,93	40,98
Outros Serviços	0,05	0,05
Total	98,70	100,00

Verificado em 22/09/2006

Ve oida EU50 (2011/2019) 13/2011

[illegible]

LARRY WATSON
 Director
 FBI
 Washington, D.C.
 20535-0001
 Attention: Mr. Watson
 Telephonically
 On September 19, 1978

3 0196

Accesse: www.energisa.com.br

Apresentação
08/08/2019

Data prevista da próxima leitura
10/09/2019

CPF/ CNPJ/ RAR

085-251,054-52

2025

UC (Unidade Consumidora):

Canal de contato

5/1498270-6

Canal de

[illegible]

(Faint handwritten notes at the bottom of the page)

Modul terakhir mases (KWh)

VENCIMENTO
16/08/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 88,14

Histórico de Consumo (kWh)

03/2019

Histórico de Consumo (kWh)

TOTAL A PAGAR
R\$ 88,14

0371 3100

5371.3da8 a17d c5ac.6500 a509.f17e.293b

Indicadores de Qualidade 17024-17025

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
220V	230V	220V
230V	240V	230V
240V	250V	240V
250V	260V	250V
260V	270V	260V
270V	280V	270V
280V	290V	280V
290V	300V	290V
300V	310V	300V
310V	320V	310V
320V	330V	320V
330V	340V	330V
340V	350V	340V
350V	360V	350V
360V	370V	360V
370V	380V	370V
380V	390V	380V
390V	400V	390V
400V	410V	400V
410V	420V	410V
420V	430V	420V
430V	440V	430V
440V	450V	440V
450V	460V	450V
460V	470V	460V
470V	480V	470V
480V	490V	480V
490V	500V	490V
500V	510V	500V
510V	520V	510V
520V	530V	520V
530V	540V	530V
540V	550V	540V
550V	560V	550V
560V	570V	560V
570V	580V	570V
580V	590V	580V
590V	600V	590V
600V	610V	600V
610V	620V	610V
620V	630V	620V
630V	640V	630V
640V	650V	640V
650V	660V	650V
660V	670V	660V
670V	680V	670V
680V	690V	680V
690V	700V	690V
700V	710V	700V
710V	720V	710V
720V	730V	720V
730V	740V	730V
740V	750V	740V
750V	760V	750V
760V	770V	760V
770V	780V	770V
780V	790V	780V
790V	800V	790V
800V	810V	800V
810V	820V	810V
820V	830V	820V
830V	840V	830V
840V	850V	840V
850V	860V	850V
860V	870V	860V
870V	880V	870V
880V	890V	880V
890V	900V	890V
900V	910V	900V
910V	920V	910V
920V	930V	920V
930V	940V	930V
940V	950V	940V
950V	960V	950V
960V	970V	960V
970V	980V	970V
980V	990V	980V
990V	1000V	990V

Discriminação	Valor (R\$)	%
Remuneração Dir. de Ensino e Ext.	12.100	19,85
Coordenador Ensino	10.100	17,17
Coordenador Trabalho Social	10.100	17,17
Coordenador Geral	10.100	17,17
Coordenador de Ensino e Extensão	10.100	17,17
Coord. Ext. A. 2	10.100	17,17
Total	80,24	100,00

ATENÇÃO

Faturas em atraso

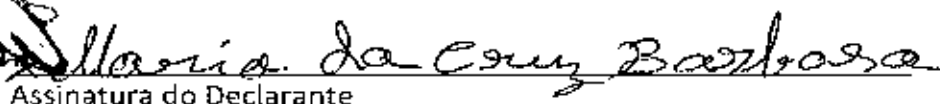


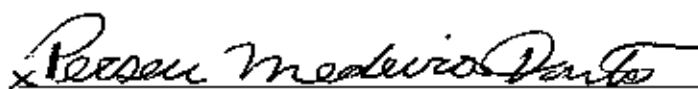
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria da Cruz Barbosa

RG nº 755.795 SSPPB data de expedição 10/05/1980
 Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 276083734-72, com
 domicílio na cidade de DESTERRO, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sino Verde, Zona Rural de Desterro/PB, nº S/N,
 complemento SINO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima PERSEU MEDEIROS DANTAS, cujo o condutor era
PERSEU MEDEIROS DANTAS.

Veículo: MOTOCICLETA
 Modelo: HONDA CG 125 FANTAS
 Ano: 2010
 Placa: NBE 8291PB
 Chassi: 9C2JC4110AR703227
 Data do Acidente: 25/06/19
 Local e Data: DESTERRO/PB, +


 Assinatura do Declarante



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

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS
 Rua Aprígio Leite, 51, Centro, Desterro - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

MARIA DA CRUZ BARBOSA

Dou fé. Desterro/PB - 11/10/2019

Escrevente: Dayse Torres de Queiroz Almeida

Selo Digital: A1H23151-0E41

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

Emol R\$9,91 Fepen R\$0,29 MP R\$0,16 Fepj R\$1,98



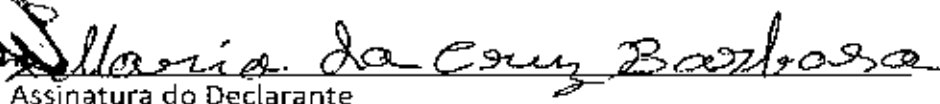


Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria da Cruz Barbosa

RG nº 755.795 SSPPB data de expedição 10/05/1980
 Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 276083734-72, com
 domicílio na cidade de DESTERRO, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sino Verde, Zona Rural de Desterro/PB, nº S/N,
 complemento Sino, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima PERSEU MEDEIROS DANTAS, cujo o condutor era
PERSEU MEDEIROS DANTAS.

Veículo: MOTOCICLETA
 Modelo: HONDA CG 125 FANTAS
 Ano: 2010
 Placa: NBE 8291PB
 Chassi: 9C2JC4110AR703227
 Data do Acidente: 25/06/19
 Local e Data: DESTERRO/PB, +


 Assinatura do Declarante



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

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS
 Rua Aprígio Leite, 51, Centro, Desterro - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

MARIA DA CRUZ BARBOSA

Dou fe. Desterro/PB - 11/10/2019

Escrevente: Dayse Torres de Queiroz Almeida

Selo Digital: A1H23151-OE41

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

Emol R\$9,91 Fepen R\$0,29 MP R\$0,16 Fepj R\$1,98





FICHA DE INTERNAÇÃO

061604

INTERNAÇÃO 50039
DATA 25/06/2019 HORA 21:07
OCORRÊNCIA URGÊNCIA
CLASSIF. RISCO
ORIGEM USF OUTRA CIDADE
MÉDICO MARCELO AUGUSTO MORAES SERAFIM
MOTIVO ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA

PRONTUÁRIO 27306
OPERADOR MCARMO

PACIENTE PERSEU MEDEIROS DANTAS

IDADE 59a 11m GÊNERO MASCULINO

FILIAÇÃO I MARIA ERACY MEDEIROS DANTAS
FILIAÇÃO II RUBEM DANTAS CORREIA DE SOUZA

Documentação médico - hospitalar

CIDADE DESTERRO PB 58695000
ENDEREÇO SÍTIO VERDE
BAIRRO ZONA RURAL
NATURALIDADE TEIXEIRA
TELEFONE

CELULAR 83988928231

C.N.S. 898004187705661
C.P.F. 252.110.304-78

IDENTIDADE 589181
REG. NAC.

NASCIMENTO 30/06/1959
EST. CIVIL CASADO

COR PARDO
PROFISSÃO MOTORISTA

RESPONSÁVEL GARRIELA BARBOSA

Ass. Resp./Paciente Gabriela B. de Almeida

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X) Laboratoriais)

DIAGNÓSTICO

CID

DADOS DA SAÍDA

Data 04/07/19

Hora 08 H 00 Min

MOTIVO

() Alta Curado (☒) Alta Melhorado () Alta a Pedido
() Transferência () Evasão () Óbito

MÉDICO/CRM

Leonardo Trentino
Clínica e Radioterapia

Nome do Paciente: Perseu Romar Junior N° Prontuário:
Data da Cirurgia: 02/07/19 Enf.: Leito:
Cirurgião: Dr. Marcelo 1° Auxiliar: Dr. João
2° Auxiliar: 3° Auxiliar: Instrumentador:
Anestesia: Dr. Trivir Tipo de Anestesia: Bloco
Diagnóstico Pré- Operatório: fratura de Rádio
distal

Diagnóstico Pós- Operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

→ fratura rádio
4 f m

Exame Radiológico no ato:

Acidente Durante a Cirurgia:

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

① fratura rádio distal

② fratura rádio distal

③ fratura rádio distal

④ fratura rádio distal A.S. +
fratura rádio 3.5

RELATÓRIO DE CIRURGIA

⑤ fratura + fratura

Dr. Marcelo Romar Junior
Cirurgião - Traumatologia
CRM: 10.100/19

PACIENTE: <u>Carlos Medeiros Santos</u>		COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DE JARDIM CARVALHO	
QT: <u>16</u>	LEITO: <u>04</u>	CONVÊNIO: <u>SUS</u>	IDADE: <u>59</u>
CIRURGIA: <u>Procuração do Rim (E)</u>		CIRURGIÃO: <u>Marcelo</u>	
ANESTESIA: <u>Halotano + Sedação</u>		ANESTESISTA: <u>Thais</u>	
INSTRUMENTADORA: <u>Isacituna</u>	DATA: <u>02/07/19</u>	INÍCIO: <u>16:10</u>	FIM:

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
☒	TX. de Instrumentador	☒	Equipo p/ soro e sangue
☒	TX. Capnógrafo		Scalp
☒	TX. Bomba de Infusão	☒	Luva Est. p/ Procedimentos
☒	TX. Aplicação de Sangue	☒	Lâmina de Bisturi
☒	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
☒	TX. de Laser		Coletor de Urina
☒	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
☒	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
☒	TX. Sala	☒	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	☒	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
☒	TX. Oxímetro de Pulso	☒	Eletrodos desc.
	Neocain	☒	Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
☒	Dorminid		Éter Sulfúrico
☒	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
☒	Xilocaina a 2%	☒	Esparadrapo
	Etdimidate		Xilocaina Gel
☒	Ketalar	☒	Álcool 70%
☒	Pubicovaina 0,5%	☒	PVPI Tintura
	Dimorf	☒	Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	☒	Agulha Descartável
☒	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
☒	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
☒	Plasil <u>100 mg</u>		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
☒	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	☒	<u>nylon 3-0</u>

PACIENTE: <u>Perpetua Nideir de Santos</u>		LEITO: <u>1606</u>		CONVÊNIO: <u>SUS</u>	IDADE: <u>59 anos</u>	REGISTRO: <u>27306</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Wagner</u>		ANESTESISTA: <u>Dr. Augusto Marcin</u>				
ANESTESIA: <u>Sedocal</u>		INSTRUMENTADORA: <u>DATA: 27.06.19</u>				
		INÍCIO: <u>16:30</u>		FIM:		



NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo	1	Scap Soro ES
	TX. Bomba de Infusão		Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
2	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
1	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
1	Novat Profol		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%		Esparadrapo
	Etodimide		Xilocaína Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVPI Tintura
	Dimorf		Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Aguha Descartável
	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		

FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: _____ Enfermaria: _____
 Leito: _____ Nº Prontuário: _____ Data: 02.07.19

Nome: Perso Medeiros Dantas
 Sexo: () Feminino (X) Masculino Idade: _____ Peso: _____ kg Altura: _____ Cor: _____

Data Nascimento: _____ Pressão Arterial Pulso: _____ Respiração: _____
 Temperatura: _____ Tipo Sanguíneo: _____ Hemáticas: _____ Hemoglobina: _____

Hematócrito: _____ Glicemia: _____ Uréia: _____ Outros: _____
 Urina: _____

VER PRONTUÁRIO

Aparelho Respiratório: _____ Asma: _____ Bronquite: _____ Eletrocardiograma: _____

Aparelho Circulatório: _____

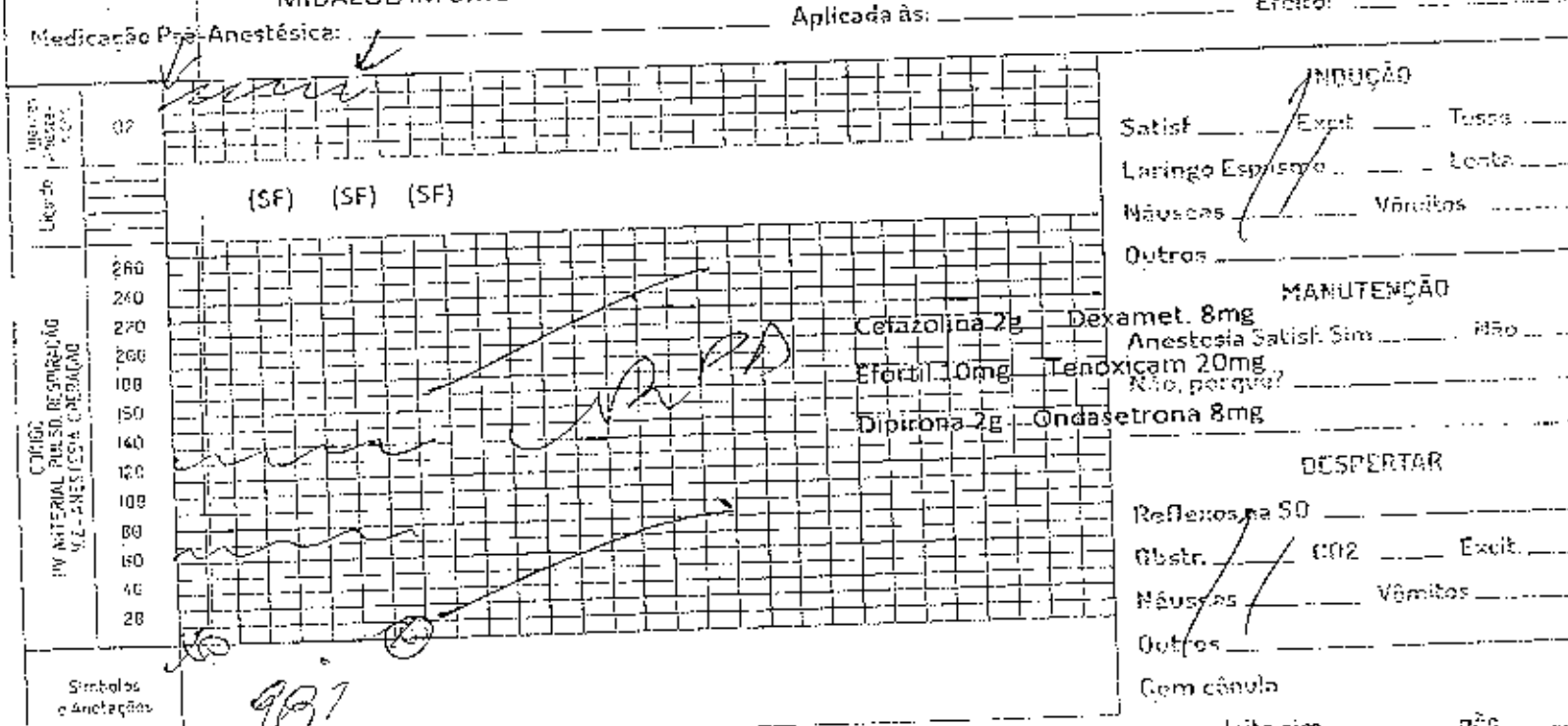
Aparelho Digestivo: JEJUM OK Dentes: _____ Pecoço: _____ Ap. Urinário: _____

Estado Mental: CONSCIENTE Ataraxicos: _____ Corticoides: _____ Alergia: _____ Hipotensores: _____

Diagnóstico Pré Operatório: Fratura de Ponto (E) Estado Físico: _____ Risco: _____

Anestesia Anteriores: _____

Medicação Pré-Anestésica: MIDAZOLAM 3MG Aplicada às: _____ Efeito: _____



INDUÇÃO
 Satisf. _____ Excit. _____ Tussos _____
 Laringo Espasmo _____ Lenta _____
 Náuseas _____ Vômitos _____
 Outros _____

MANUTENÇÃO
 Anestesia Satisf. Sim. _____ Não _____
 Risco, porque? _____
 Dipirona 2g Ondasetrona 8mg

DESPERTAR
 Reflexos na SO _____
 Obst. _____ CO2 _____ Excit. _____
 Náuseas _____ Vômitos _____
 Outros _____
 Com cânula para o leito sim. _____ não _____

Posição: BUPIVACAÍNA 0,25% + LIDOCAÍNA 1% → 60uf Cânula: _____

Agentes: _____

Técnica: BLOQUEIO DE PLAXO BRAQUIAL: INTERESCALÊNICO + AXILAR Operação: _____

Cirurgiões: Dr. Marcelo Anestesiistas: Dr. Távio Leal

Observações: _____

CRM 5774



ortopedia e traumatologia

Materiais Medico Hospitalar EIRELI

5339

PEDIDO DE VENDAS

Nº

☐ Caixa Pronta

☐ Caixa Fixa

NF Nº

Prontuário

Hospital

Vendedor

Paciente

Data

Médico

Instrumentador

Convênio

Procedimento

QUANT.

DESCRIÇÃO DO MATERIAL

COD

V. UNIT.

V. TOTAL

0702030996

COND. DE PAGAMENTO

TOTAL

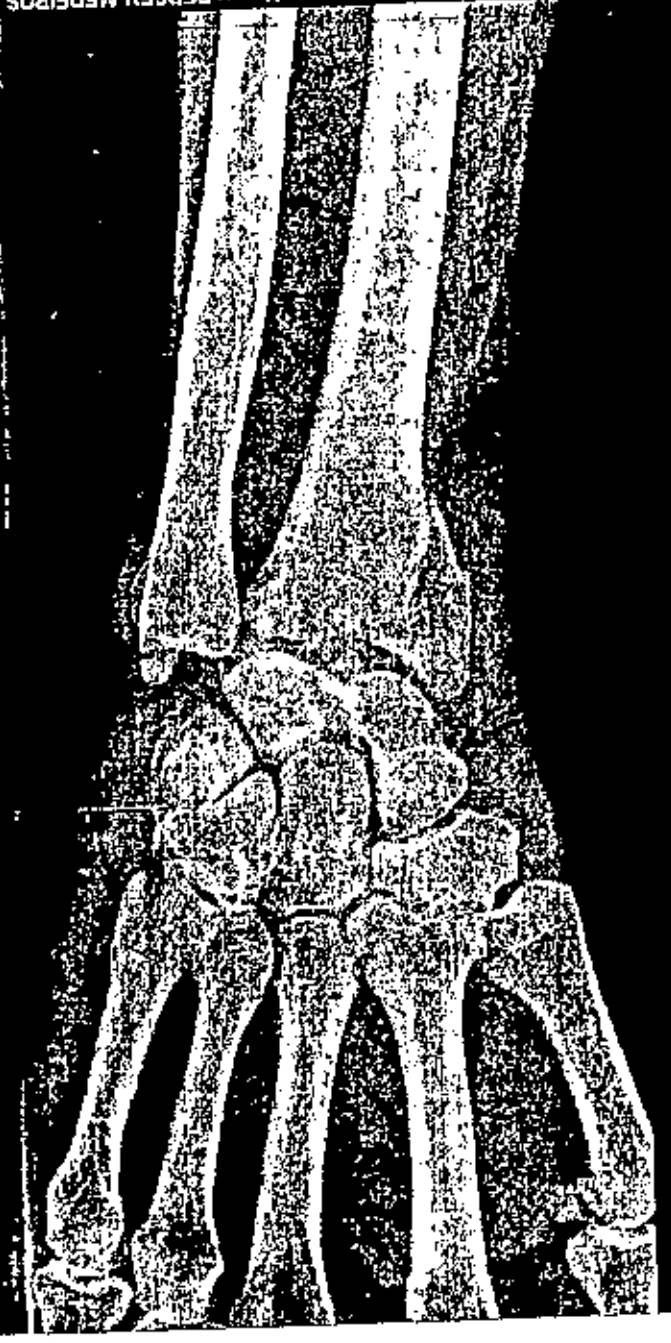
Rua José Isidoro da Silva, 24 - Bairro Tinibi - Camaragibe/PE - CEP 54765-138

FONE: (81) 3129-2456

E-mail: cromusitda@gmail.com

CNPJ 14.784.339/0001-30 - Insc Estadual 0574749-07

** Via Branca - Faturamento | 2ª Via Amarela - Hospital | 3ª Via Rosa - Comercial



Nome: PERSEU MEDEIROS DANTAS Data Nasc.: 30/05/1959
Hospital Regional Deputado Jandhy Carneiro

Id. Pac.: 000000021978
25/08/2019 17:35:29 111.4%



Nome: PERSEU MEDEIROS DANTAS Data Nasc.: 30/06/1959

Hospital Regional Depilado Jandufy Carneiro

Id. Pac.: 00000021978

26/06/2018 17:35:29

95.5%

Nome: PERSEU MEDEIROS DANTAS Data Nasç.: 30/06/1959
Hospital Regional Depulado Janduby Carneiro

Id Pac: 000000021976
04/07/2019 13:44:42 123.4 %





RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 50039 PRONTUÁRIO 27306
DATA 25/06/2019 HORA 21:07 OPERADOR MCARMO
MÉDICO MARCELO AUGUSTO MOREIRA SERAFIM

PACIENTE PERSEU MEDEIROS DANTAS IDADE 59a 11m

RESUMO CLÍNICO:

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

DESTINO () Residência () Atendimento domiciliar

() Transferência para

PATOS/PB, DE DE 20

MÉDICO/CRM

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome:

Pereira Medeiros

Da Clínica:

Enfermaria:

A Clínica:

Leito:

Motivo da consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo)

Data:

/ /

Assinatura do Médico Consultante

PARECER:

59 anos.
Pac - OP. fratura U.S.E. clausula

D.M.P. NDN

M.G.D. NDN

A. UERHO. @

ACV. far. 21. sem apnos

ECG. ADPV

Conclusões: Bom uso

Dr. Patrícia de Sá
Cardiologia - Hemodinâmica
CRM-PB. 5169

Data:

27/06/19

Assinatura do Médico Especialista

1604

PRONT... 27306 N°REQUIS.: 13591
PACIENTE PERSEU MEDEIROS DANTAS

EMISSÃO.: 27/06/2019
SEXO: M IDADE.: 59

COAGULOGRAMA

Material: SORO
Método.: AUTOMÁTICO

TEMPO DE PROTROMBINA:

Resultado:

T.P. Paciente.: 13 seg.

T.P. Controle.: seg.

Atividade.: 62,3 %

Valores de Referência: T. P. Paciente: 11,2 A 15,0 seg.

A. Enzimática: 70 a 100%.

TNR

Resultado.: 1,36

Valores de Referência:

0 sem Anticoagulante: 0,0 - 1,2

1 uso Anticoagulante: 2,0 - 3,0

TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO

Resultado:

T.T.P.A. Paciente.: 37 seg.

T.T.P.A. Controle.: seg.

Valores de Referência:

TAP Paciente.: 26 a 36 seg.

PRONT.: 27306 N°REQUIS.: 13591
PACIENTE: PERSEU MEDEIROS DANTASEMISSÃO.: 27/06/2019
SEXO: M IDADE.: 59

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE

Método: NIFON KONDEN

VALOR DE REFERÊNCIA

ERITOGRAMA

HEMÁCIAS	4.62	milhões/mm ³	FEMININO	4 a 5,2 milhões/mm ³
			MASCULINO	4,5 a 5,9 milhões/mm ³
HEMOGLOBINA	13.7	g/dL	FEMININO	12 a 16
			MASCULINO	13,5 a 17,5
HEMATÓCRITO	42.4	%	FEMININO	35 a 45
			MASCULINO	41 a 53
HCM	91,8	fL	NORMAL	80 a 100
MC	29,7	pg	NORMAL	26 a 34
HCM	32,3	g/dL	NORMAL	31 a 55
RDW	14.5	%	NORMAL	11 a 15

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	11.100	/mm ³	NORMAL	4.000 a 10.000
PROMIELÓCITOS	000	% 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
MIELÓCITOS	000	% 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
METAMIELOCITOS	000	% 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
BASTONETES	000	% 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 5
SEGMENTADOS	69	% 7659 /mm ³	NORMAL	35 a 65
EOSINÓFILOS	03	% 0333 /mm ³	NORMAL	1 a 4
BASÓFILOS	000	% 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 1
LINFÓCITOS	18	% 1998 /mm ³	NORMAL	25 a 45
MONÓCITOS	10	% 1110 /mm ³	NORMAL	2 a 8

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS: 174.000 mil/mm³ NORMAL 150.000 a 450.000

OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA.....
SÉRIE BRANCA.....
SÉRIE PLAQUETÁRIA.....

OUTRAS OBSERVAÇÕES

TUBO DE SANGUE
ANÁLISE DE
CÉLULAS
DE SANGUE

PRONT.: 27306 N°REQUIS.: 13591
PACIENTE: PERSEU MEDEIROS DANTAS

EMIÇÃO.: 27/06/2019
SEXO: M IDADE.: 59

GLICOSE

Material.: SORO
Método.: AUTOMATIZADO

REFERÊNCIAS
NORMAL 70 A 100
ALTERADO (INVESTIGAR) 100 A 125
SUGERE DIABETES > 126

RESULTADO89 mg/dL

27/06/2019
1000000-1000
1000000-1000

PRONT.: 27306 N°REQUIS.: 13540
PACIENTE: PERSEU MEDEIROS DANTAS

EMIÇÃO.: 26/06/2019
SEXO: M IDADE.: 59

CC 1604

HEMOGRAMA COMPLETO

Material:	SANGUE	NIHON KODEN	VALOR DE REFERÊNCIA
Método:			
ERITOGRAMA			
HEMÁCIAS	4.73 milhões/mm ³	FEMININO	4 a 5,2 milhões/mm ³
		MASCULINO	4,5 a 5,9 milhões/mm ³
HEMOGLOBINA	14.2 g/dl	FEMININO	12 a 16
		MASCULINO	13,5 a 17,5
HEMATÓCRITO	43.4 %	FEMININO	35 a 46
		MASCULINO	41 a 53
VCM	91,8 fL	NORMAL	80 a 100
HCM	30,0 pg	NORMAL	26 a 34
HCM	32,7 g/dL	NORMAL	31 a 55
RDW	14.5 %	NORMAL	11 a 15

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	15.300 /mm ³	NORMAL	4.000 a 10.000
PROMIELÓCITOS	000 % 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
MIELÓCITOS	000 % 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
METAMIELÓCITOS	000 % 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
BASTONETES	01 % 0153 /mm ³	NORMAL	0 a 5
SEGMENTADOS	79 % 1208 /mm ³	NORMAL	35 a 65
EOSINÓFILOS	01 % 0153 /mm ³	NORMAL	1 a 4
BASÓFILOS	01 % 0153 /mm ³	NORMAL	0 a 1
LINFÓCITOS	10 % 1530 /mm ³	NORMAL	25 a 45
MONÓCITOS	08 % 1224 /mm ³	NORMAL	2 a 8

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS	226.000 mil/mm ³	NORMAL	- 150.000 a 450.000
-----------------------	-----------------------------	--------	---------------------

OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA.....
SÉRIE BRANCA.....
SÉRIE PLAQUETÁRIA.....

OUTRAS OBSERVAÇÕES



PRONT.: 27306

Nº REQUIS.: 13540

EMIÇÃO.: 26/06/2019

SEXO: M

IDADE.: 59

PACIENTE: PERSEU MEDEIROS DANTAS

GLICOSE

Material.: SORO

Método.: AUTOMATIZADO

REFERÊNCIAS

NORMAL 70 A 100

ALTERADO (INVESTIGAR) 100 A 125

SUGERE DIABETES > 126

RESULTADO.: 141

mg/dL



PRONT.: 27806 N°REQUIS.: 13540
PACIENTE: PERSEU MEDEIROS DANTAS

EMIÇÃO.: 26/06/2019
SEXO: M IDADE.: 59

CC 3604

COAGULOGRAMA

Material: SORO
Método: AUTOMATICO

TEMPO DE PROTROMBINA:

Resultado: 12 seg.
T.P. Paciente: 12 seg.
T.P. Controle: 92,1 %
Atividade: 11,2 A 15,0 seg.
Valores de Referência: T. P. Paciente: 11,2 A 15,0 seg.
A. Enzimática: 70 a 100%.

INR

Resultado: 1,05
Valores de Referência:
sem Anticoagulante: 0,0 - 1,2
INR uso Anticoagulante: 2,0 - 3,0

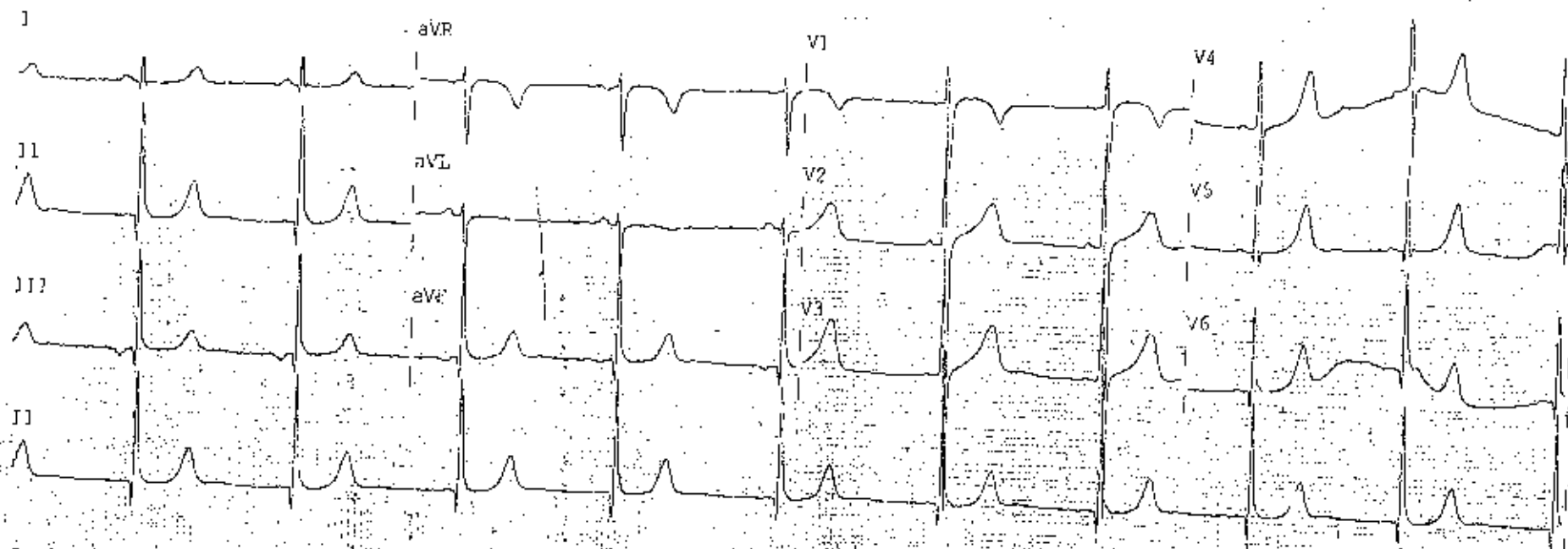
TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO

Resultado: 36 seg.
T.T.P.A. Paciente: 36 seg.
T.T.P.A. Controle: 26 a 36 seg.
Valores de Referência: 26 a 36 seg.
TAP Paciente:

Lucas A. Silva
CRBM: 9027

25/06/2019 22:37:45

12 derivs: posicionamento padrão

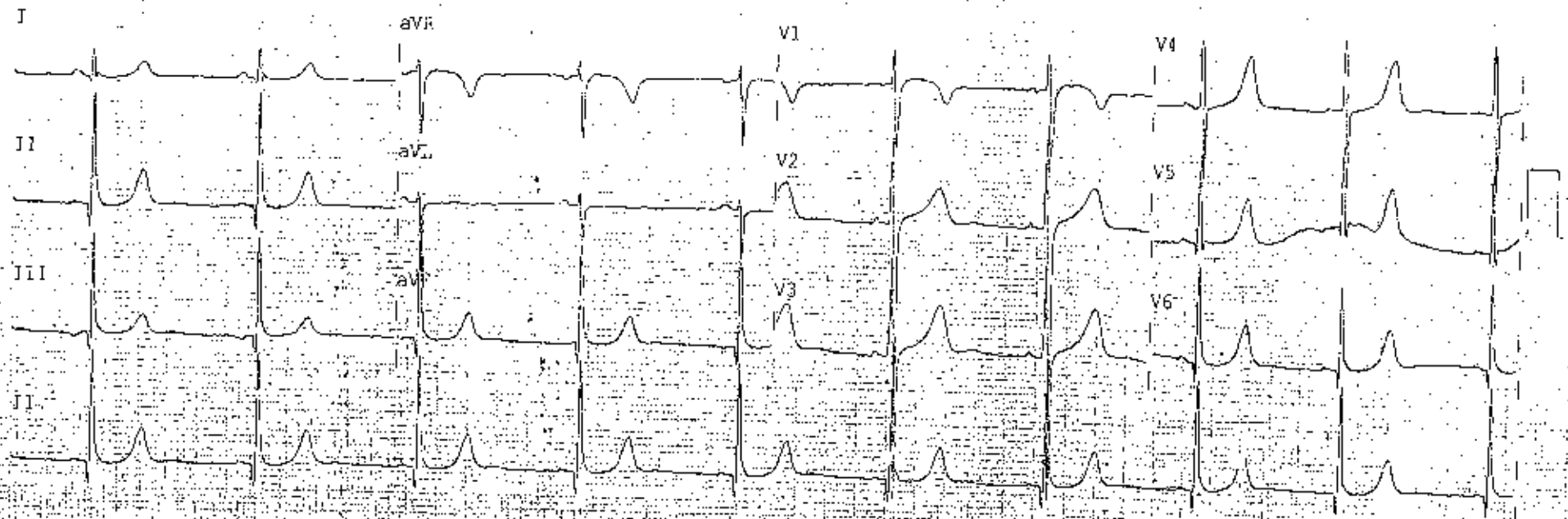


Equip:
Veloc: 25 mm/s
Membr: 10 mm/mV
Tórax: 10 mm/mV

60-0.1-100 Hz
100B-CL
LEADER 57853165771

25/06/2019-22:30:33

12 derivas: posicionamento padrão



Equip: Philips Veloc: 25 mm/s Membr: 10 mm/mV Forax: 10 mm/mV

PHILIPS

SELO DE PROTEÇÃO 0127

F 60 0,25 100 HZ 1

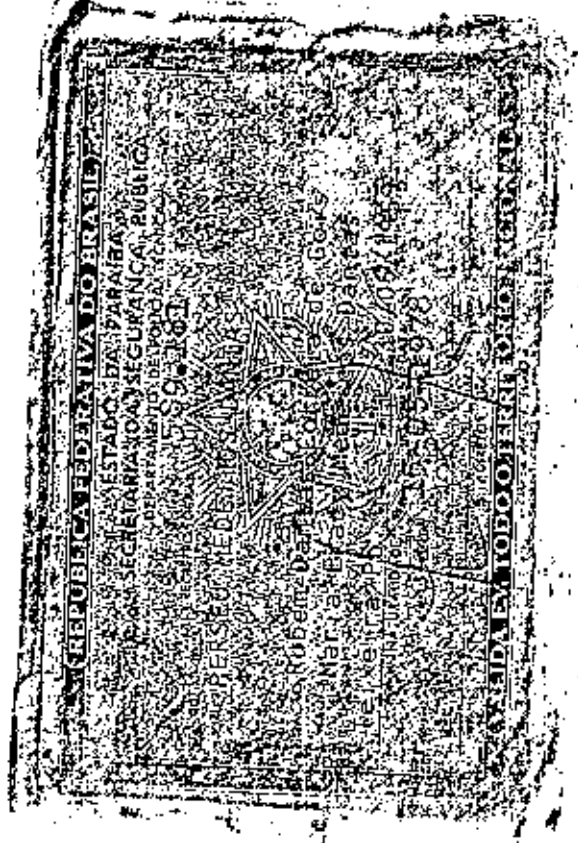
1000 CL

P214

PHILIPS

PHILIPS REM

Documentos de identificação







Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
252.110.304-78

Nome
PERSEU MEDEIROS DANTAS

Nascimento
30/06/1959

CÓDIGO DE CONTROLE
90DC.C6AE.C12E.2972



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:17:03 do dia 24/09/2019 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364986/19

Vítima: PERSEU MEDEIROS DANTAS

CPF: 252.110.304-78

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/06/2019

Titular do CPF: PERSEU MEDEIROS
DANTAS

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de Identificação

Outros

Outros



PERSEU MEDEIROS DANTAS : 252.110.304-78

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/10/2019

Nome: PERSEU MEDEIROS DANTAS

CPF: 252.110.304-78

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2019

Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

CPF: 156.118.057-28

PERSEU MEDEIROS DANTAS

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA PERSEU NEDEIROS DANTAS

DATA DO ACIDENTE 25/06/19 CPF DA VÍTIMA 252110304-78

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARÂNTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR Sino Verde

Nº SIN COMPLEMENTO Sino BAIRRO Zona Rural

CIDADE Desterro UF PR CEP 58695000

E-MAIL marcosde@dpvat.com.br TELEFONE (83) 99640-4157

Com

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)
- ☒ 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
- ☒ RELATÓRIO 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 DE 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 11-10-2019

IDENTIDADE 589184 SSP/PR

ASSINATURA Perseu Nedeiros Dantas

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA Marcos de Menezes

CERTIDÃO

Venho por meio deste, a pedido de pessoa interessada, certificar que eu **MARIA DA CRUZ BARBOSA**, portadora do Cadastro de Pessoa Física (CPF): 276.083.794-72, sou proprietária da moto HONDA/CG 125 FAN KS, placa: NQE 8829/PB, ano 2010, espécie tipo (PAS/MOTOCICLE/NÃO APLIC), com a seguinte numeração do código RENAVAL: 0025360152-5 e CHASSI: 9C2JC4110AR703227, conforme documentação em anexo a este.

Outrossim, certifico que quaisquer informações com relação este bem móvel, estamos a inteira disposição.

A expressão supracitada é a verdade.

Desterro/PB, 26 de Agosto de 2019.

x *Maria da Cruz Barbosa*
MARIA DA CRUZ BARBOSA
DECLARANTE

 **MINISTERIO DA FAZENDA**
Réceita Federal

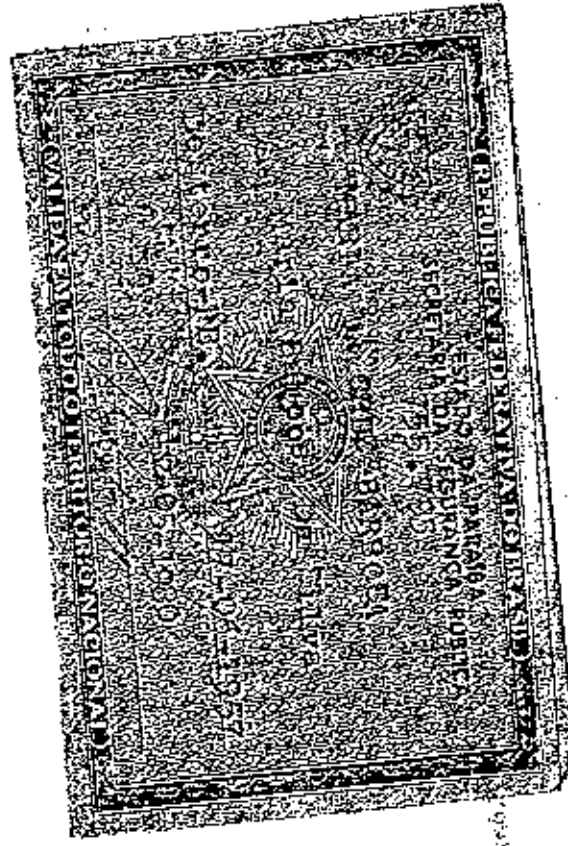
CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição
276.083.794-72

Nome
MARIA DA CRUZ BARBOSA

Nascimento
17/08/1967



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190593037 **Cidade:** Desterro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PERSEU MEDEIROS DANTAS **Data do acidente:** 25/06/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO). ALTA MÉDICA. P2

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO 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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364986/19

Vítima: PERSEU MEDEIROS DANTAS

CPF: 252.110.304-78

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/06/2019

Titular do CPF: PERSEU MEDEIROS DANTAS

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

PERSEU MEDEIROS DANTAS : 252.110.304-78

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/10/2019
Nome: PERSEU MEDEIROS DANTAS
CPF: 252.110.304-78

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

PERSEU MEDEIROS DANTAS

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES