
Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190666030

Vítima: JOSE CABOCLO DOS SANTOS FILHO

Data do Acidente: 31/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CABOCLO DOS SANTOS FILHO

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, 15 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190666030

Vítima: JOSE CABOCLO DOS SANTOS FILHO

Data do Acidente: 31/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE CABOCLO DOS SANTOS FILHO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE CABOCLO DOS SANTOS FILHO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000735

Conta: 000009338-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 034.365.144-03 4 - Nome completo da vítima: JOSE CABELO DOS SANTOS FILHO

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

5 - Nome completo: JOSE CABELO DOS SANTOS FILHO 6 - CPF: 034.365.144-03
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA RACY AMELIA COSTA 9 - Número: SIN 10 - Complemento:
11 - Bairro: CABELO 12 - Cidade: CABELO 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58033-455
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 6831981088728

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todas os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0735 CONTA: 00009338 4 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 30/08/2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA

POUPANÇA



debito

603689 0010 70209 1190

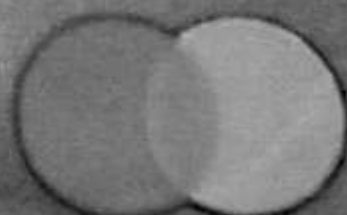
0036

JOSE CABLOCO DOS S FILHO

VALID
THRU

10/24

0735 013 00009338-4



mastercard



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 13645.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 13645.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:57 horas do dia 28 de novembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Jose Caboclo dos Santos Filho**, CPF nº 034.365.144-03, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Pedreiro, filho(a) de Severina Maria de Lima e Jose Caboclo dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 08/12/1956 (62 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Iraci Almeida Costa, Nº S/N, tendo como ponto de referência Próximo Ao Motel Fogeama, na cidade de Cabedelo/PB, telefone(s) para contato (83) 98826-5678.

Dados do(s) Fatos:

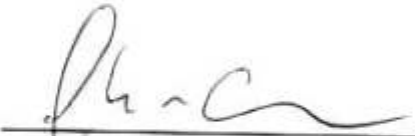
Local: Br 230, Próximo Ao Carajás, Cabedelo/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 31/08/19 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

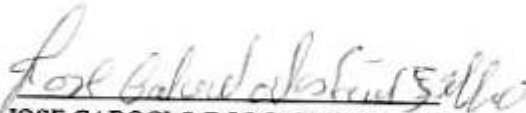
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 31/08/2019 por volta das 17:00 horas quando transitava, pelo BR-230, Cabedelo-PB; nas imediações do Carajás, com o veículo tipo HONDA/XLR 125 ES ano e modelo: 2001/2001, de cor branca, de placa: MOL2340/PB CHASSI: 9C2JD17201R016927 pertencente ao declarante; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto na sua via quando um veículo não identificado deu um "trancão" no declarante invadindo a sua via, que o declarante fez uma manobra abruptar afim de evitar a colisão com o veículo vindo a perder o controle da moto e colidir com o meio-fio. Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo por terceiros para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, onde foi diagnosticado, de acordo com o PRONTUÁRIO nº 117.830, FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO CID S 82.1 conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo médico JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA CRM 2329/PB.

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, 28 de novembro de 2019.


CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação


JOSE CABOCLO DOS SANTOS FILHO
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 034.365.144-03 4 - Nome completo da vítima: JOSE CABELO DOS SANTOS FILHO

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

5 - Nome completo: JOSE CABELO DOS SANTOS FILHO 6 - CPF: 034.365.144-03
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA RACY AMELIA COSTA 9 - Número: SIN 10 - Complemento:
11 - Bairro: CAPEDELO 12 - Cidade: CAPEDELO 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58033-455
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 6831981088728

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todas os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0735 CONTA: 00009338 4 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (seu nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 30/08/2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA

POUPANÇA



debito

603689 0010 70209 1190

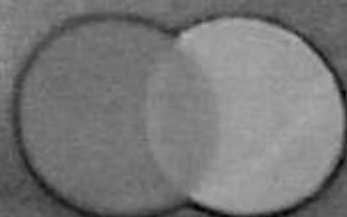
0036

JOSE CABLOCO DOS S FILHO

VALID
THRU

10/24

0735 013 00009338-4



mastercard



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGRE

o trabalho

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

Boletim de Atendimento: 1187069



Identificação do paciente

ID 1023436	Nome JOSE CABOCLO DOS SANTOS FILHO		Sexo Masculino	
Data de nascimento 08/12/1956	Idade 62 anos 9 meses 8 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário 117830
Mãe SEVERINA MARIA DE LIMA		Pai JOSE CABOCLO DOS SANTOS		
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO		Responsável (Parentesco) EDSON DE SOUZA SANTOS - ACOMPANHANTE		
DDD Celular 83	Celular 988265678	DDD	Telefone	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2516680	Nº Cns 705403401300093		
Local de procedência CABEDELO		Tipo MUNICIPIO	UF PB	
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CSO/R		

Endereço

CEP 58310000	Município de residência CABEDELO	UF PB	Logradouro IRACY AMELIA COSTA
Número SN	Complemento	Bairro JARDIM GAMA	

Admissão

Data e Hora 31/08/2019 18:12:19	Número da pulseira 1000008105133	Convênio SUS
Especialidade OTORRINOLARINGOLOGIA	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

Diagnóstico	CID
Atendido por ANA CARLA FELICIANO DA SILVA	Tempo 01min 21seg

Imprimir

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CABOCLO DOS SANTOS FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00735

CONTA: 000000009338-4

Nr. da Autenticação 538F4B8A7F604D57

BOLETO PARA PAGAMENTO



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rr 236, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.095.183 / 0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-0

Documento emitido eletronicamente
Documento não é responsável pelo valor
Não é para depósito em caixa eletrônico

Nº 830.201.011

DADOS DO CLIENTE

VIVIA SANTINO MORENO DO NASCIENTO
RUA IRACY AMELIA COSTA S/N
CABEDELO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1448095-8

REFERÊNCIA

AGO/2019

APRESENTAÇÃO

26/08/2019

CONSUMO

63

VENCIMENTO

16/09/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 60,23

Acesso: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 09/09/2019				
Pagador: VIVIA SANTINO MORENO DO NASCIENTO CNPJ/CPF: 089.839.984-07				
RUA IRACY AMELIA COSTA S/N - RENASCER - CABEDELO / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Numero	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120005577382	001448095201908	16/09/2019	R\$ 60,23	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				08.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				

58033-455

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014201968800
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA 1 CDD RENAVAM 0076769569-0 R.N.T.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME
JOSE CABOCLLO DOS SANTOS

CPF / CNPJ 03436514403 PLACA MOL2340/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB CHASSI 9C2JD17201R016927

ESP/CM TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/XLR 125 ES ANO FAB 2001 ANO MOD 2001

CAP / POT / CIL 2 P/124 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE BRANCA

COTA ÚNICA 00/00/0000 VENC. COTA ÚNICA 1ª

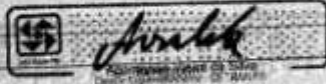
FAIXA LPVA 0 PARCELAMENTO / COTAS 2ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ***** IDF (R\$) ***** PRÊMIO TOTAL (R\$) ***** DATA DE PAGAMENTO 09/11/2018

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

CONDE-PB LOCAL 09/11/2018

15121



2011

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014201968800 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 09/11/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 03436514403 PLACA MOL2340/PB

RENAVAM 00767695690 MARCA / MODELO HONDA/XLR 125 ES

ANO FAB 2001 COTA ÚNICA 9 Nº CHASSI 9C2JD17201R016927

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) ***** DENATRAM (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IDF (R\$) ***** TOTAL A SER PAG. PELO SEGURO (R\$) *****

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 09/11/2018

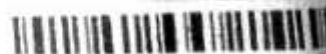
SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

2011-1002087-20181109





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSE CABOCLO DOS SANTOS FILHO
DATA DE NASCIMENTO	08/12/56
NOME DA MÃE	SEVERINA MARIA DE LIMA

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	117.830
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.187.069
DATA DO ATENDIMENTO	31/08/19
HORA DO ATENDIMENTO	18:12
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO
CID 10	S82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo trauma com dor e deformidade no joelho esquerdo. Presença de fratura do platô tibial esquerdo com indicação de cirurgia. Operado e evoluiu sem intercorrências.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de joelho esquerdo
TC de joelho esquerdo

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de platô tibial esquerdo.

TRATAMENTO:

Tratamento cirurgico de fratura de platô tibial esquerdo.

ALTA HOSPITALAR: 05/09/19
DATA DA EMISSÃO: 07/11/19

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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



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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGUE

o trabalho

Documento de Alta

Nome: JOSE CABOCLO DOS SANTOS FILHO			Número Prontuário: 117830
Data de Nascimento: 06/12/1956	Sexo: Masculino	Data de Internação: 31/08/2019 23:18:21	Data de Alta: 05/09/2019 08:16:12
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: conduta=1º DPO: OSTEOSÍNTese DE FRATURA PLANALTO TIBIAL E.; PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL; SEM INTERCORRÊNCIA; NEUROVASCULAR OK; RX DE CONTROLE OK; CD: CURATIVO; IMOBILIZAÇÃO: ALTA HOSPITALAR COM ORIENTAÇÕES; ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL;			
Resumo da Internação: resumoInternacao=			
Resultado de Exames: resultadoExames=			
Tratamento: tratamento=			
Diagnóstico: S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia			
Recomendações: recomendacoes=			

Data: 05/09/2019

Dr. Francisco Kartney
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5804

FRANCISCO KARTNEY
SARMENTO PEDROSA
CRM: 5804 - PE



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Servidor: Humberto Lucena

Ylial



GOVERNO
DA PARAIBA

SEGUE

o trabalho

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1187069



Identificação do paciente

ID 1023436	Nome JOSE CABOCLO DOS SANTOS FILHO			Sexo Masculino
Data de nascimento 08/12/1956	Idade 62 anos 8 meses 23 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Profissão
Mãe SEVERINA MARIA DE LIMA	Pai JOSE CABOCLO DOS SANTOS			
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) EDSON DE SOUZA SANTOS - ACOMPANHANTE			
DDD Celular 83	Celular 988265678	DDD	Telefone	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2516680	Nº Cns 705403401300093		
Local de procedência CABEDELO	Tipo MUNICIPIO		UF PB	
raça	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

Endereço

CEP 58310008	Município de residência CABEDELO	UF PB	Logradouro IRACY AMELIA COSTA
Número 58	Complemento	Bairro JARDIM GAMA	

Admissão

Data e Hora 31/08/2019 18:12:19	Número da pulseira 1000008105133	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por ANA CARLA FELICIANO DA SILVA						Tempo 01min 27seg

Imprimir



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAIBA**

**SEGUE
o trabalho**

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Exame
JOSE CABOCLO DOS SANTOS FILHO	1187069	31/08/2019 18:12:19	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
08/12/1956	62a 8m 23d	Masculino	(83) 98025567
Mãe		CNS	Prontuário
SEVERINA MARIA DE LIMA		705403401300093	
Endereço	Bairro	Município	UF
IRACY AMELIA COSTA, SN	JARDIM GAMA	CABEDELO	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO	3945/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
31/08/2019 18:18:02		31/08/2019 18:37:47	

ANAMNESE

- CIRURGIA GERAL - PACIENTE DE DEMANDA ESPONTÂNEA, COM HISTÓRIA DE HÁ 3 HORAS SOFREU QUEDA DE MOTO CONTRA O CHÃO NA REGIÃO DO JOELHO ESQ. REFERE DOR EM REGIÃO DO JOELHO ESQ COM DIFICULDADE DE MOVIMENTAR A PERNA ESQ. NÃO PERDEU A CONSCIÊNCIA, VÔMITOS, CERVICALGIA, SEM COMORBIDADES. NEGA ALERGIAS. AO EXAME: A: VIAS AÉREAS PERMEÁVEIS SEM USO DE COLAR CERVICAL OU PRANCHA RÍGIDA. B: EUPNEICA, COM BOA SATURAÇÃO, TÓRAX SEM ALTERAÇÕES. MV - LITIGES. RA: C: NORMOCÁRDICO E NORMOTENSO. ABDOME SEM SINAIS DE PERITONITE. PELVE ESTÁVEL. D: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, MOBILIDADE DE MEMBROS PRESERVADA. E: DOR AO NÍVEL DO JOELHO ESQ COM AUMENTO DE VOLUME LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS. CONDUTA - SINTOMÁTICOS - RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQ - PARECER DA ORTOPEDIA - ALTA PARA CIRURGIA GERAL

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)

CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

CUIDADOS

AFERIR PA E FC

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

CID10

S80.9 - Traumatismo superficial não especificado da perna

Conduta

Em observação

JOSE CABOCLO DOS SANTOS FILHO

FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO
(CRM: 3945/PB)

Boletim registrado por: ANA CARLA FELICIANO DA SILVA em 31/08/2019 18:13:40



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Canadinho Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE

o trabalho

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Recebida
JOSE CABOCLO DOS SANTOS FILHO	1187069	31/08/2019 18:12:19	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de contato
08/12/1956	62a 8m 24d	Masculino	(83) 983265675
Mãe		CNS	Promissão
SEVERINA MARIA DE LIMA		705403401300093	
Endereço	Bairro	Município	UF
IRACY AMELIA COSTA, SN	JARDIM GAMA	CABEDELO	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cofre Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA	8252/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
31/08/2019 18:18:02		31/08/2019 21:38:57	

NAMNESE

ORTOPEDIA AVALIO PCT VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA NO JOELHO ESQ FEZ TC JOELHO - FRATURA DO PLATO LATERAL ESQUERDO CD. INTERNAÇÃO PARA TTTO CIRURGICO SOLICITO PRE-OP

DIETA

DIETA, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 12/12H
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)
ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 0,4 ML VIA S.C., 1X AO DIA
TRAM/ DOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSARIO SE DOR INTENSA (DOSE MAXIMA DIARIA: 6,0)
ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSARIO SE NAUSEA OU VÔMITO (DOSE MAXIMA DIARIA: 6,0)

EXAME DE IMAGEM

ELETRCARDIOGRAMA
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO
CREATININA
GLICOSE
HEMOGRAMA COMPLETO
IONOGRAMA
UREIA

PROCEDIMENTO

TALA INGUINO PODÁLICO, (OBSERVAÇÕES:: MIE)

Conduta

Internar Paciente

JOSE CABOCLO DOS SANTOS FILHO

TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA
(CRM: 8252/PB)

Dr. Tiberio Vanomark
Ortopedia e Cirurgia da Mão
CRM: 8252/PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAIBA**

SEGUE

o trabalho

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Saída
JOSE CABOCLO DOS SANTOS FILHO	1187069	31/08/2019 18:12:19	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
08/12/1956	62a 8m 23d	Masculino	(83) 988265578
Mãe			Prontuário
SEVERINA MARIA DE LIMA			
Endereço	Bairro	Município	UF
IRACY AMELIA COSTA, SN	JARDIM GAMA	CABEDELO	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cont. Pagmto
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	TEOFILO VANOMARK CHAVES BEZERRA	9690/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
31/08/2019 18:18:02		31/08/2019 19:25:16	

ANAMNESE

ORTOPEDIA PCTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM JOELHO ESQ QUEIXA-SE DE DOR EM JOELHO ESQ IMPOSSIBILITANDO APOIAR O MESMO NO CHÃO EFO: - EDEMA MODERADO, DOR A PALPAÇÃO - MEC EXTENSOR COMPROMETIDO PERMITE EXTENSÃO RX DE MA QUALIDADE: SUBLUXAÇÃO DO JOELHO? CD: TC DO JOELHO REAVALIO APÓS EXAME

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO

Conduta

Em observação

JOSE CABOCLO DOS SANTOS FILHO

TEOFILO VANOMARK CHAVES BEZERRA

Teófilo Vanomark
Chaves e Traumatologia
CRM 9690 - PB 9690
O 16216

Boletim registrado por: ANA CARLA FELICIANO DA SILVA em 31/08/2019 18:13:40

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HISTÓRICO

NOME: JOSÉ CABOCLIO DOS SANTOS FILHO BE/PRONTUÁRIO: 1187069
IDADE: 62 SEXO: M COR: DATA: 4/9/2019
CLÍNICA/SETOR: ORTOPEDIA
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO
CIRURGIÃO: DR KARTNEY 1º ASS: DR ROBERTO
2º ASS: 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA: KALLINE
TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL ESQUERDA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: NÃODESCRIÇÃO: BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

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

MÉDICO/CRM:

Ortopedia e Traumatologia
CRM 5804

DATA:

4/9/2019

RELATÓRIO DE CIRURGIA

PÁG. 03/03

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO COM FAIXA DE SMARCH
Incisão:
INCISÃO ANTEROLATERAL DO JOELHO ESQUERDO
DISSECCÃO POR PLANOS
HEMOSTASIA
Achados:
FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO
Condute:
REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA
FIXAÇÃO COM PLACA EM L DA CAIXA 4,5 6X2 COM 2 PARAFUSOS ESPONJOSOS E 3 CORTICAIS
AUXÍLIO DE ESCOPIA
LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA COM SF 0,9%
REVISÃO DE HEMOSTASIA
Fechamento:
SUTURA POR PLANOS
URATIVOS ESTÉREIS
ETIRADA DE GARROTE
OA PERFUSAO DISTAL
Observação:
RAIO-X DE CONTROLE

Médico(CRM):

Ortopedista e Traumatologista
CRM 5804

João Pessoa,

4/9/2019

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHC

NOME: **JOSÉ CABOCLO DOS SANTOS FILHO** BE/PRONTUÁRIO: **1187069**
 IDADE: **62** SEXO: **M** COR: _____ DATA: **4/9/2019**
 CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA**
 CIRURGIA: **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO**
 CIRURGIÃO: **DR KARTNEY** 1º ASS: **DR ROBERTO**
 2º ASS: _____ 3º ASS: _____
 INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: **KALLINE**
 TIPO DE ANESTESIA: **RAQUIANESTESIA** HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL ESQUERDA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: _____

DESCRIÇÃO: _____

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: _____

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA

____ TERAPIA INTENSIVA

____ RESIDÊNCIA

____ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: _____

DATA: _____

4/9/2019

Ortopedia e Traumatologia
 CRM 5101

RELATÓRIO DE CIRURGIA

1028-01/2019

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

APOSEIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO COM FAIXA DE SMARCH

Incisão:

INCISÃO ANTEROLATERAL DO JOELHO ESQUERDO

DISSECCÃO POR PLANOS

HEMOSTASIA

FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

Conduta:

REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA

FIXAÇÃO COM PLACA EM L DA CAIXA 4,5 6X2 COM 2 PARAFUSOS ESPONJOSOS E 3 CORTICAIS

AUXÍLIO DE ESCOPIA

LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA COM SF 0,9%

REVISÃO DE HEMOSTASIA

Fechamento:

SUTURA POR PLANOS

CURATIVOS ESTÉREIS

RETIRADA DE GARROTE

DA PERFUSÃO DISTAL

Observação:

RAIO-X DE CONTROLE

Médico/CRM:

Ortopedia e Traumatologia
CRM 5808

João Pessoa,

4/9/2019

SECRET
TECHNICAL INTELLIGENCE
CORPUS

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 04/10/19

PRONTUÁRIO: 1187063

PACIENTE: JOSÉ CABOCELO DOS SANTOS FILHO

SEXO: M COR:

IDADE: 64

PRESSÃO ARTERIAL 165/90 PULSO 60bpm RESPIRAÇÃO 16x/min TEMPERATURA PESO GRUPO SANG

ESTADO GERAL: BOM X REGULAR (MAU) PRESSÃO RISCO CIRÚRGICO: BOM, REGULAR

EXAMES COMPLEMENTARES CNGCADO

AP. RESPIRATÓRIO TAGASISTA AP. CIRCULATÓRIO NON

AP. DIGESTIVO REGULAR ESTADO MENTAL LOM DROGAS EM USO NEGA

PRE-ANESTÉSICO

JOSÉ HORA

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO FRATURA DE PLATIBIAL (E)

CIRURGIA REALIZADA TRATAM. CIRÚRGICO DE FRAT. DE PLATIBIAL (E)

CIRURGEÃO DR. KARTUG AUXILIARES DR. ROBERTO

INÍCIO DA ANESTESIA 14:30h TÉRMINO DA ANESTESIA 15:30h DURAÇÃO DA ANESTESIA 1h

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH VALORES RS

ANESTESISTA DR. VANESSA F. CPF CRM-PB 8257

ANESTESIA: 14:30 (E) 1

14:30

14:30

14:30

14:30

14:30

14:30

14:30

14:30

14:30

14:30

14:30

14:30

14:30

14:30

14:30

14:30

14:30

14:30

14:30

14:30

14:30

14:30

14:30

14:30

14:30

14:30

14:30

14:30

14:30

14:30

14:30

14:30

14:30

14:30

14:30

14:30

14:30

14:30

14:30

14:30

14:30

14:30

14:30

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	BUPIVACAÍNA ISOBARICA - 15mg/	11
2	BUPIVACAÍNA ISOBARICA - 12mg/	12
3	DIMORF - 100mg/	13
4	CEFALOTINA - 1g/	14
5	DEXAMETASONA - 10mg/	15
6	DIPIDONA - 2g/	16
7	CETOPROFENO - 100mg/	17
8	MIDAZOLAM - 3mg/	18
9	PENTAMIL - 100mg/	19
10		20

FRASE (1) PCT SENTADO MONITORIZADO, ASEPSIA + ANTISSEPSIA, PUNÇÃO LOMBAR L3-4, LOMBA, C/AGUIA 26 G LOMBA

FRASE (2) PCT SENTADO, ASEPSIA + ANTISSEPSIA, PUNÇÃO LOMBAR L2-3 C/AGUIA 26 G LOMBA

FRASE (3) PCT SENTADO, ASEPSIA + ANTISSEPSIA, PUNÇÃO LOMBAR L2-3 C/AGUIA 26 G LOMBA

FRASE (4) PCT SENTADO, ASEPSIA + ANTISSEPSIA, PUNÇÃO LOMBAR L2-3 C/AGUIA 26 G LOMBA

FRASE (5) PCT SENTADO, ASEPSIA + ANTISSEPSIA, PUNÇÃO LOMBAR L2-3 C/AGUIA 26 G LOMBA

FRASE (6) PCT SENTADO, ASEPSIA + ANTISSEPSIA, PUNÇÃO LOMBAR L2-3 C/AGUIA 26 G LOMBA

FRASE (7) PCT SENTADO, ASEPSIA + ANTISSEPSIA, PUNÇÃO LOMBAR L2-3 C/AGUIA 26 G LOMBA

FRASE (8) PCT SENTADO, ASEPSIA + ANTISSEPSIA, PUNÇÃO LOMBAR L2-3 C/AGUIA 26 G LOMBA

FRASE (9) PCT SENTADO, ASEPSIA + ANTISSEPSIA, PUNÇÃO LOMBAR L2-3 C/AGUIA 26 G LOMBA

FRASE (10) PCT SENTADO, ASEPSIA + ANTISSEPSIA, PUNÇÃO LOMBAR L2-3 C/AGUIA 26 G LOMBA

FRASE (11) PCT SENTADO, ASEPSIA + ANTISSEPSIA, PUNÇÃO LOMBAR L2-3 C/AGUIA 26 G LOMBA

FRASE (12) PCT SENTADO, ASEPSIA + ANTISSEPSIA, PUNÇÃO LOMBAR L2-3 C/AGUIA 26 G LOMBA

Vanessa Franca de S. 13
Médica CRM-PB 8257
CPF 054.171.37.-05

ESTADO DO PARANÁ

V-02
P-236

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA TÉCNICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Flora Gelbman de Siqueira
ASSINATURA AUTÓGRAFA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE
EXPEDIÇÃO

03/10/2012

REGISTRO
DE FAL

2.516.680 -2 VIA

JOSE CABOCLO DOS SANTOS FILHO

NOME

FLACAO JOSE CABOCLO DOS SANTOS
SEVERINA MARIA DE LIMA

DATA DE NASCIMENTO

08/12/1956

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

LIV. ORIGEM

NASC. N. 84996 FLS. 170 LIV. A-167
CARTORIO 1º JOÃO PESSOA PB

Presidência do Conselho de Segurança e Defesa

034.365.144-03

ASS. GERAL DE REGISTRO E TÍTULOS

LEI Nº 7.160 DE 29.08.60

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014201968800
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD RENAVAM 0076769569-0 R.N.T.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME
JOSE CABOCLO DOS SANTOS

CPF / CNPJ 03436514403 PLACA MOL2340/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB CHASSI 9C2JD17201R016927

ESP/CM TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/XLR 125 ES ANO FAB 2001 ANO MOD 2001

CAP / POT / CIL 2 P/124 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE BRANCA

COTA ÚNICA 00/00/0000 VENC. COTA ÚNICA 1ª

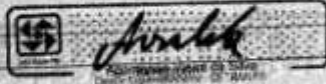
FAIXA LPVA 0 PARCELAMENTO / COTAS 2ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ***** IDP (R\$) ***** PRÊMIO TOTAL (R\$) ***** DATA DE PAGAMENTO 09/11/2018

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

CONDE-PB LOCAL 09/11/2018

15121



2011

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014201968800 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 09/11/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 03436514403 PLACA MOL2340/PB

RENAVAM 00767695690 MARCA / MODELO HONDA/XLR 125 ES

ANO FAB 2001 COTA ÚNICA 9 Nº CHASSI 9C2JD17201R016927

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) ***** DENATRAM (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

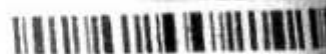
CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IDP (R\$) ***** TOTAL A SER PAG. PELO SEGURO (R\$) *****

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 09/11/2018

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CHPJ 09.248.408/0001-04

2011-1002087-20181109



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190666030 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CABOCLO DOS SANTOS FILHO **Data do acidente:** 31/08/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. PG. 7,8
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL 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



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

- IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARÊNTESCO COM

A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - 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

- 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

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

DATA

IDENTIDADE

NOME

ASSINATURA

ASSINATURA