
Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200259827

Vítima: JOSE SAVIO DA SILVA FREITAS

Data do Acidente: 08/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE SAVIO DA SILVA FREITAS

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, contados 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, 09 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200259827

Vítima: JOSE SAVIO DA SILVA FREITAS

Data do Acidente: 08/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE SAVIO DA SILVA FREITAS

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: **JOSE SAVIO DA SILVA FREITAS**

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

Banco: **341**

Agência: **000008757**

Conta: **0000041875-4**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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:

110.832.464-19

4 - Nome completo da vítima:

JOSE SAVIO DA SILVA FREITAS

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 SAVIO DA SILVA FREITAS

6 - CPF:

110.832.464-19

7 - Profissão:

VENDEDOR

8 - Endereço:

RUA ESTANISLAU DE FARIA ARAUJO

9 - Número:

45

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

MANGABEIRA

12 - Cidade:

JOÃO PESSOA

13 - Estado:

PARANÁ

14 - CEP:

58.059-005

15 - E-mail:

(83) 98651-8167

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:

☒ RECURSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

8757

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

41875

(Informar o dígito se existir)

4

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

JOÃO PESSOA 22/07/2020

JOSE SAVIO DA SILVA FREITAS

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE Ocorrência
Nº 043025.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 043025.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil João Paulo B. de Azevedo, matrícula 1549324 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 09:06 min do dia 07/07/2020, na Delegacia Online, **jose savio da silva freitas**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão vendedor, natural de Jacaraú, nascido(a) em 01/08/1995, idade 24, estado civil União Estável, de cor Parda, filho(a) de francisca nascimento da silva e jose roberto de freitas, CPF 110.882.464-19, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Estanislau de Farias Amorim, nº 45, complemento casa, bairro Mangabeira, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58059005, telefone(s) 8398663-5969, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 08/03/2020 17:30h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: rua nereide barbosa dos santos, mangabeira, João Pessoa/PB.

Material(is) Envolvido(s)

Outros Documentos: Identificação Principal: motocicleta. Descrição: vítima de colisão carro e moto por volta das 17:30 horas do dia 08 de março de 2020 em via publica de mangabeira.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

que foi vítima de uma colisão no dia 08 de março de 2010, por volta das 17:30 horas, em via publica da Rua Nereide Barbosa dos Anjos, próximo ao Restaurante Cupim no bairro de Mangabeira, quando conduzia sua motocicleta da Marca Honda Bros 150 cor preta ano e modelo 2012 chassi n. 9C2K0500CR554169 de Placas OHZ-9542-PB licenciada em nome de BRAULIO ARAUJO DE PAIVA COSTA, colidiu com um veículo Ford Fiesta que vinha em sua direção oposta, que do impacto veio a cair no solo sofrendo fratura da mão esquerda, que foi socorrido por terceiros para o Hospital Trauminha de Mangabeira, onde foi submetido a tratamento medicos.

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



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

x JOSE SAVIO DA SILVA FREITAS 3FAEFA418B7D673B64AB48BD87D3E91F
jose savio da silva freitas Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 110.832.464-19 4 - Nome completo da vítima: JOSE SAVIO DA SILVA FREITAS

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 SAVIO DA SILVA FREITAS 6 - CPF: 110.832.464-19
7 - Profissão: VENDEDOR 8 - Endereço: RUA ESTANISLAU DE FARIA ARAUJO 9 - Número: 45 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: MANGABURA 12 - Cidade: JOÃO PESSOA 13 - Estado: PARAIBA 14 - CEP: 58.059-005
15 - E-mail: (83) 98651-8167

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:

☒ RECURSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA:

CONTA:

(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.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA 22/07/2020

JOSE SAVIO DA SILVA FREITAS

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE SAVIO DA SILVA FREITAS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08757

CONTA: 000000041875-4

Autenticação:

7893BD69E2CB2959617C31BEE9D69EB004BB071C5945D712176D5682CB1D1869



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

70676356

REFERENCIA

JAN/2020

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVICOS

PHILIPPE SANTOS BEZERRA

**RUA ESTANISLAU DE F. AMORIM, 45/C - 1 ANDAR -
MANGABEIRA JOAO PESSOA PB 58059- 005**

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001-085-154-0047-000-000	000	1	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y12N071648	20/05/2013	EXT LACK LIGADO	POTENCIAL			

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (M3) | NUM DE DIAS | PROXIMA LEITURA
554 561 7 33 20/02/2020

HIST. CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.

DEZ/2019	7	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
NOV/2019	8	TURBIDEZ	0	0	0
OUT/2019	5	CLORO	0	0	0
SET/2019	6	COL.TERMOT	0	0	0
AGO/2019	5	COR	0	0	0
JUL/2019	2	COL.TOTAIS	0	0	0

MEDIA(M) 5

DADOS REFERENTES A: NOV/2019

DATA DA IMPRESSÃO: 21/01/2020

HORA DA IMPRESSÃO: 14:47:34

DESCRICAO
AGUA

CONSUMO

TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA

7 M3

37,91

ESGOTO

ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 10/2019

0,75

JUROS DE MORA 10/2019

0,50

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

02/02/2020

Total a Pagar:

R\$ 39,16

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: JOSE SAVIO DA SILVA FREITAS						
IDADE: 24 ANOS	SEXO: masc	COR:	CLÍNICA: Ortopedia	ENF.07	LEITO 123	
DATA DE ADMISSÃO: 08-03-2020		DATA DE ALTA: 12-03-2020		TEMPO DE PERMANÊNCIA:		
DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura Diafisária do Rádio + LUXAÇÃO DA RADIO ULNAR DISTAL ESQUERDA					CID: S 52	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: O mesmo						
OUTROS DIAGNÓSTICOS:						

PRINCIPAIS EXAMES

Rx de antebraço demonstrando solução de continuidade óssea da diáfise do rádio

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

ANATOMIA PATOLÓGICA

INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO

COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA

CONDIÇÕES DE ALTA
(X) MELHORADO

() REMOVIDO

() A PEDIDO

() CURADO

()

ÓBITO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador (a) de Fratura Diafisária do Rádio + LUXAÇÃO DA RADIO ULNAR DISTAL ESQUERDA FOI submetido(a) a tratamento com redução cruenta com fixação interna com placa e parafuso E FIO DE K. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO:

Relativo em casa por 15 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:

Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: CEFALOXINA, PROFENID, DIFENIDOL.

RETORNO:

Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão **Dr. TIBÉRIO**

VANOMARK

Antônio F. Neto
CP 123-9

12-03-2020

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M.





MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO Burity

Ficha Hrt 307860 Audi Hno Paguiao
Data: 08/03/2020
Hora: 17:15:42
Recepcionista: JUSSARA MANUELA BERTO
Clinica: ORTOPEDIA

ENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE B/H
5 56-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE SAVIO DA SILVA FREITAS

Num. de vezes atendido: 1

Nome Social: NAO INFORMADO CPF:

Num. Prontuario: 2020.03.000835

CNS: 704804583325142 Sexo: M IDENTIDADE: 3694504 Fone: 988130544

Natural: JACARAU/PB Data Nasc.: 01/08/1995 Id: 24 ano(s)

End.: RUA ESTANISLAU DE FARIAS AMORIM, 45

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: FRANCISCA NASCIMENTO DA SILVA

Pai: JOSE ROBERTO DE FREITAS

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: VENDEDOR SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Re.: O MESMO

Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: CARONA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificacao de Risco:

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Cl. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

suavizar de modo ao sh. sol. rx.

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

*OT: intermédio
P/Fto curativo*

*Dra. Jucara Fernandes Lima
Ortopedia-Traumatologia
CRM 6807*

10/03/2020 - Psicologia

Realizada visita de acompanhamento + orientações

Renata Cardini Barros
Psicóloga
CRP 06/0324

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Qtd.	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução

Assinatura e Carimbo da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão: _____

PROCEDIMENTO REALIZADO:

DESTINO DO PACIENTE:

() Residência () Transferido () Desistência () U.T.I
() Alta a Pedido () Enfermaria Óbito: () Atestado () S.V.O () I.M.L

2. JOSE SAUL DA SILVA
Assinatura do Paciente / Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Joel Sauer Data da Admissão: / /
 Prontuário: Idade: Enfermaria: Leito:
 Nome da Mãe:
 Endereço: Bairro:
 Cidade: Estado: Fone: Profissão:
 Sexo: F () M () Cor: Estado Civil: Religião:
 Escolaridade: Data de Nascimento / /

QPD:

HDA:

Medicações em uso:

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso Kg em ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros:

Pele:

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia ☐ Audição: Visão:

AR e ACV: ☐ Dor ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema Outros:

ABD: ☐ Dor ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras:

SME: ☐ Dor ☐ Rigidez pós-reposou ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: José Sório de Silva Freitas				Registro:	
Idade: 24	Sexo: M	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: 11/03/2016		Cirurgião: Tibério Vazquez		1º Assistente: Lacerda	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia: Bloq.		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
Fract. recente do osso + destruição da articulação do joelho.					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
O mesmo					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
Redução + fixação no joelho + destruição da articulação				(E) (E)	
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 (☒) Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 (☒) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (☒ Enfermaria) 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Pac. em RPA sob anest. geral (E)
- 2) Anest. antioxiante, coloc. campos estériles + esparadmo ASE

Incisão:

- 3) Inc. dorsal antioxiante por via Terepau-
- 4) Inc. de 15 cm

Achados:

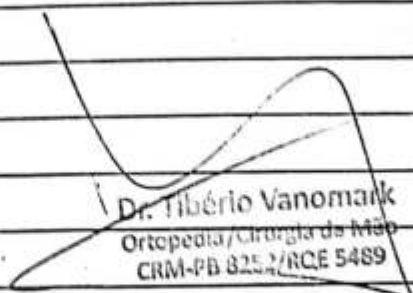
- 5) Fract. de. nido
- 6) Luxac. AFVD

Conduta:

- 7) Reduc. fratura + fixac. placa DCP de fixac. 3.5 + de parafusos corticocort.
- 8) Controle de sang. e
- 9) Reduc. e fixac. do AFVD c/ fio K. 2-0
- 10) Teste de flexo-extens.
- 11) Fechac. de planc.
- 12) Retir. do garoto.
- 13) Curativo + tela antioxiante (E)
- 14) de RPA

Fechamento:

OBS:


 Dr. Tibério Vanomark
 Ortopedia/Cirurgia da Mão
 CRM-PB 8252/RQE 5489

Data: 11/03/2020

MÉDICO/CRM

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: **JOSE SAVIO DA SILVA FREITAS**

IDADE: 24 ANOS	SEXO: masc	COR:	CLÍNICA: Ortopedia	ENF. 07	LEITO 123
----------------	------------	------	---------------------------	---------	-----------

DATA DE ADMISSÃO: 18-03-2020	DATA DE ALTA: 12-03-2020	TEMPO DE PERMANÊNCIA:
------------------------------	--------------------------	-----------------------

DIAGNÓSTICO INICIAL	CID
Fratura Diafisária do Rádio + LUXAÇÃO DA RADIO ULNAR DISTAL ESQUERDA	S 52

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	
O mesmo	

OUTROS DIAGNÓSTICOS	
---------------------	--

PRINCIPAIS EXAMES
Rx de antebraço demonstrando solução de continuidade óssea da diáfise do rádio

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

ANATOMIA PATOLÓGICA

INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA

CONDIÇÕES DE ALTA	() REMOVIDO	() A PEDIDO	() CURADO	()
X) MELHORADO				

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador (a) de Fratura Diafisária do Rádio + LUXAÇÃO DA RADIO ULNAR DISTAL ESQUERDA FOI submetido(a) a tratamento com redução cruenta com fixação interna com placa e parafuso E FIO DE K. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: CEFALOXINA, PROFENID, DIFENIDOL.

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. Dr. TIBÉRIO

VANOMARK

12-03-2020

DATA

Assinatura: _____

CRM 52 17718

ASS. MÉDICO / C.R.M.



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME:

José Sívio da
Silva Freitas

Paciente el 03 meses de
pos-operatório fratura da
diáfise distal do rádio exp. +
lesão do artic. radioulnar dis-
tal exp.

Apresento boa evolução
clínica e radiográfica.

Doverá ficar afastado de
suas atividades laborais por
pelo menos 90 (noventa)
dias

CID: S52.3

02/04/2022

Assinatura e Carimbo

Dr. Tiberio Vanomark
Ortopedia/Cirurgia da Mão
R. 3212/RCE 5489



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Jose Soliveira de Sousa Neto portador(a) da identidade RG 3694504, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às horas, portador(a) da patologia CID-10 S52.3, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 70 (noventa) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 12/03/2020

Dr. Tarciso Viana Filho
Ortopedista / Clínica de Mão
CRM 12.345.678
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

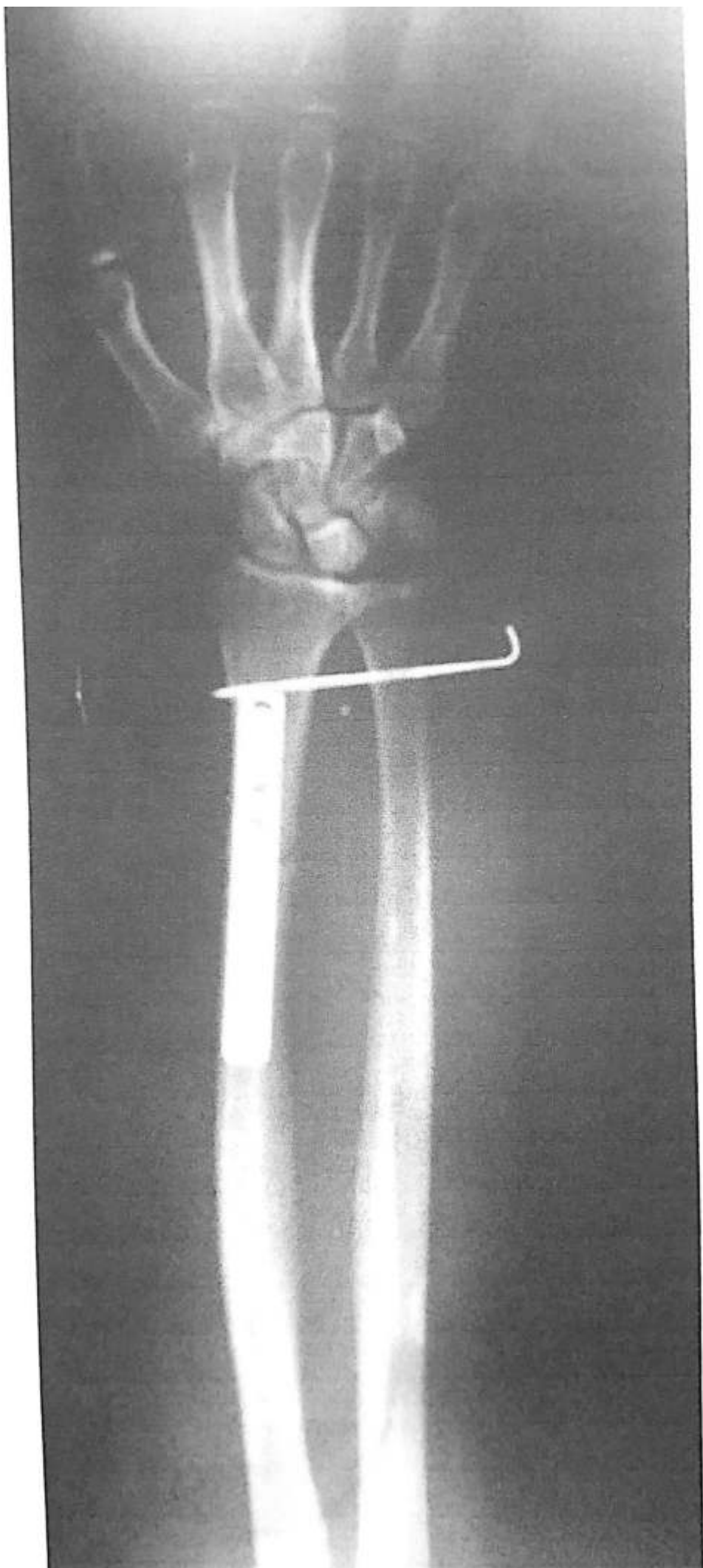
AUTORIZAÇÃO

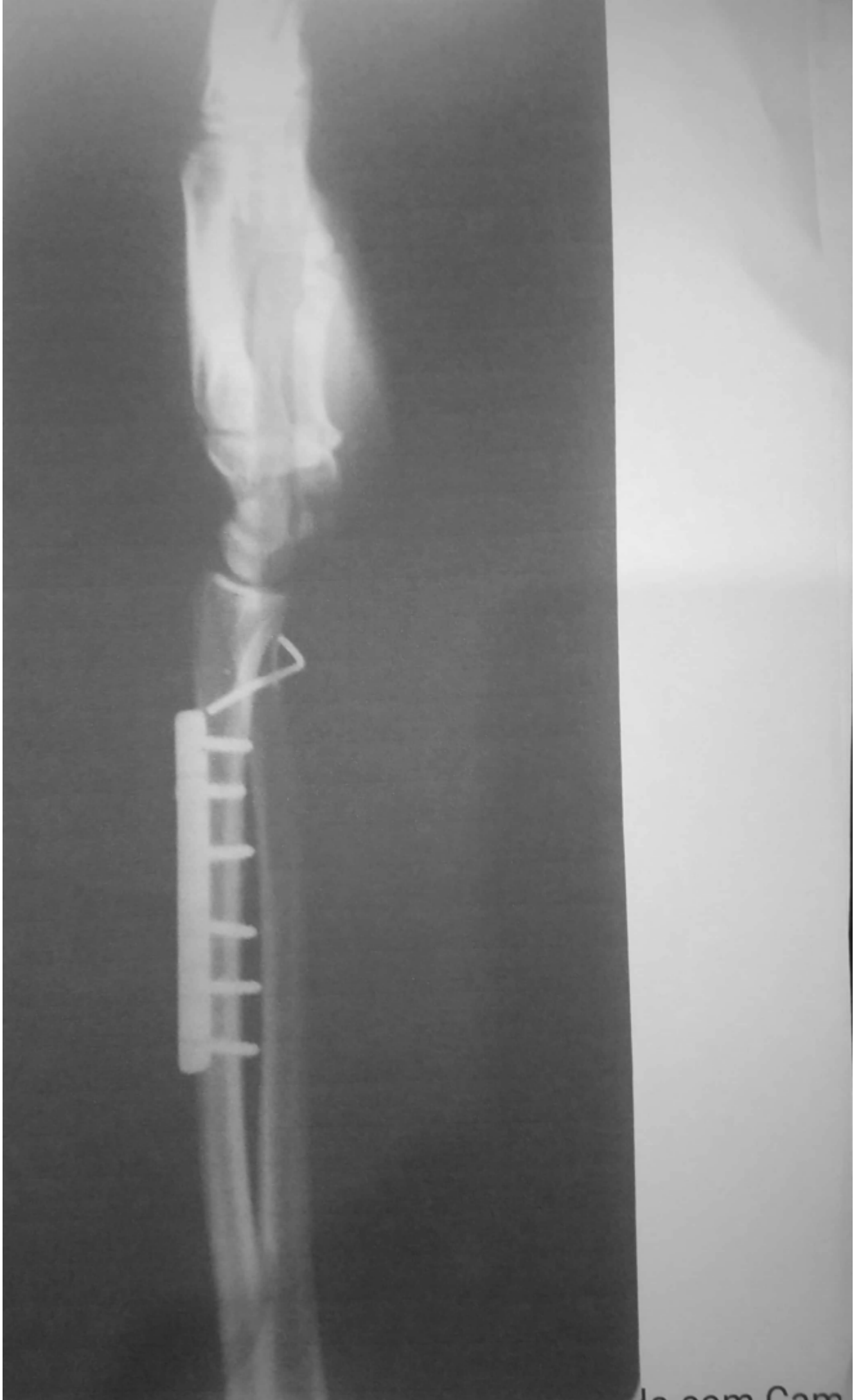
Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DA PARAÍBA	
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL	
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA	
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	
	
<i>Jose Sávio da Silva Freitas</i> ASSINATURA DO TITULAR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	3.694.504 -2 VIA
DATA DE EXPEDIÇÃO	03/05/2014
NOME	JOSÉ SÁVIO DA SILVA FREITAS
FILIAÇÃO	JOSÉ ROBERTO DE FREITAS FRANCISCA NASCIMENTO DA SILVA
NATURALIDADE	JACARAU-PB
DATA DE NASCIMENTO	01/08/1995
DOC ORIGEM	NASC.N.14308 FLS.066 LIV.A-14
CRTORIO	JACARAU-PB
CPF	110.882.464-19
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

ACIDENTES DE TRÂNSITO CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 015456687387 BILHETE DE SEGURO DPVA

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

BRAULIO ARAUJO DE PAIVA COSTA

04379979440 OHZ9542/PB

OH29542 CE 19C2KD0550CR554169

FAS/MOTORCYCLE/NAO APLIC

ALCO/GASCL

CATEGORIA

CONCLUSION

2 3/149 /CI

PARTIC

PRETA

COTA UNICA

VENECIOTA UNICA

YENO / DOTAS

00/00/0000

70

V	TAXA: PVA	PARCELAMENTO / COTAS
---	-----------	----------------------

2*

A***** 0

22

PREMIO GARFAPRO (R\$)	IOF (R\$)	PREMIO-TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 03/01/2020

OBSERVATIONS

SEM RESERVA DE DOMINIO

JOAO PESSOA-PB

06/01/2020

14399



Assinado
Agamenon Vieira da Silva

21270

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.904/0001-01

21270-1532586-20200106



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200259827 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE SAVIO DA SILVA FREITAS **Data do acidente:** 08/03/2020 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DE RADIO E ULNA DISTAIS À ESQUERDA. P 1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P 8
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA 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



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA JOSE SAULO DA SILVA FREITAS

DATA DO ACIDENTE 08/03/2020 CPF DA VITIMA 110.882.464-19

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

AVITIMA É JOSE SAULO DA SILVA FREITAS

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua ESTANISLAU DE FARIA, Aproxim
Nº 45 COMPLEMENTO CASA BAIRRO MANGABARA

CIDADE JOS DAS RESSOA UF ALBERTA CEP 58.059.005

E-MAIL _____ TELEFONE (83) 98651-8167

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 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)
- ☐ 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 VITIMA 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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (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 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 SORRIDAS 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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (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 VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MONTE = 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 10/03/2020 22/07/2020

IDENTIDADE JOSE SAULO DA SILVA

ASSINATURA JOSE SAULO DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200259827 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE SAVIO DA SILVA FREITAS **Data do acidente:** 08/03/2020 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DE RADIO E ULNA DISTAIS À ESQUERDA. P 1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P 8
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA 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-0204324/20

Vítima: JOSE SAVIO DA SILVA FREITAS

CPF: 110.882.464-19

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 08/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE SAVIO DA SILVA FREITAS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE SAVIO DA SILVA FREITAS : 110.882.464-19

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: 22/07/2020
Nome: JOSE SAVIO DA SILVA FREITAS
CPF: 110.882.464-19

JOSE SAVIO DA SILVA FREITAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/07/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO