



Número: **0820082-41.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **01/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE (AUTOR)		RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO) RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO) FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36418 987	09/11/2020 14:24	2763277_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200081115

Vítima: FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

Data do Acidente: 03/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15541963





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200081115

Vítima: FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

Data do Acidente: 03/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

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 ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 00000115529-0

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.

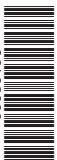
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00397/00398 - carta_15R - INVALIDEZ

00030199



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: 058.887.174-52 4 - Nome completo da vítima: FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

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

5 - Nome completo: FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE 6 - CPF: 058.887.174-52
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA PROJETADA 9 - Número: S/N 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SANTA RITA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58919-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83 98855-1045

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1033 CONTA: 115529 0 AGÊNCIA: CONTA: (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, 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 residuo (val reser)? ☐ 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

Assinatura
de quem
assina a
pedido (a rogo)

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, JOAO PESSOA - PB, 11 DE FEVEREIRO DE 2020

Francisco Faustino de Andrade
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07926.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07926.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:42 horas do dia 16 de julho 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 José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Francisco Faustino de Andrade**, CPF nº 058.887.174-52, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Jardineiro, filho(a) de Severina de Fatima do Rosario Andrade e Manoel Faustino de Andrade, natural de Areia/PB, nascido(a) em 07/01/1983 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, bairro Bairro das Indústrias, tendo como ponto de referência Colégio Novo, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98888-0129.

Dados do(s) Fatos:


Local: Ladeira do Colinas do Sul, Ladeira do Colinas do Sul, João Pessoa/PB, bairro Gramame; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/02/19 17:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 03/02/2019, POR VOLTA DAS 17:30, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR VERMELHA, ANO 2014/15, PLACA QFO-7520/PB, CHASSI9C2JC4110FR808771, NA LADEIRA DO COLINAS DO SUL, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA DA MOTOCICLETA VINDO A CAIR; QUE FOI SOCORRIDO POR PARTICULARES AO HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S42.0, CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE.

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, 16 de julho de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE
Noticiante

Procedimento Policial: 07926.01.2019.1.00.401





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07926.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07926.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:42 horas do dia 16 de julho 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 José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Francisco Faustino de Andrade**, CPF nº 058.887.174-52, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Jardineiro, filho(a) de Severina de Fatima do Rosario Andrade e Manoel Faustino de Andrade, natural de Areia/PB, nascido(a) em 07/01/1983 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, bairro Bairro das Indústrias, tendo como ponto de referência Colégio Novo, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98888-0129.

Dados do(s) Fatos:


Local: Ladeira do Colinas do Sul, Ladeira do Colinas do Sul, João Pessoa/PB, bairro Gramame; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/02/19 17:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 03/02/2019, POR VOLTA DAS 17:30, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR VERMELHA, ANO 2014/15, PLACA QFO-7520/PB, CHASSI9C2JC4110FR808771, NA LADEIRA DO COLINAS DO SUL, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA DA MOTOCICLETA VINDO A CAIR; QUE FOI SOCORRIDO POR PARTICULARES AO HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S42.0, CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE.

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, 16 de julho de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE
Noticiante

Procedimento Policial: 07926.01.2019.1.00.401



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: 058.887.174-52 4 - Nome completo da vítima: FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

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

5 - Nome completo: FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE 6 - CPF: 058.887.174-52
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA PROJETADA 9 - Número: S/N 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SANTA RITA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58919-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83 98855-1045

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1033 CONTA: 115529 0 AGÊNCIA: CONTA: (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, 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 residuo (val reser)? ☐ 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

Assinatura
de quem
assina a
pedido (a rogo)

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, JOAO PESSOA - PB, 11 DE FEVEREIRO DE 2020

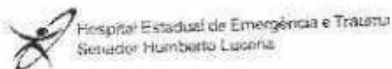
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



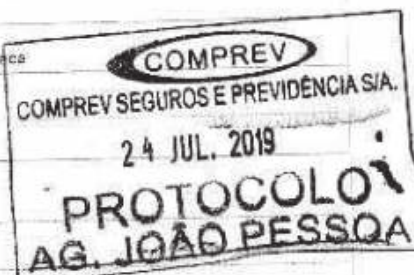


AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1140645



Identificação do paciente						
ID 925373	Nome FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE			Sexo Masculino		
Data do nascimento 07/01/1983	Idade 35 anos 27 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião	Prontuário		
Mãe SEVERINA DE FATIMA DO ROSARIO	Pai MANOEL FAUSTINO DE ANDRADE					
Escolaridade MEDIO COMPLETO	Responsável (Parentesco) EDERALDO DOS SANTOS RODRIGUES - ACOMPANHANTE					
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987445291	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2934276	Nº Cns 160532008410000				
Local de procedência GRAMAME		Tipo BAIRRO	UF PB			
Email	Naturalidade AREIA	CID/R				
Endereço						
CEP 58083550	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB	Logradouro Cidade do Água Branca			
Número 25	Complemento	Bairro Indústrias				
Admissão						
Data e Hora 03/02/2019 20:08:43	Número da pulseira 1000006932410	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		Origem do paciente RUA			
Classificação de risco						
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X OBJETO				
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 []
<p>Dados clínicos</p> <p>VITIMA DE QUEDA DE MOTO COLUPEL ORIENTADO, AVALIADO PELO GERAL ENCAMINHADO PPO COM</p> <p>Elder Lima de Fontes COREN-PB 549130 - EWF</p>						
Diagnóstico						CID
Atendido por MARCIO MACEDO DA SILVA						Tempo 01min 33seg



Imprimir

03/02/2019 20:08:43



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: 04/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000115529-0

Nr. da Autenticação 6EAF5860DEDC251B

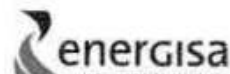


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Bolero para simplificar pagamento da sua fatura de energia elétrica - Nº 037.809.891



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Rr 338, Km 35 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.395.183 / 0001-40 - Ins. Est. 16.915.823-8

DADOS DO CLIENTE

LICILENE FELICIANO TAVARES
RUA PROJETADA S/N Q E L 09
SANTA RITA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1497011-5

REFERÊNCIA

JAN/2020

APRESENTAÇÃO

22/01/2020

CONSUMO

135

VENCIMENTO

29/01/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 90,24

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 03/02/2020				
Pagador: LICILENE FELICIANO TAVARES CNPJ/CPF: 058.887.174-52				
RUA PROJETADA S/N Q E L 09 - CID VERDE - SANTA RITA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120011300959	001497011202001	29/01/2020	R\$ 90,24	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3054-3/2447-3				



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Paulo Rodrigues Alves,
RG nº 2944995, data de expedição 09/10/2005
Órgão SSP, portador do CPF nº 07266993490, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua: Moraes, nº 75,
complemento Coba, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Francisco Faustino de Andrade cujo o condutor era
Francisco Faustino de Andrade:

Veículo: Motorcycle
Modelo: Honda 100-325 FAN K3
Ano: 2014/2015
Placa: QEO 7520/PB
Chassi: QC27EUS10FR808771
Data do Acidente: 03/02/2019
Local e Data: João Pessoa-PB, 26/02/2019



Paulo Rodrigues Alves
Assinatura do Declarante

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





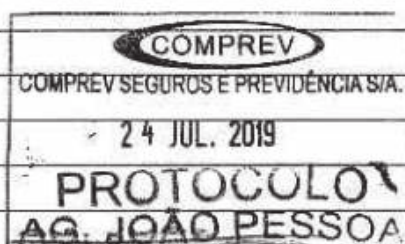
LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Francisco Faustino de Andrade
DATA DE NASCIMENTO 07/01/83
NOME DA MÃE Severina de Fatima do Rosario Andrade

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 113832
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1140645
DATA DO ATENDIMENTO 03/02/19
HORA DO ATENDIMENTO 20:08
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de clavícula esquerda
CID 10 S42.0



AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, trazido em carro particular, com trauma facial, perda de alguns dentes incisivos superior, sonolento, glasgow 14, sinais de embriagues, dor e deformidade em ombro esquerdo. Avaliado pela Cirurgia Geral, BMF, Neurocirurgia, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
USG(fast)
RX, tórax, face

RESULTADOS DOS EXAMES:

Tc: sem anormalidades
Sg: normal
RX: fratura de clavícula E.

TRATAMENTO:

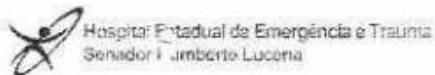
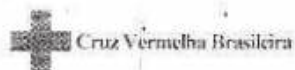
Tratamento cirúrgico de fratura da clavícula esquerda

ALTA HOSPITALAR:
DATA DA EMISSÃO:


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



**AREA VERMELHA**

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE		BAE 1140645	Data/Hora Entrada 03/02/2019 20:08:43	Data Baixa
Data de nascimento 07/01/1983	Idade 36a 27d	Sexo Masculino	CNS 160532008410000	Telefone de Contato (83) 987445291
Mãe SEVERINA DE FATIMA DO ROSARIO				Prontuário
Endereço Cidade de Água Branca, 25		Bairro Indústrias	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional JOSE HELMAN PALITOT DE OLIVEIRA	Nº Cons. Regional 3430/PB
Data/Hora Classificação 03/02/2019 20:08:43			Data/Hora Prescrição 03/02/2019 20:37:25	

Anamnese

PACIENTE TRAZIDO EM CARRO PARTICULAR, SONOLENTO, GLASGOW 14, COM TRAUMATISMO DE FACE, PERDA DE ALGUNS DENTES INCISIVOS SUPERIOR, TORAX E ABDOME SEM ALTERAÇÕES AO EXAME CLÍNICO.
SOLICITO TC DE CRÂNIO
RX DE TORAX E FAST
PARECER DA NEURO E BUCO

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

ULTRASSONOGRAMA - FAST

CID10

Código	Descrição
T00.0	Traumatismos superficiais envolvendo a cabeça com o pescoço

Conduta

Em observação

FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

JOSE HELMAN PALITOT DE OLIVEIRA
(: 3430/PB)

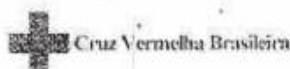
Boletim registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 03/03/2019 20:10:16



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 14:24:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110914240652700000034768672>

Número do documento: 20110914240652700000034768672



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE	BAE 1140645	Data/Hora Entrada 03/02/2019 20:08:43	Data Saída
Data de nascimento 07/01/1983	Idade 36a 28d	Sexo Masculino	CNS 160532008410000
Mãe SEVERINA DE FATIMA DO ROSARIO			Telefone de Contato (83) 987445291
Endereço Cidade de Água Branca, 25	Bairro Indústrias	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EVALDO SALES HONFI JUNIOR	UF PB
Data/Hora Classificação 03/02/2019 20:08:43		Nº Cons. Regional 3985/PB	Data/Hora Prescrição 04/02/2019 01:06:08

Anamnese

#BMF#

PACIENTE TRAZIDO EM CARRO PARTICULAR VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (SIC) HÁ CERCA DE 8 HORAS CURSANDO COM TRAUMA DE FACE. NEGA DOENÇAS DE BASE, NEGA ALERGIAS, REFERE PERDA DE CONSCIÊNCIA. NO MOMENTO, SONOLENTO, GLASGOW 15, COM SINAIS DE EMBRIAGUES, SEM SANGRAMENTO ATIVO EM FACE, AFEBRIL AO TOQUE, SEM COLAR CERVICAL, EUPNEICO. AO EXAME FÍSICO APRESENTA AVULSÃO DOS DENTES 21 E 22 SEM FRATURA DO PROCESSO ALVEOLAR, EDEMA E ABRASÃO EM LÁBIO SUPERIOR, OCLUSÃO ESTÁVEL, MOVIMENTOS MANDIBULARES E OCULARES PRESERVADOS, PERFUSÃO DAS VIAS AÉREAS MANTIDAS, ACUIDADE VISUAL PRESERVADA, SEM CREPITAÇÃO E SEM PERDA DE PROJEÇÃO DOS OSSOS DA FACE. NÃO FOI POSSÍVEL FAZER O EXAME FÍSICO COMPLETO PORQUE O PACIENTE NÃO COLABORA. AO EXAME TOMOGRÁFICO, SEM IMAGENS INDICATIVAS DE FRATURA DOS OSSOS DA FACE.

CD:

1. AVALIAÇÃO BMF
2. PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA DOMICILIAR
3. ALTA BMF (AOS CUIDADOS DA C. GERAL)

Conduta

Em observação

Dr. Evaldo Sales Honfi Jr.
Cirurgia. Guco Maxilo Fa-
Implantodontia
CRO-PB: 3985

FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

EVALDO SALES HONFI JUNIOR
(: 3985/PB)

Falta
C.B.

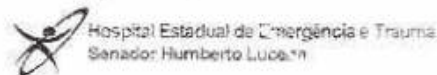
Boletim registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 03/02/2019 20:10:16



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 14:24:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110914240652700000034768672>

Número do documento: 20110914240652700000034768672



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE	BAE 1140645	Data/Hora Entrada 03/02/2019 20:08:43	Data Baixa
Data de nascimento 07/01/1983	Idade 36a 28d	Sexo Masculino	CNS 160532008410000
Mãe SEVERINA DE FATIMA DO ROSARIO			Telefone de Contato (83) 987445291
Endereço Cidade de Água Branca, 25	Bairro Indústrias	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional BRUNO DA SILVA MESQUITA	Nº Cons. Regional 5126/PB
Data/Hora Classificação 03/02/2019 20:08:43		Data/Hora Prescrição 03/02/2019 23:51:50	

Anamnese

#BMF#

PACIENTE TRAZIDO EM CARRO PARTICULAR VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (SIC) HÁ CERCA DE 5 HORAS CURSANDO COM TRAUMA DE FACE. NO MOMENTO, SONOLENTO, GLASGOW 14, COM SINAI DE EMBRIAGUES, SEM SANGRAMENTO ATIVO EM FACE, AFEBRIL AO TOQUE, SEM COLAR CERVICAL, EUPNEICO. AO EXAME FÍSICO APRESENTA AVULSÃO DOS DENTES 21 E 22. NÃO FOI POSSÍVEL FAZER O EXAME FÍSICO COMPLETO PORQUE O PACIENTE NÃO COLABORA. AO EXAME TOMOGRÁFICO, SEM IMAGENS INDICATIVAS DE FRATURA DOS OSSOS DA FACE.

CD:

1. AVALIAÇÃO BMF
2. AGUARDANDO MELHORA DO QUADRO CLÍNICO GERAL PARA REAVALIAÇÃO

Conduta

Em observação

FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

Bruno da Silva Mesquita
Cirurgião Especialista em Trauma
CRO-PB 5.16
BRUNO DA SILVA MESQUITA
(CRM: 5126/PB)

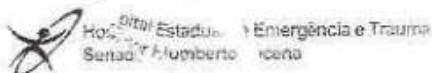
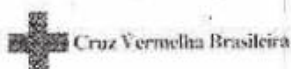
Boletim registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 03/02/2019 20:10:10



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 14:24:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110914240652700000034768672>

Número do documento: 20110914240652700000034768672



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE	RAE 1140645	Data/Hora Entrada 03/02/2019 20:08:43	Data Baixa
Data de nascimento 07/01/1983	Idade 36a 28d	Sexo Masculino	CNS 160532008410000
Mãe SEVERINA DE FATIMA DO ROSARIO			Telefone de Contato (83) 987445291
Endereço Cidade de Água Branca, 25			Prontuário
Bairro Indústrias			UF PB
Município JOAO PESSOA			Nº Cons. Regional 5914/PB
Acidente MOTO X OBJETO		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCISCO NEUTON DE OLIVEIRA MAGALHAES
Data/Hora Classificação 03/02/2019 20:08:43		Data/Hora Prescrição 04/02/2019 00:09:10	
Anamnese			
NEUROCIRURGIA TCE LEVE			
GLASGOW 15, SEM DÉFICITS FOCAIS. NEGA CERVICALGIA			
TC DE CRÂNIO: NORMAL			
COND.: ALTA DA NEUROCIRURGIA			
Conduta			
Paciente encaminhado com sucesso para a seção			

FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

FRANCISCO NEUTON DE OLIVEIRA MAGALHAES
(CRM: 5914/PB)

Boletim registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 03/02/2019 20:10:16



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 14:24:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110914240652700000034768672>

Número do documento: 20110914240652700000034768672

AREA VERMELHA


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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE	BAE 1140645	Data/Hora Entrada 03/02/2019 20:08:43	Data Rastreio
Data de nascimento 07/01/1983	Idade 36a 28d	Sexo Masculino	CNS 160532008410000
Mãe SEVERINA DE FATIMA DO ROSARIO			Telefone de Contato (83) 987445291
Endereço Cidade de Água Branca, 25			Prontuario
Bairro Indústrias		Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ATTILA RAPHAEL BARBOSA ARAUJO SOUZA DE OLIVEIRA ALVES	Nº Cons. Regional 11491/
Data/Hora Classificação 03/02/2019 20:08:43		Data/Hora Prescrição 04/02/2019 03:57:43	
Anamnese			
#CIRURGIA GERAL#			
PACIENTE TRAZIDO EM CARRO PARTICULAR, SONOLENTO, GLASGOW 15, COM TRAUMATISMO DE FACE, PERDA DE ALGUNS DENTES INCISIVOS SUPERIOR,, TORAX E ABDOME SEM ALTERAÇÕES AO EXAME CLINICO.			
QUEIXA-SE DE DOR EM CLAVICULA ESQ			
CD:			
ANALGESIA RX DE CLAVICULA ESQ PARECER DA ORTOPEDIA			
MEDICAÇÃO			
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: 1FA + AD)			
EXAME DE IMAGEM			
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA ESQUERDA			
Conduta			
Em observação			

FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE



Dr. Attila Raphael
Médico Residente - Cirurgia Geral
CRM: 11491/PB
ATTILA RAPHAEL BARBOSA ARAUJO SOUZA DE OLIVEIRA ALVES
(CRM: 11491/)



SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE	BAE 1140645	Data/Hora Entrada 03/02/2019 20:08:43	Data Baixa
Data de nascimento 07/01/1983	Idade 36a 28d	Sexo Masculino	CNS 160532008410000
Mãe SEVERINA DE FATIMA DO ROSARIO			Telefone de Contato (83) 967445291
Endereço Cidade de Água Branca, 25	Bairro Indústrias	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA	Nº Cons. Regional 8637/PB
Data/Hora Classificação 03/02/2019 20:08:43	Data/Hora Prescrição 04/02/2019 07:35:06		
Anamnese #ORTOPEDIA# PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EVOLUINDO COM DOR E DEFORMIDADE EM OMBRO ESQUERDO RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA 1/3 MEDIO DE CLAVICULA ESQUERDA CONDUTA IMOBILIZAÇÃO TIPO 8 REPETIR RADIOGRAFIA			
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)			
PROCEDIMENTO IMOBILIZAÇÃO 8			
CID10			
Código	Descrição		
S42.0	Fratura da clavícula		
Conduta Em observação			

FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA
(: 8637/PB)

Boletim registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 03/02/2019 20:10:16





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE	1140645	03/02/2019 20:08:43	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS
07/01/1983	36a 28d	Masculino	160532008410000
Mãe			Telefone de Contato
SEVERINA DE FATIMA DO ROSARIO			(03) 987445291
			Prontuário
Endereço	Barro	Município	UF
Cidade de Água Branca, 25	Indústrias	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cont. Regional
MOTO X OBJETO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	BRUNO DE LUNA ROMA	10075/PE
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
03/02/2019 20:08:43		04/02/2019 10:13:35	

anamnese

#ORTOPEDIA#

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EVOLUINDO COM DOR E DEFORMIDADE EM OMBRO ESQUERDO.
NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS

RADIOGRAFIA: EVIDENCIA FRATURA 1/3 MEDIO DE CLAVICULA ESQUERDA

CONDUTA: INTERNAÇÃO HOSPITALAR ORIENTADO POR DR. CARLOS ALBERTO

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

Diluir

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

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

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110 ; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H, 0,0 (MG/TSM)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MG/TSM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT <60)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MG/TSM)

Diluir

TRAMADOL 50MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

Boletim registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 03/02/2019 20:10:16

6.0.6.2080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=509505&pesquisa=S&perform=imprimirP...

1/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 14:24:07

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110914240652700000034768672

Número do documento: 20110914240652700000034768672

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0.0 (MG/SM)

Diluir

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

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

GO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

GP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

IONOGRAMA

UREIA

Conduta

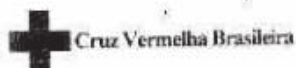
Internar Paciente

Dr. S. de Luna Roma
MEDICO
CRM: 10075/PB

FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

BRUNO DE LUNA ROMA
(CRM: 10075/PB)





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332166700

Impresso por: LAIANA
KAREN DANTAS BARRETO
Em: 11/02/2019 11:54:41

Nome FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE	Boletim de Atendimento 1140645	Data/Hora Entrada 03/02/2019 20:08:43	Data/Hora Saída
Data de nascimento 07/01/1983	Idade 36	Sexo Masculino	CNS 160532008410000
Tempo de Internação 7d 1h 26min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 03/02/2019 20:08:43	Data Internação 04/02/2019 10:28:51	Permanência na Unidade: 7d 15h 46min	Permanência no Leito: 7d 1h 26min

EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 11/02/2019 11:54:28)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

POI DE TRATAMENTO CIRURGICO DE CLAVICULA ESQUERDSA, SEM ITNERCORRENCIAS

CD: VPM + TIPOIA _ RAO-X DE CONTROLE

STAFF: DR LUCIANO LIRA

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 11
Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491


Laiana Karen Dantas Barreto
Médica
CRM: 64517





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2776696 - Tel.: 8332165700

Impresso por: MILTON DA
SILVA LINHARES
Em: 09/02/2019 10:44:27

Nome FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE		Boletim de Atendimento 1140645	Data/Hora Entrada 03/02/2019 20:08:43	Data/Hora Saída
Data de nascimento 07/01/1983	Idade 36	Sexo Masculino	CNS 160532008410000	Prontuário 113832
Tempo de Internação 5d 16min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 03/02/2019 20:08:43	Data Internação 04/02/2019 10:28:51	Permanência na Unidade: 5d 14h 36min		Permanência no Leito: 5d 16min

EVOLUÇÃO MEDICA (MILTON DA SILVA LINHARES - 09/02/2019 10:44:13)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

clínica médica
paciente com cirurgia agendada para o dia 11-02, sem intercorrências.
apresenta leuco de 04-02 com leucocitose de 12900.

conduta: exames de laboratório e início ceftriaxona

Segão: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 11
Profissional responsável pela informação: MILTON DA SILVA LINHARES

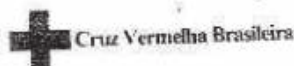
Dr. Milton da Silva Linhares
CRM 4714-15
Ortopedia e Traumatologia

Número Conselho: 4714



07/02/2019

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=454820&dataInicial=07/02/2019%2009:02:25&dataFinal=07/02/2019%2009:02:25



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel: 8332165700

Impresso por: EDSON
DELGADO TINOCO
Em: 07/02/2019 08:02:35

Nome FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE	Boletim de Atendimento 1140645	Data/Hora Entrada 03/02/2019 20:08:43	Data/Hora Saída
Data de nascimento 07/01/1983	Idade 36	Sexo Masculino	CNS 160532008410000
Tempo de Internação 2d 22h 34min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Permanência no Leito: 2d 22h 34min
Data de Entrada 03/02/2019 20:08:43	Data Internação 04/02/2019 10:28:51	Permanência na Unidade: 3d 12h 54min	

EVOLUÇÃO MEDICA (EDSON DELGADO TINOCO - 07/02/2019 09:02:25)

EVOLUÇÃO

DECIDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

ORTOPEDIA
#FRATURA DA CLAVICULA D
EXAMES OK
AGUARDA AGENDAMENTO CIRURGICO
CD: ANALGESIA + SUPORTE CLÍNICO

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 11
Profissional responsável pela informação: EDSON DELGADO TINOCO

Número Conselho: 7142

Dr. Edson D. Tinoco
Ortopedista e Traumatologista
CRM: 10.100/0-4
RPPS: 10.100/0-4

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=454820&dataInicial=07/02/2019%2009:02:25&dataFinal=07/02/2019%2009:02:25



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 14:24:07
http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110914240652700000034768672
Número do documento: 20110914240652700000034768672

Num. 36418987 - Pág. 22



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: TIBIRICA
MEDEIROS BARBOSA
Em: 06/02/2019 10:09:59

Nome FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE	Boletim de Atendimento 1140645	Data/Hora Entrada 03/02/2019 20:08:43	Data/Hora Saída
Data de nascimento 07/01/1983	Idade 36	Sexo Masculino	CNS 160532008410000
Tempo de Internação 1d 23h 41min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Permanência na Unidade 2d 14h 1min
Data de Entrada 03/02/2019 20:08:43	Data Internação 04/02/2019 10:28:51	Permanência no Leito: 1d 23h 41min	

EVOLUÇÃO MEDICA (TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA - 06/02/2019 10:09:49)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

TRATAMENTO DA CLAVICULA D
CD. EXAMES OK
CD. AGENDAR

Seção: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 11
Profissional responsável pela informação: TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA

Número Conselho: 7296

Dr. Tiberica Medeiros Barbosa
06/02/2019 10:09:49

06 FEV. 2019



Nota de Sala Cirúrgica

FRANCISCO FAUSTINO DE
30 1140645
TTO on mt. Puyupura Estacion
D. LUCIANO D. RAJANE
BLOQUEO (+) SEMER
D. H. PRIEST

11-02-2019

CPURGLA INCHO FIM

1045

7-1-68 201

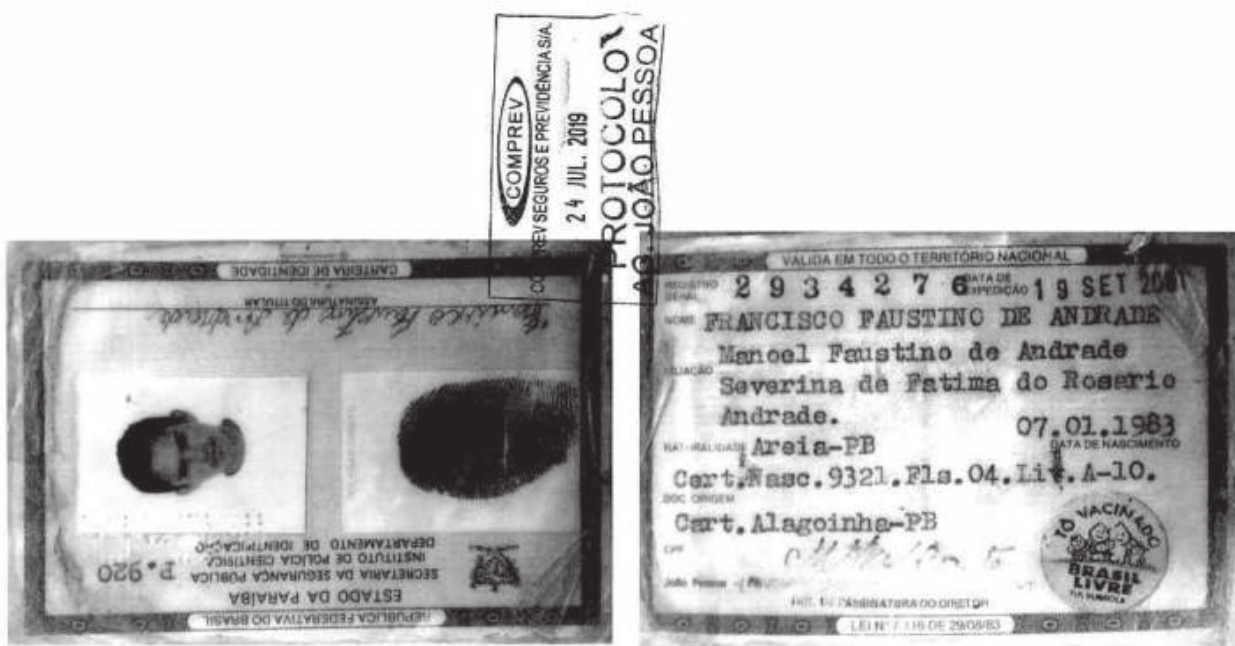
() CONTINUAÇÃO DO	() DATA DE EMISSÃO DA	() FOLHA Nº	() TOTAL DE FOLHAS	MATERIAL

ITEM	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1	ALCOOL ETILICO 70%	LITRO	1,40	1,40
2	1	ALCOOL ETILICO 90%	LITRO	1,40	1,40
3	1	ALCOOL ETILICO 95%	LITRO	1,40	1,40
4	1	ALCOOL ETILICO 99%	LITRO	1,40	1,40
5	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
6	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
7	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
8	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
9	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
10	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
11	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
12	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
13	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
14	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
15	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
16	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
17	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
18	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
19	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
20	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
21	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
22	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
23	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
24	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
25	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
26	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
27	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
28	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
29	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
30	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
31	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
32	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
33	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
34	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
35	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
36	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
37	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
38	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
39	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
40	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
41	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
42	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
43	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
44	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
45	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
46	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
47	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
48	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
49	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
50	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
51	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
52	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
53	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
54	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
55	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
56	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
57	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
58	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
59	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
60	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
61	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
62	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
63	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
64	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
65	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
66	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
67	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
68	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
69	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
70	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
71	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
72	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
73	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
74	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
75	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
76	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
77	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
78	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
79	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
80	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
81	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
82	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
83	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
84	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
85	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
86	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
87	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
88	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
89	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
90	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
91	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
92	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
93	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
94	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
95	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
96	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
97	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
98	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
99	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40
100	1	ALCOOL ETILICO 100%	LITRO	1,40	1,40

Santa de Juan
100 (01)

Jordana S. Nascimento
Téc. de Enfermagem
COREN-PE 424853







INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

QFO7520

2018

Imprimir Consulta

QFO7520

Último Licenciamento: 2018

Proprietário: *****

Placa: QFO7520

Combustível: GASOLINA

Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS

Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET

Ano de Fabricação: 2014

Ano Modelo: 2015

Categoria: PARTICULAR

Cor Predominante: VERMELHA

Vencimento Licenciamento: 30/12/2019

Observação:

Restrição:

Financeira:

Município: JOAO PESSOA

Situação: EM CIRCULACAO

Data da Consulta: 15/07/2019

PASSA / MOTOCICLET

GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS

2014 2015

PARTICULAR VERMELHA

30/12/2019

JOAO PESSOA

15/07/2019



MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 044202700017

DETRAN - PB

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PAT. 20180000556517

0103145537-1 DD/00000000 2018

PAULO RODRIGUES ALVES

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 JUL. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



0607520/PB

STC PB 402JC4110FR908771

TAB/MOTOCICLE/MAR APLIC

GASOLINA

HONDA/CO 125 VAN XS

2014 2015

2 P/124 /CI

PARTIC

VERMELHA

1	00/00/0000	8
2		
V		2
A		3

***** SECURE P A 0019/17/2018

EM RESERVA DE TITULO

JOÃO PESSOA - PB

24/12/2018



[Handwritten signature]



PB Nº 014202906B17 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

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

24 JUL 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 28/12/2018



CPF / CNPJ

PLACA
QFO7520/PB

RENAVAM MARCA / MODELO
1031455571 HONDA / CG 125 FAN KS

ANO / FASE ANO CHASSI
2014 3 9C2JC4110FR808771

PRÊMIO TARIFÁRIO

INSS (R\$)

GENATRA (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)
SEGURO

ITC x INSS (R\$) SEGURO
P A G O

PAGAMENTO
COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE OUTRAÇÃO
19/12/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

30414-1010045-20181226



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200081115 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE **Data do acidente:** 03/02/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. (P1,6,8,14,15)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 OMBRO 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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0250827/19

Vítima: FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

CPF: 058.887.174-52

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Data do acidente: 03/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE : 058.887.174-52

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/07/2019
Nome: FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE
CPF: 058.887.174-52

FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/07/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0065546/20

Vítima: FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

CPF: 058.887.174-52

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/02/2019

Titular do CPF: FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE : 058.887.174-52

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: 18/02/2020
Nome: FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE
CPF: 058.887.174-52

FRANCISCO FAUSTINO DE ANDRADE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

