



Número: **0803397-50.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **11/06/2020**

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	
JAMES DE LIMA GUIMARAES (AUTOR)		RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO) RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO) FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36622897	13/11/2020 09:56	2765578_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, 18 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200182243

Vítima: JAMES DE LIMA GUIMARAES

Data do Acidente: 14/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAMES DE LIMA GUIMARAES

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: JAMES DE LIMA GUIMARAES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003488

Conta: 0000010697-0

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.

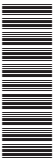
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01413/01414 - carta_15R - INVALIDEZ

00020707





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 007.581.034-71 4 - Nome completo da vítima: JAMES DE SOUZA GUIMARAES

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

5 - Nome completo: JAMES DE SOUZA GUIMARAES 6 - CPF: 007.581.034-71
7 - Profissão: RECURSO 8 - Endereço: Rua Dr. Silvino RIBEIRO 9 - Número: 372 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Jaqueirinha 12 - Cidade: São Paulo 13 - Estado: SP 14 - CEP: 58035-120
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 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 SEM RENDA** R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$1.001,00 A R\$2.500,00 R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ **BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO** REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO:
Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3488 CONTA: 30697 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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(s) (se viver)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

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

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

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00070.01.2020.1.02.008

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o registro de Ocorrência Policial Nº 00070.01.2020.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:23 horas do dia 14 de maio de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Geraldo Batinga da Silva, matrícula 1332775, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia Civil, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu **James de Lima Guimarães**, conhecido(a) por James, CNH nº 04721258384, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Moto-Boy, filho(a) de Stela Marques de Lima e Salustiano Batista de Lima, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 29/10/1983 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Doutor Silvino Nóbrega, Nº 172, complemento casa., bairro Jaguaribe, tendo como ponto de referência Proximidades do Quartel do 15 Remec, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98855-1045.

Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida Centenário, nº s/n, Borracharia Centenária Ali Existente., João Pessoa/PB, bairro Cruz das Armas, Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 14/12/19 23:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 129, § 6º do CPB (Lesão corporal culposa).

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo CG 150 Start, marca Honda, tipo de veículo motocicleta, cor Preta., ano 2015, UF: PB, placa QFG-7986, chassi 9C2KC1670FR525005, renavam 01052954313, características gerais: Cadastrada Em Nome de José Aurélio Guimarães da Silva

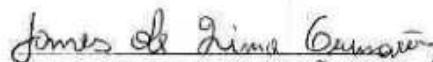
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que, na noite do dia 14 de dezembro do ano de dois mil e dezenove, se conduzia na motocicleta já discriminada e, pela avenida Centenário no bairro de Cruz das Armas e, nas proximidades de uma borracharia ali existente, foi alvo de colisão por uma outra motocicleta de placa e condutor não identificado, a qual lhes atingiu na lateral de sua motocicleta, consequentemente, o notificante perdeu o controle e assim, sofreu uma queda, sendo socorrido às pressas ao Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena, onde foi diagnosticado Fratura de Platô Tibial Esquerdo, identificada pelo CID 10 S82.1, conforme Laudo Médico apresentado.

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

João Pessoa/PB, 14 de maio de 2020.


EVALDO MARTINS DA COSTA
Escrivão de Polícia Civil


JAMES DE LIMA GUIMARÃES
Notificante

Procedimento Policial: 00070.01.2020.1.02.008





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **007.581.034-71** 3 - CPF da vítima: **007.581.034-71** 4 - Nome completo da vítima: **JAMES DE SOUZA GUIMARAES**

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

5 - Nome completo: **JAMES DE SOUZA GUIMARAES** 6 - CPF: **007.581.034-71**
7 - Profissão: **RECURSO** 8 - Endereço: **RUA DR. SILVINO ROCHA** 9 - Número: **372** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **JAQUEIRIL** 12 - Cidade: **SÃO PAULO** 13 - Estado: **SP** 14 - CEP: **05035-120**
15 - E-mail: **007.581.034-71** 16 - Tel (DDD): **(11) 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 SEM RENDA** ☐ **R\$1.000,00 A R\$1.000,00** ☐ **R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00**
☐ **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)
Banco do Brasil (001) ☒ **Caixa Econômica Federal (104)**
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: **3488** CONTA: **30697** AGÊNCIA: **0000** CONTA: **0000**

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: **Solteiro** **Casado (no Civil)** **Divorciado** **Separado Judicialmente** **Viúvo** 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: **25 - 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(s) (se viver)?** **Sim** **Não** 31 - Vítima teve irmãos? **Sim** **Não** 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: **Falecidos:** **33 - Vítima deixou pais/avós vivos?** **Sim** **Não**

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

34

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019





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

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JAMES DE LIMA GUIMARAES
DATA DE NASCIMENTO	29/10/83
NOME DA MÃE	STELA MARQUES DE LIMA

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	119.909
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.210.430
DATA DO ATENDIMENTO	15/12/19
HORA DO ATENDIMENTO	00:46
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO
CID 10	S82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com dor em joelho esquerdo, limitação de movimentos. Exames de imagem evidencia fratura de platô tibial esquerdo. Internação para cirurgia. Operado. Evoluiu bem.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de torax
RX de joelho esquerdo
RX de cotovelo esquerdo
RX de braço esquerdo
RX de antebraço esquerdo

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de platô tibial esquerdo.

TRATAMENTO:

Tratamento cirurgico de fratura de platô tibial esquerdo.

ALTA HOSPITALAR:	19/12/19
DATA DA EMISSÃO:	20/03/20

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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



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: 27/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAMES DE LIMA GUIMARAES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03488

CONTA: 000000010697-0

Nr. da Autenticação 742536A9BFFEC3FD





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: **DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares)** ☒ **INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ **MORTE** ☐

2 - Nº do sinistro ou ASL: **007.581.034-71** 3 - CPF da vítima: **007.581.034-71** 4 - Nome completo da vítima: **JAMES DE SOUZA GUIMARAES**

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

5 - Nome completo: **JAMES DE SOUZA GUIMARAES** 6 - CPF: **007.581.034-71**
7 - Profissão: **RECURSO** 8 - Endereço: **RUA DR. SILVINO ROCHA** 9 - Número: **372** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **JAQUEIRIL** 12 - Cidade: **SÃO PAULO** 13 - Estado: **SP** 14 - CEP: **05035-120**
15 - E-mail: **(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 SEM RENDA** ☐ **R\$1.000,00 A R\$1.000,00** ☐ **R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00**
☐ **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)
Banco do Brasil (001) ☒ **Caixa Econômica Federal (104)**
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: **3488** CONTA: **30697** AGÊNCIA:
CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: **Solteiro** **Casado (no Civil)** **Divorciado** **Separado Judicialmente** **Viúvo** 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: **25 - 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(s) (se viver)?** **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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente JAMES DE LIMA GUIMARAES	BAE 1210430	Data/Hora Entrada 15/12/2019 00:46:24	Data Baixa
Data de nascimento 29/10/1983	Idade 36a 1m 16d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 999198325
Mãe STELA MARQUES DE LIMA			Prontuário
Endereço DOUTOR SILVINO NÓBREGA, 172	Bairro JAGUARIBE	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JORGE JOSE SOUSA PINTO	Nº Cons. Regional 12278/PB
Data/Hora Classificação 15/12/2019 00:46:24		Data/Hora Prescrição 15/12/2019 05:07:44	

ANAMNESE

==ORTOPEDIA== PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMA EM JOELHO ESQUERDO, APRESENTANDO FERIMENTO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL HD: FX EXPOSTA DE PLATÔTIBIAL ESQUERDO CD: INTERNAÇÃO + LMC + DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS + TC DE JOELHO ESQUERDO (PARA DEFINIR CONDUTA CIRÚRGICA/CONSERVADOR)

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

Diluir

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6H POR 7 DIA(S)

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

Diluir

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

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

SORO ANTITETÂNICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA

Diluir

GENTAMICINA 30MG/2ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 6,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, COM INTERVALO DE 1X AO DIA POR 7 DIA(S)

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

Diluir

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

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD>110MMHG E/OU PAS>160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETÁVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES:: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO

CID10

S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tíbia



Conduta

Internar Paciente

Enfermeiro


JORGE JOSE SOUSA PINTO
(CRM: 12278/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 15/12/2019 00:46:17





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente JAMES DE LIMA GUIMARAES	BAE 1210430	Data/Hora Entrada 15/12/2019 00:46:24	Data Baixa
Data de nascimento 29/10/1983	Idade 36a 1m 16d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 999198325
Mãe STELA MARQUES DE LIMA		CNS	Prontuário
Endereço DOUTOR SILVINO NOBREGA, 172	Bairro JAGUARIBE	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GILVANDO CARNEIRO LEAL	Nº Cons. Regional 2409/PB
Data/Hora Classificação 15/12/2019 00:46:24		Data/Hora Prescrição 15/12/2019 04:58:52	

ANAMNESE

acidente motocicleta consciente e orientado. FERIMENTO EM FACE + DOR TORACICA A ESQUERDA + DOR MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO + JOELHO ESQUERDO ABDOMEN SEM ALTERAÇÕES #REAVLIAÇÃO PACIENTE ASSINTOMATICO DO PONTO DE VISTA TORACICO E ABDOMINAL RX DE TORAX SEM ALTERAÇÕES EXAME FISICO DO TORAX E ABDOME SEM ALTERAÇÕES CD: ALTA DA CIRURGIA GERAL AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA

Conduta

Em observação

Enfermeiro

Dr. Atila Oliveira
Médico Residente-Cirurgia Geral
CRM-PB: 11.811
CRM-PB: 21.800
GILVANDO CARNEIRO LEAL
(: 2489/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 15/12/2019 00:48:17



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 09:56:23

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111309562304600000034960388>

Número do documento: 20111309562304600000034960388



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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente JAMES DE LIMA GUIMARAES	BAE 1210430	Data/Hora Entrada 15/12/2019 00:46:24	Data Baixa
Data de nascimento 29/10/1983	Idade 36a 1m 16d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 999198325
Mãe STELA MARQUES DE LIMA		CNS	Prontuário
Endereço DOUTOR SILVINO NÓBREGA, 172	Bairro JAGUARIBE	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL BRAGA CAVALCANTE	Nº Cons. Regional 9248/PB
Data/Hora Classificação 15/12/2019 00:46:24		Data/Hora Prescrição 15/12/2019 03:15:36	

ANAMNESE

==ORTOPEDIA== PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMA EM JOELHO ESQUERDO, APRESENTANDO FERIMENTO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL HD: FX DE PLATÔTIBIAL ESQUERDO? CD: TC + REAVALIAÇÃO.

EXAME DE IMAGEM

OMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO

Conduta

Em observação

Enfermeiro

Dr. Daniel B. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 9248
DANIEL BRAGA CAVALCANTE
(CRM: 9248/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em: 15/12/2019 00:48:17





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente JAMES DE LIMA GUIMARAES	BAE 1210430	Data Hora Entrada 15/12/2019 00:46:24	Data Baixa
Data de nascimento 29/10/1983	Idade 36a 1m 16d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 999198325
Mãe STELA MARQUES DE LIMA			Prontuário
Endereço DOUTOR SILVINO NÓBREGA, 172	Bairro JAGUARIBE	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EDUARDO MOTTA BRAGA	Nº Cons. Regional 7253/PB
Data/Hora Classificação 15/12/2019 00:46:24		Data/Hora Prescrição 15/12/2019 01:07:37	

ANAMNESE

acidente motocicleta consciente e orientado. FERIMENTO EM FASE + DOR TORACICA A ESQUERDA + DOR MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO + JOELHO ESQUERDO ABDOMEN SEM ALTERAÇÕES CD. RX TORAX + RX MEMBROS + PARECER BUCOMAXILO + PARECER ORTOPEDIA + ANALGESIA

INDICAÇÃO

IRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, G.O (MGTSM)
CEFOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)
RADIOGRAFIA DE COTOVELO ESQUERDO
RADIOGRAFIA DE BRACO ESQUERDO
RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

em observação

Enfermeiro

Eduardo Motta Braga
União J. Co. Geral
CRM 7253 / CRM PE 1890

EDUARDO MOTTA BRAGA
(: 7253/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 15/12/2019 00:48:17





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

NOME: JAMES DE LIMA GUIMARAES BE/PRONTUÁRIO 1210430
IDADE: 36 ANOS SEXO: F COR: DATA: 19/12/2019
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA 19/mai
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO
CIRURGIÃO: DR MILTON BARBOSA 1º ASS: DR. ROMERO RUAN
2º ASS: 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	GID
FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL ESQUERDA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

X

ENFERMARIA

TERAPIA INTENSIVA

RESIDÊNCIA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Jorge Pinto
Médico
CRM-PR 1210430

DATA: 19/12/2019





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
PACIENTE EM DVH SOB ANESTESIA	
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA	
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS	
Incisão:	
INCISÃO LATERAL JOELHO ESQUERDO	
DISSECÇÃO POR PLANOS	
HEMOSTASIA	
Achados:	
FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO	
Condução:	
REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA	
FIXAÇÃO PLACA EM 17 FURUS + PARAFUSOS CORTICAIS, SOB AUXÍLIO DE ESCOPIA	
LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA COM SF 0,9%	
REVISÃO DE HEMOSTASIA	
Encerramento:	
SUTURA POR PLANOS	
CURATIVOS ESTÉREIS	
Observação:	
RAIO-X DE CONTROLE	

Médico/CRM:

Jorge Pinto
Médico
CRM-PB 42270

João Pessoa,

19/12/2019





Paciente: James de Lima Guimaraes
 Procedimento: to cinny de par do planoalto
 SUS: (X) Não SUS ()
 Médico: Dr Milton
 Prontuário: 1230430
 Data: 1/1
 Reposição: _____
ti bial (C)

Date: 18/12/19

Caixa Postal: _____

DISPENSACÃO CME				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
CX 4.5TH	panof. resposso N. 65	70		
	" " N. 10	70		
	" " N. 36	70		
	" " N. 38	70		
	" " N. 46	70		
abusa	placa sem 2 7x2	70		

[illegible]

Edtaine da Silva
COREN-PI 197848 - TE

ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL

$F(NG)_{APC.013-2}$



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HTOP

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HTOP

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

James de Lima Guimarães

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1210430

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

29/10/1983

9 - SEXO

Masculino

Feminino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

CX 4,5 TM
01 paraf. espelhos N. 65
02 " " N. 70
03 " " N. 36
04 " " N. 38
05 " " N. 46

01 placa em L 7x2 (avulsa).
01 agulha de peso 450

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ORGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

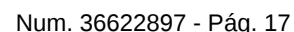
47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF



FENG/ASCE 021-1

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 18/12/19

PRONTUÁRIO:

1210430

PACIENTE: James de Lencastre, M	SEXO: M	COR: 36
DIAGNÓSTICO: 70	RESPIRAÇÃO: 70	TEMPERATURA: 70
GRUPO SANGÜÍNEO: 70	ESTADO GERAL: 1 (BOM) 2 (REGULAR) 3 (MAU) 4 (PÉSSIMO)	RISCO CIRÚRGICO: 1 (BOM) 2 (REGULAR) 3 (MAU) 4 (PÉSSIMO)
EXAMES COMPLEMENTARES: 2 (Poucos)	AP. RESPIRATÓRIO: 2 (Poucos)	AP. CIRCULATÓRIO: 2 (Poucos)
AP. DIGESTIVO: 2 (Poucos)	ESTADO DENTAR: 2 (Poucos)	DROGAS EM USO: 2 (Poucos)
PRI-ANESTESIA: 2 (Poucos)	ESTADO FÍSICO (ANAL): 2 (Poucos)	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: 2 (Poucos)		
CIRURGIA: 2 (Poucos)	AUXÍLIO: 2 (Poucos)	
INÍCIO DA ANESTESIA: 2 (Poucos)	TÉRMINO DA ANESTESIA: 2 (Poucos)	DURAÇÃO DA ANESTESIA: 2 (Poucos)
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 2 (Poucos)	QUANT. DE CH: 2 (Poucos)	VALORES R3: 2 (Poucos)
ANESTESIA: 2 (Poucos)	CPE: 2 (Poucos)	CRM-PH: 2 (Poucos)

Thomas Kehrwald
MEDCO
CPM 7173

[illegible]

Thomas Kehrwald
MEDIC
CRM 7170



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

NOME: JAMES DE LIMA GUIMARAES BE/PRONTUÁRIO 1210430
IDADE: 36 a SEXO: M COR: DATA: 15/12/2019
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO
CIRURGIÃO: DR DANIEL 1º ASS: MR1 JORGE,
2º ASS: 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA: KALLINE
TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNOSTICO POS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA EXPOSTA (PUNTIFORME) DE PLATO TIBIAL ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
LIMPEZA MECÂNICO CIRURGICA + DESBRIDAMENTO DE TECISO DESVITALIZADOS	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRG NÃO
DESCRIÇÃO:
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

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

MÉDICO/CRM:

DATA: 15/12/2019



α

ELSEWHERE

SEBRA
CIRCULANTE
No. 681493
F(NOT) AS COX. 021-1



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JAMES DE LIMA GUIMARAES



DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR DE
2933368 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO
007.581.034-41 29/10/1983

PRACAO
SALUSTIANO BATISTA DE
LIMA
STELA MARQUES DE LIMA

PERMISSÃO ACC CATIAE
AB

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO
04721258384 05/03/2020 10/08/2009

OBSERVAÇÕES

James de Lima Guimarães

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
06/03/2015

[Signature]
ASSINATURA DO TITULAR

06134587111
PB029785049

DETRAN - PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1030180370

PROIBIDO PLASTIFICAR
1030180370



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JAMES DE LIMA GUIMARAES



DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR DE
2933368 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO
007.581.034-41 29/10/1983

PRACÇÃO
SALUSTIANO BATISTA DE
LIMA
STELA MARQUES DE LIMA

PERMISSÃO ACC CATIAE
AB

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO
04721258384 05/03/2020 10/08/2009

OBSERVAÇÕES

A

James de Lima Guimarães

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
06/03/2015

[Signature]
ASSINATURA DO TITULAR

06134587111
PB029785049

DETRAN - PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1030180370

PROIBIDO PLASTIFICAR
1030180370



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

PB Nº 014481965750 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
2019

DATA EMISSÃO
30/01/2019

VIA
1

CPT / CNPJ

32326211472

PLACA

QFG7986/PB

RENAVAM

01052954313

MARCA / MODELO

HONDA / CG150 START

ANO FAB
2015

CAT TARIF
9

Nº CHASSI

9C2KC1670FR525005

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

SEGURO

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

P A G O

PAGAMENTO

☒ S

COTA ÚNICA

☐

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

30/01/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

89401-1543409-20190130



AGO / 2018



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200182243 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAMES DE LIMA GUIMARAES **Data do acidente:** 14/12/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA
PÁG. 1,6,7,12

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



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

PB Nº 014481965750 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
2019

DATA EMISSÃO
30/01/2019

VIA
1

CPT / CNPJ

32326211472

PLACA

QFG7986/PB

RENAVAM

01052954313

MARCA / MODELO

HONDA / CG150 START

ANO FAB
2015

CAT TARIF
9

Nº CHASSI

9C2KC1670FR525005

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

SEGURO

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

P A G O

PAGAMENTO

☒ S

COTA ÚNICA

☐

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

30/01/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

89401-1543409-20190130



AGO / 2018



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0142192/20

Vítima: JAMES DE LIMA GUIMARAES

CPF: 007.581.034-41

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/12/2019

Titular do CPF: JAMES DE LIMA
GUIMARAES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JAMES DE LIMA GUIMARAES : 007.581.034-41

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: 19/05/2020
Nome: JAMES DE LIMA GUIMARAES
CPF: 007.581.034-41

JAMES DE LIMA GUIMARAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/05/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO





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 Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200182243

Vítima: JAMES DE LIMA GUIMARAES

Data do Acidente: 14/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAMES DE LIMA GUIMARAES

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 15790480

Pag. 01973/01974 - carta_01 - INVALIDEZ

00010987

