
Rio de Janeiro, 11 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200283132

Vítima: JOSE DOS SANTOS

Data do Acidente: 06/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200283132

Vítima: JOSE DOS SANTOS

Data do Acidente: 06/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE DOS SANTOS

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 quadril 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **JOSE DOS SANTOS**

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

Banco: **104**

Agência: **000000735**

Conta: **0000047846-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200283132

Vítima: JOSE DOS SANTOS

Data do Acidente: 06/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE DOS SANTOS

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 27/08/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 051118.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 051118.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Janaina Silva de Andrade, matrícula 1819666 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 11:14 min do dia 24/07/2020, na Delegacia Online, **José dos Santos**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Vigilante, natural de Esperança, nascido(a) em 11/03/1965, idade 55, estado civil Solteiro (a), de cor Parda, filho(a) de Sebastiana Maria da Conceição e Não Filiado, CPF 106.780.598-29, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Rita Porfírio Chaves, nº 92, complemento Casa/105, bairro Planalto Boa Esperança, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58065216, telefone(s) (83) 9 988579063, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 06/02/2020 09:30h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: Epitácio Pessoa, sentido PRAIA X CENTRO., Pedro Gondim, João Pessoa/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

O NOTICIANTE, noticiou que sofreu um acidente de moto (MOTO X CARRO), no dia: 06/02/2020 por volta das 09:30 horas, no endereço acima mencionado, relata que estava CONDUZINDO a moto HONDA/XRE 190, ANO/MOD.: 2016/2016, COR: VERDE, PLACA: OFC9941/PB, CHASSI: 9C2MD4100GR013197, DE PROPRIEDADE: VALMIR PEDRO DA SILVA FILHO, CPF: 030.335.904-89. O noticiante relata que estava vindo do Castelo Branco em sentido ao seu trabalho e chegando na Avenida Epitácio Pessoa, sentido centro, nas proximidades do prédio da antiga Lojas Insinuante, quando foi surpreendido por um carro e CONDUCTOR não identificado, não tendo condições de desviar e com isso se chocaram, devido o fato perdeu o controle da moto e veio a cair ao SOLO, pessoas que passavam ao local se aproximaram para prestar socorros e acionaram o SAMU, que demorou um pouco, mais ao chegar no local fizeram os primeiros atendimentos e em seguida me direcionaram para o HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA na capital, dando entrada nesta unidade no mesmo dia, por volta das 10:36 horas, sendo atendido por médicos de plantão e ao passar por uma avaliação, fui DIAGNOSTICADO: FRATURA PERTROCANTÉRICA, CID: S72.1. Onde fiquei internado para fazer procedimentos cirúrgicos e vindo a receber alta do dia: 11/02/2020 por volta das 07:26:27 horas, conforme LAUDO MÉDICO emitido pelo setor e assinado por Dr. Juan Jaime Alcoba Arce, CRM: 3323/PB.

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



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

* José dos Santos
José dos Santos

836FEDB52B0DB7F33AE92A34131A11D8

Código de Controle



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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

106.780.598-29

JOSE DOS SANTOS

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

Nome completo:

JOSE DOS SANTOS

Profissão:

V. E. LANE

Bairro:

PRADO

Endereço:

RUA RITA PORTINHO CHAVES

Cidade:

JOÃO PESSOA

Estado:

PB

CPF:

106.780.598-29

Número:

92

Complemento:

CASA 105

CEP:

58.065-216

Tel (DDD):

(31) 99844-5088

E-mail:

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todas os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0735

CONTA:

47.846 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

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: 18/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00735

CONTA: 000000047846-4

Nr. da Autenticação 0AA66C109974F4B9



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

Rua Feliciano Cirino, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

69690502

REFERÊNCIA

FEV/2020

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

CELECIA DE LOURDES G DE LIMA
RUA RITA PORFÍRIO CHAVES, 92 - CS/105 - PLANALTO
DA BOA ESPE JOAO PESSOA PB 58065- 216

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001.092.140.0254.000	000	1	0	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
Y10S079122	28/04/2010	EXT LACR	LIGADO	POTENCIAL

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (M3) | NUM DE DIAS | PROXIMA LEITURA
491 499 8 30 29/02/2020

H. ST. CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.

JAN/2020	9	PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES
FEV/2019	8	TURBIDEZ 263 265 265
NOV/2019	10	CLOHO 263 266 263



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Jose dos Santos
DATA DE NASCIMENTO 11/03/65
NOME DA MÃE Sebastiana Maria da Conceição

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 1209454
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1221220
DATA DO ATENDIMENTO 06/02/20
HORA DO ATENDIMENTO 10:36
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto (veículo x moto)
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de fêmur E.
CID 10 S72.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, com queixa de dor e limitação de movimentos em MIE, sem outras queixas. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX bacia, coxa E, joelho E, perna E.

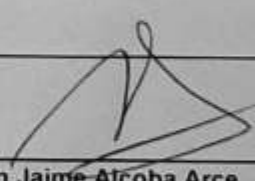
RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de fêmur esquerdo

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur

ALTA HOSPITALAR: 11/02/2020
DATA DA EMISSÃO: 17/07/2020


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



Boletim de Atendimento: 1221220



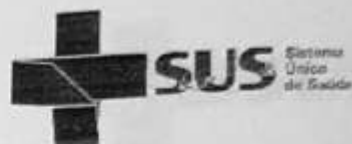
Identificação do paciente				
ID 1482883	Nome JOSE DOS SANTOS			Sexo Masculino
Data de nascimento 11/03/1965	Idade 55 anos 7 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião	Prontuário 120954
Mãe SEBASTIANA MARIA DA CONCEICAO			Pai SEM INFORMACAO	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) - FILHO(A)	
DDD Celular 83	Celular 987091555	DDD	Telefone	
Tipo documento CPF	Número documento 10678059829	Nº Cns 704304562102394		
Endereço de procedência AV EPIFANIO PESSOA		Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade ESPERANCA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58050120	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro COMANDANTE MATOS CARDOSO	
Número 905	Complemento	Bairro CASTELO BRANCO		
Admissão				
Data e Hora 06/02/2020 10:36:17	Número da pulseira 1000006818189		Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco			Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU		Quem transportou		
Sinais Vitais				
PA X mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []				
Ultrasonografia []				
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por VALCELIA ESTRELA RODRIGUES COSTA				Tempo 02min 51seg

Imprimir



Servios todos
PARAIBA
Governo do Estado

HM
HOSPITAL
METROPOLITANO
DOM JOSE MARIA PIRES



Documento de Alta

Nome: JOSE DOS SANTOS			Número Prontuário: 21563
Data de Nascimento: 11/03/1965	Sexo: Masculino	Data de Internação: 09/02/2020 23:40:56	Data de Alta: 11/02/2020 07:26:27
Motivo da alta: ALTA MELHORADO			
Conduta: Paciente com fratura transtrocanterica de femur esquerdo operado há 2 dias (Dr Milton e Dr Jerry).			
Resumo da Internação: Paciente deu entrada com fratura de femur			
Resultado de Exames: Rx			
Tratamento: tratamento cirurgico orientações gerais			
Diagnóstico: S72.1 - Fratura pertrocanterica			
Recomendações:			

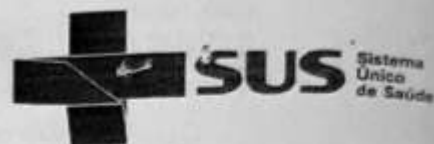
Data: 11/02/2020

Dr. Douglas Michalane Pires
CRM-PB 9117
TEO 15262
DOUGLAS MICHALANE PIRES
TEIXEIRA
CRM: 5336 - PB



Senas todos
PARAÍBA
Governo do Estado

HM
HOSPITAL
METROPOLITANO
DOM JOSE MARIA PIRES



Endereço: , , , ,
Tel: , , , ,
CNES: , , , ,

Boletim de Atendimento: 45760



Identificação do paciente

ID 79935	Nome JOSE DOS SANTOS	Sexo Masculino
Data de nascimento 11/03/1965	Idade 54 anos 10 meses 29 dias	Estado civil
Mãe SEBASTIANA MARIA DA CONCEICAO	Religião	Prontuário
Escolaridade	Pai NAO DECLARADO	
DDD Celular 83	Celular 987180912	Responsável (Parentesco)
Tipo documento CPF	DDD 83	Telefone 87422034
Número documento 10678059829	Nº Cns 898002772229442	
Local de procedência	Tipo	UF
Email	Naturalidade ESPERANCA	CBO/R

Endereço

CEP 58063760	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro RUA RITA PORFIRIO CHVES
Número 105	Complemento	Bairro VALENTINA DE FIGUEIREDO	

Admissão

Data e Hora 09/02/2020 21:44:34	Número da pulseira 46500	Convênio SUS
Especialidade CLÍNICA MÉDICA	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente HOSPITAL EMERGÊNCIA TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento OUTROS	Detalhe do acidente

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

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

Exames complementares

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

Dados clínicos

Diagnóstico	CID
Atendido por JULIANA KARLA DA SILVA ARAUJO	Tempo 04min 13seg

Imprimir



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



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Boletim de Atendimento: 1221220



Identificação do paciente

ID 1482893	Nome JOSE DOS SANTOS	Sexo Masculino		
Data de nascimento 11/03/1965	Idade 54 anos 10 meses 26 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião	Prontuário
Mãe SEBASTIANA MARIA DA CONCEICAO	Pai NAO INFORMADO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARIEL - FILHO(A)			
DDD Celular 83	Celular 987091555	DDD	Telefone	
Tipo documento	Número documento	Nº Cnis		
Local de procedência AV EPITACIO PESSOA	Tipo BAIRRO		UF PB	
Em.	Naturalidade ESPERANCA	CBO/R		

Endereço

CEP 58050120	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro COMANDANTE MATOS CARDOSO
Número 905	Complemento	Bairro CASTELO BRANCO	

Admissão

Data e Hora 06/02/2020 10:36:17	Número da pulseira 1000006818189	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Car. oficial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura
X mmHg		

Exames complementares

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

Dados clínicos

Paciente consciente, acordado. Vítima de acidente de moto. Atendido pelo SAMU.

Thaísa Rayanna N. de Sousa
COREN-PB 611.150 - ENF

Diagnóstico	CID
Atendido por VALCELIA ESTRELA RODRIGUES COSTA	Tempo 02min 51seg

Imprimir



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

HM
HOSPITAL
METROPOLITANO
DOM JOSÉ MARIA PIRES



BOLETIM DE INTERNAÇÃO

Data de impressão:
09/02/2020 23:41:00

Nome: **JOSE DOS SANTOS**

Prontuário: **21563** Atendimento: **45760**

Nome: **JOSE DOS SANTOS**

Documento: **10678059829**

Sexo: **Masculino**

Raça / Cor: **PARDÁ**

Data Internação: **09/02/2020**

Data de nascimento: **11/03/1965** Idade: **54** Ano(s)

23:40:56

Unidade de internação: **INTERNAÇÃO ORTOPEDIA**

Leito: **LEITO E01-01**

Logradouro: **RUA RITA PORFIRIO CHVES** Número: **105** Complemento:

Bairro: **VALENTINA DE FIGUEIREDO** Cidade: **JOAO PESSOA** Estado: **PB** CEP: **58063760**

Mãe: **SEBASTIANA MARIA DA CONCEICAO** Telefone: **(83) 87422034** Celular: **(83) 987180912**

Convênio: **SUS**

Plano de saúde:

Guia:

Nº Cns: **898002772229442**

Tratamento: **408050632202002**

Médico: **RAISSA BARROS SOARES DE OLIVEIRA** CPF: **04862493440** CRM: **11368**

Especialidade: **CIRÚRGICO** Funcionário responsável pela internação: **JULIANA KARLA DA SILVA ARAUJO**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

O abaixo assinado, responsável pelo paciente da plena autorização ao Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires, que assistem, para levarem a cabo o tratamento de sua enfermidade e realizarem as investigações que julgarem necessárias ao diagnóstico de seu mal, bem como se submeter a todas as disposições gerais contidas no regulamento da instituição.

Rosilene Gomes da Silva *2722584 SSP/PB*
Assinatura do Paciente ou Responsável Número de Identidade

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Certifico que JOSE DOS SANTOS deixou a Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires, contra o parecer dos médicos desta instituição que o assistiram, assumindo inteira responsabilidade por tal atitude.

Assinatura do Paciente ou Responsável

Número de Identidade

Dados da alta

Diagnóstico Definitivo:

Procêdimento da Alta:

Dados clínicos:

Motivo de Alta:

Declaração de Óbito:

Data de Alta:

Assinatura do Médico



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



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Paciente JOSE DOS SANTOS	BAE 1221220	Data/Hora Entrada 06/02/2020 10:36:17	Data Baixa
Data de nascimento 11/03/1965	Idade 54a 10m 26d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987091555
Mãe SEBASTIANA MARIA DA CONCEICAO		CNS	Prontuário
Endereço COMANDANTE MATOS CARDOSO, 905	Bairro CASTELO BRANCO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MIGUEL NUNES RODRIGUES TERCEIRO NETO	Nº Cons. Regional 12002/PB
Data/Hora Classificação 06/02/2020 10:36:17		Data/Hora Prescrição 06/02/2020 10:47:15	

ANAMNESE

CIRURGIA GERAL: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO HA 1 HORA. QUEIXANDO- SE DE DOR E LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO EM ME. NEGA CONTUSÃO NA CABEÇA. DESMAIOS, VOMITOS. ABDOME SEM QUEIXAS. AO EXAME: ABDOME FLACIDO E POUCO DOLOROSO A PALPAÇÃO SEM SINAIS DE PERITONITE TORAX INDOLOR SEM SINAIS DE CREPITAÇÃO A PALPAÇÃO. CD. ANALGESIA RX DE BACIA/ COXA/ PERNA E JOELHO ESQUERDO PARECER DA ORTOPEDIA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, DURANTE 12 HORA(S)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Miguel N. R. Terceiro Neto
Médico
CRM/PB 12002

Enfermeiro

MIGUEL NUNES RODRIGUES TERCEIRO NETO
(CRM: 12002/PB)

Boletim registrado por: VALCELIA ESTRELA RODRIGUES COSTA em 06/02/2020 10:39:08



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



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Paciente JOSE DOS SANTOS	Idade 54a 10m 26d	BAE 1221220	Data/Hora Entrada 06/02/2020 10:36:17	Data Baixa
Data de nascimento 11/03/1965		Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 987091555
Mãe SEBASTIANA MARIA DA CONCEICAO				Prontuário 120954
Endereço COMANDANTE MATOS CARDOSO, 905		Bairro CASTELO BRANCO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional MOURIBE ARRUDA FELINTO	Nº Cons. Regional 7522/PB
Data/Hora Classificação 06/02/2020 10:36:17			Data/Hora Prescrição 06/02/2020 14:14:35	

ANAMNESE

#Ortopedia# >>Paciente com diagnostico de fratura transtrocanterica de fêmur esquerdo apos acidente automobilístico. CD: Interno para tratamento cirúrgico Solicito exames pré-op.

TA

A LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

Diluir

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

AGUA 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 1500,0 ML VIA E.V, 24H

ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40,0 ML VIA S.C., 1X AO DIA

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

Diluir

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

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

Diluir

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

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

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

MEDICAÇÃO NÃO PADRÃO

PANTOPRAZOL 40MG INJETAVEL (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V, 1X AO DIA

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES:: DIARIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

ELETROCARDIOGRAMA

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

Mouribe Arruda Felinto
Ten. MED-Id: 0701099/55/MD
CRA-PB 7522 / CRM-PB 21104

AMA COMPLETO
(ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)
GP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)
IONOGRAMA
UREIA

CID10

S72.1 - Fratura pertrocanterica

Conduta

Internar Paciente

Enfermeiro

Mouribe Arruda Felinto
Ten. MED-Id: 0702099755/MD
CRM-PB 21194
MOURIBE ARRUDA FELINTO
(CRM: 7522/PB)

Boletim registrado por: VALCELIA ESTRELA RODRIGUES COSTA em 06/02/2020 10:39:08



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Paciente JOSE DOS SANTOS	BAE 1221220	Data/Hora Entrada 06/02/2020 10:36:17	Data Baixa
Data de nascimento 11/03/1965	Idade 54a 10m 26d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987091555
Mãe SEBASTIANA MARIA DA CONCEICAO		CNS	Prontuário
Endereço COMANDANTE MATOS CARDOSO, 905	Bairro CASTELO BRANCO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES	Nº Cons. Regional 3359/PB
Data/Hora Classificação 06/02/2020 10:36:17		Data/Hora Prescrição 06/02/2020 13:29:41	

ANAMNESE

paciente com fratura transtrocantérica necessita ser internado para tratamento cirurgico, será internado qdo tiver alta das demias clínicas: ALTA
CIRURGIA GERAL

Conduta

em observação

Dr. Walter Luiz Bandeira Alves
Médico

[Assinatura]
CRM-PB 3359

Enfermeiro

WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES
(: 3359/PB)

Boletim registrado por: VALCELIA ESTRELA RODRIGUES COSTA em 06/02/2020 10:39:08



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Seamos todos
PARAIBA
Governo do Estado

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

Paciente JOSE DOS SANTOS	Idade 54a 10m 26d	BAE 1221220	Data/Hora Entrada 06/02/2020 10:36:17	Data Baixa
Data de nascimento 11/03/1965		Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 987091555
Mãe SEBASTIANA MARIA DA CONCEICAO				Prontuário
Endereço COMANDANTE MATOS CARDOSO, 905		Bairro CASTELO BRANCO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional REMO SOARES DE CASTRO	Nº Cons. Regional 2447/PB
Data/Hora Classificação 06/02/2020 10:36:17			Data/Hora Prescrição 06/02/2020 12:49:30	

ANAMNESE

paciente com fratura transtrocanterica necessita ser internado para tratamento cirurgico, será internado qdo tiver alta das demias clinicas.

Conduta

em observação

Dr. Remo Soares
033 002447
Hospital Unimed Ju

Enfermeiro

REMO SOARES DE CASTRO
(. 2447/PB)

Boletim registrado por: VALCELIA ESTRELA RODRIGUES COSTA em 06/02/2020 10:39:08

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Dono dos Santos

BE/Prontuário: 122/220

Idade: 54 Sexo: ☒ Masculino () Feminino

Cor: _____ Data: 09/02/2020

Clínica/Setor: Ortopedia

EMP _____ LR: _____

Cirurgia: Fratura tíbia proximal - exposto

Cirurgião: Milton Barbosa

1º Assistente: Jury Ben.

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: Ana Alamy

Tipo de Anestesia: Raquiaust

Horário: Início 08:30 Término 11:00

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura tíbia proximal</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico de fratura</u>	
<u>tíbia proximal</u>	
<u>exposto</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: Milton Barbosa

João Pessoa, 09/02/2020

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Deitado sobre Dorso. + Hina Truções.
- Roupas limpas.
- Antissepsia e Antimicrobiana.

Incisão:

- Incisão horizontal firme posterior.
- Incisão do tendão da mão.

Achados:

- Ossos planos até o joelho.
- Os dentes + Fixação com fio de seda para parafusos de boca até antebraço.

Conduta:

- colocação de parafusos firme posterior.
- colocação placa D43 com 3 parafusos.
- Fixação com parafusos contínuos distais 4.5. (03) + fechamento do joelho proximal pelo joelho.
- Lavagem com SF e enxerto.

Fechamento:

- Pálculo por pontos.
- Lavagem.

Observação:

Dr. Milton Barbosa
CRM-PB 8592/CRM-RJ 2007
RBO 15203
Ortopedia e Traumatologia

Médico/CRM:

[Assinatura]
João Pessoa

João Pessoa,

09/03/2020

F(NG).ASCIR.009-1

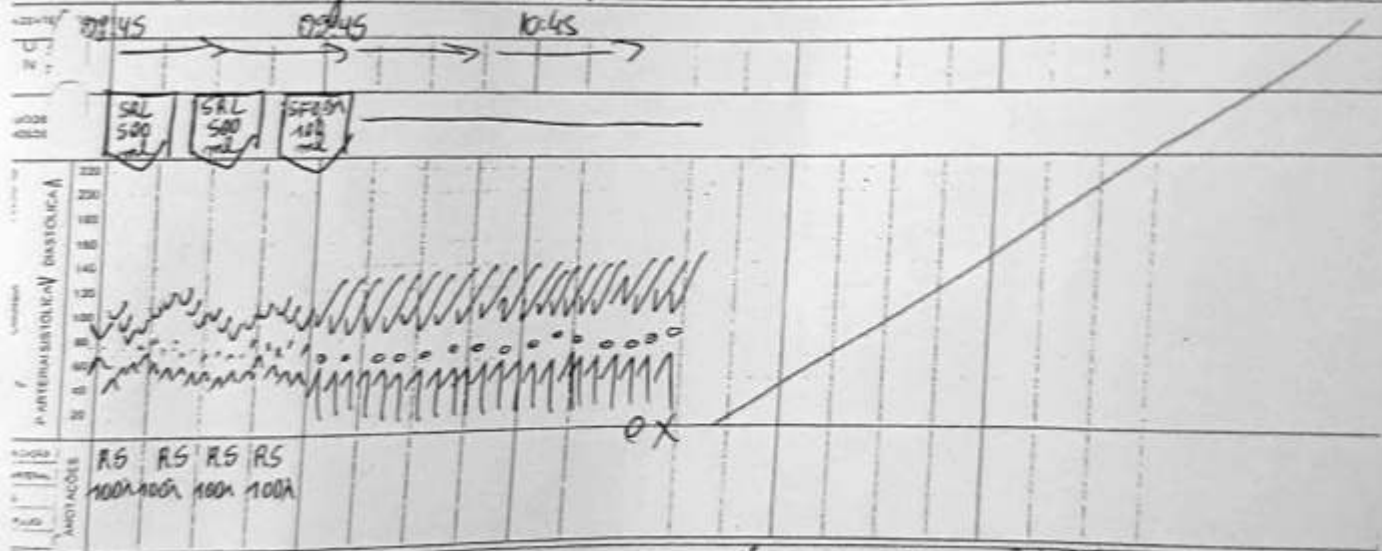
FBI TSM

ENGINE ASSEMBLY



FICHA DE ANESTESIA

PACIENTE: Nega Alrigues
José dos Santos
DATA: 09/02/20 PRONTUÁRIO: 1221220
SEXO: M COR: IDADE: 54
PRESSÃO: 95x87 PULSO: 84 RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA: 36.2 PESO: 72 GRUPO SANGÜÍNEO:
ESTADO GERAL: (X) BOM () REGULAR () MAL () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: (X) BOM () REGULAR () MAL () PÉSSIMO
EXAMES COMPLEMENTARES: cheados
AP. RESPIRATÓRIO: suprimido AP. CIRCULATÓRIO: estável hemodinamicamente
AP. DIGESTIVO: sem jejum ESTADO MENTAL: consciente DROGAS EM USO: anti hipertensivo
PRÉ-ANESTÉSICO: Midazolam 2.5mg ESTADO FÍSICO (ASA): I
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura transtrocantária de fêmur E.
CIRURGIA REALIZADA: Tratamento cirúrgico de fratura transtrocantária de fêmur E.
CIRURGIÃO: Dr. Milton Barbosa ALUNIDARES: Dr. Jony
INÍCIO DA ANESTESIA: 08:45 TÉRMINO DA ANESTESIA: 11:20 DURAÇÃO DA ANESTESIA:
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH: VALORES RS:
ANESTESISTA: Dr. Analony + Dr. Priscila (R2) CRM-PB: 8059-PB



ANEST. ☒ GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC. PLEXO ☒ BLOC. NERVOS ☒ OUTROS: Sedação

em MDH monitorizada. Fluxo de O2 10L/min com MSD. Sedação com (X) Propofol asséptica e antiespasmódica.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1. Clorpromazina 600mg	11
2. Cloridato 30mg	12
3. Diprivo 3g	13
4. Desmetoprolol 10mg	14
5. Bromoprida 20mg	15
6. Propofol 1.5mg	16
7. Sufentanil 0.3mcg/ml 15ml	17
8. Água destilada 5ml	18
9. Midazolam 2.5mg	19
10. Fentanil 30mcg/ml	20

OTRO: URPA

Observações: Em sala de FOA Bloqueio de n. femoral. Epia regional com uso de agulha A100+EN5. Injetado (2x) 1ml de 1.3% Lidocaína com adrenalina 1:100.000. Injetado (2x) 1ml de 1.3% Lidocaína com adrenalina 1:100.000. Bloqueio efetivo.

ASSINATURA DO ANESTESISTA: Ana Paula
P. INSCRIÇÃO: 8059-PB
Análise: Análise
Médico: Análise
CRM: 8059-PB



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



NOME
JOSE DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
1055837 SSDS PB

CPF DATA NASCIMENTO
106.780.598-29 11/03/1965



FILIAÇÃO

SEBASTIANA MARIA DA
CONCEICAO

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO
06096023567

VALIDADE
15/10/2023

1ª HABILITAÇÃO
13/06/2014

OBSERVAÇÕES

Jose dos Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
16/10/2018

Assinatura do Emissor

54954068354
PB037715100

PARAÍBA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 012974025350

60175567773
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA

1

PRT 20170000014666-2

0110830675-3

00/00000000

NOME/ENDEREÇO

VALMIR PEDRO DA SILVA FILHO
AVENIDA CARNEIRO DA CUNHA 1612
TORRE
58040243 JOAO PESSOA-PB

CPF/CNPJ

03033590489

PLACA

QFC9941/PB

NOME ANTERIOR

MOTOMAR PECAS E ACESSORIOS LTDA

PLACA ANT/UF

NOVO

PB

CHASSI

9C2MD4100GR013197

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL

ALCO/GASOL

MARCA/MODELO

HONDA/XRE 190

ANO FAB

2016

ANO MOD

2016

CAP/POT/CIL

2 P/184 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERDE

OBSERVAÇÕES

0
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

N.Motor : MD41E0G013139

LOCAL

JOAO PESSOA-PB

DATA

27/01/2017

19267

39098

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200283132 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DOS SANTOS **Data do acidente:** 06/02/2020 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA TRANSTROCANTERIANA DO FÊMUR ESQUERDO. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P12/13 ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200283132

Data da solicitação: 25/08/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: João dos Santos

CPF do beneficiário: 106.780.598-20

Nome do solicitante: O mesmo

CPF do solicitante: O mesmo

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 99811-5088
DDD

Tel. Comercial: ()
DDD

Tel. Residencial: ()
DDD

E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros: _____

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Venho solicitar uma reanálise do meu processo. Apresento novo laudo médico, para comprovar que o valor que foi liberado foi muito baixo referente a sequela que eu tenho hoje. Solicito uma reanálise mais detalhada para que seja liberado algo a mais ou possivelmente uma perícia médica para que um médico possa me avaliar.

João dos Santos, PB 25-08-2020.
Local e Data
João dos Santos
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0222082/20

Vítima: JOSE DOS SANTOS

CPF: 106.780.598-29

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/02/2020

Titular do CPF: JOSE DOS SANTOS

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE DOS SANTOS : 106.780.598-29

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: 10/08/2020
Nome: JOSE DOS SANTOS
CPF: 106.780.598-29

JOSE DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/08/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA