
Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200200073

Vítima: RUBENS CARDOSO DA SILVA

Data do Acidente: 15/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RUBENS CARDOSO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200200073

Vítima: RUBENS CARDOSO DA SILVA

Data do Acidente: 15/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RUBENS CARDOSO DA SILVA

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: RUBENS CARDOSO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000735

Conta: 0000010243-0

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



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: 034.027.994-05 4 - Nome completo da vítima: Rubem Cardoso da Silva

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

5 - Nome completo: Rubem Cardoso da Silva 6 - CPF: 034.027.994-05
7 - Profissão: Risco 8 - Endereço: Rua dos Empunhos 9 - Número: 347 10 - Complemento:
11 - Bairro: Indústrias 12 - Cidade: Joo Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58083-080
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 98805-6654

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: 0735 CONTA: 10243 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 (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) ☐ 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 (nascituros)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Joo Pessoa, 02/06/20
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 027765.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 027765.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettowen Carvalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 17:32 min do dia 01/06/2020, na Delegacia Online, **RUBENS CARDOSO DA SILVA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão SERVIÇOS GERAIS, natural de João Pessoa, nascido(a) em 19/04/1980, idade 40, estado civil Divorciado (a), de cor Branca, filho (a) de ROSA CLEIDE CARDOSO DA SILVA e JOÃO PEREIRA DA SILVA, CPF 034.027.994-05, residente e domiciliado(a) no(a) Rua dos Enfermeiras, nº 397, complemento CASA, bairro Indústrias, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58083080, telefone(s) 83 98805-6654, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 15/02/2020 17:28h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: VIADUTO DA BR-230, OITIZEIRO, João Pessoa/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que na data, local e hora já mencionada, foi vítima de um acidente de trânsito, quando conduzia a motocicleta de marca HONDA, modelo CG150 START, de cor PRETA, ano 2015, de placa OEU-1242/PB, Chassi: 9C2KC1670FR503698, cadastrada em nome de LUANA FERREIRA SILVA, quando pegava a alça do viaduto de oitizeiro na BR-230 perdeu o controle da motocicleta ao derrapar em um acumulado de areia presente no local vindo a cair e machucar-se gravemente, e devido ao fato foi socorrido para o hospital de emergência e trauma Senador Humberto Lucena, onde passou por procedimento cirúrgico.

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


RUBENS CARDOSO DA SILVA

2BEFC4FEA06F69BB56593B4057FB7F28

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, 98828-8306 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 034.027.994-05 4 - Nome completo da vítima: Rubem Cardoso da Silva

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

5 - Nome completo: Rubem Cardoso da Silva 6 - CPF: 034.027.994-05
7 - Profissão: Rêgo 8 - Endereço: Rua dos Empunhos 9 - Número: 347 10 - Complemento:
11 - Bairro: Indústrias 12 - Cidade: Joo Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58083-080
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 98805-6654

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 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: 0735 CONTA: 10243 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Joo Pessoa, 02/06/20
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Rubens Cardoso da Silva
DATA DE NASCIMENTO 19/04/80
NOME DA MÃE Rosa Cleide Cardoso da Silva

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 121144
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1223274
DATA DO ATENDIMENTO 15/02/20
HORA DO ATENDIMENTO 17:28
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de acetábulo E.
CID 10 S32.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, trazido pelo SAMU, vítima de queda de moto, apresentando escoriações em mão e perna esquerda, dor em coxa esquerda, dor em quadril Eglassgow 15. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX: bacia, quadril E, coxa E, perna e joelho E.

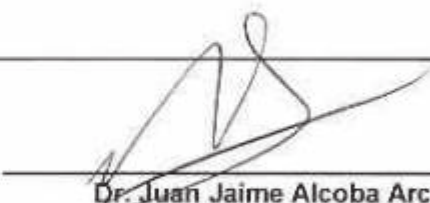
RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de acetábulo E.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de acetábulo esquerdo.

ALTA HOSPITALAR: 10/03/2020
DATA DA EMISSÃO: 25/05/2020


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

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: 12/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RUBENS CARDOSO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00735

CONTA: 000000010243-0

Nr. da Autenticação 3485AAA332C0BF2B

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para o simples pagamento da conta funcionalidade de energia elétrica. Nº 044.855.296



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rr 238, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA JESSICA CARDOSO DA SILVA
RUA DOS ENFERMEIROS 397
JOAO PESSOA

CDC - CODIGO DO CONSUMIDOR

5/468324-9

REFERÊNCIA

MAI/2020

APRESENTAÇÃO

26/05/2020

CONSUMO

195

VENCIMENTO

02/06/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 50,04

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244016 09803.047175 5 82740000005004

Pagador: MARIA JESSICA CARDOSO DA SILVA CNPJ/CPF: 700.307.524-50

RUA DOS ENFERMEIROS 397 - DAS INDUSTRIAS - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440009803047	000468324202005	02/06/2020	R\$ 50,04	

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: 3064-3/2447-3





**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: 1223274



Identificação do paciente

ID 1485801	Nome RUBENS CARDOSO DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 19/04/1980	Idade 39 anos 9 meses 27 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe ROSACLEIDE CARDOSO DA SILVA	Pai JOAO PEREIRA DA SILVA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Celular 00	Celular 00000000	DDD	Telefone	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns		
Local de procedência BAIRRO DAS INDUSTRIAS	Tipo BAIRRO		UF PB	
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

Endereço

CEP 58033080	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DOS ENFERMEIRAS
Número 397	Complemento	Bairro INDÚSTRIAS	

Admissão

Data e Hora 15/02/2020 17:28:50	Número da pulseira 1000068903694	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por BRUNO FERNANDES DE MENEZES						Tempo

Imprimir



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Seu maior
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
RUBENS CARDOSO DA SILVA	1223274	15/02/2020 17:28:50	
Data de nascimento	Sexo	CNS	Telefone de Contato
19/04/1980	39a 9m 27d Masculino		(00) 00000000
Mão			Prontuário
ROSACLEIDE CARDOSO DA SILVA			
Endereço	Bairro	Município	UF
DOS ENFERMEIRAS, 397	INDÚSTRIAS	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ATTILA RAPHAEL BARBOSA ARAUJO SOUZA DE OLIVEIRA ALVES	11491/
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
15/02/2020 17:28:50		15/02/2020 17:35:32	

ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM RELATO DE QUEDA DE MOTO POR DERRAPAMENTO E COLISÃO COM OBJETO FIXO. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA, NAUSEAS E VÔMITOS. APRESENTA ESCORIAÇÃO NA MÃO DIREITA E PERNA ESQUERDA. QUEIXA DE DOR EM COXA ESQUERDA AO EXAME.: BEG; AAA; LOET; EUPNEICO A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS, SEM DEFORMIDADES CERVICAIS, MOVIMENTA ATIVAMENTE O PESCOÇO SEM QUEIXAS DE CERVICALGIA; B: RESPIRA ESPONTANEAMENTE EM AR AMBIENTE, EXPANSIBILIDADE PRESERVADA BILATERALMENTE, AUSÊNCIA DE CREPITAÇÃO A PALPAÇÃO, NEGA DOR EM REGIÃO DE TÓRAX; C: ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, EXTREMIIDADES QUENTES E BEM PERFUNDIDAS, ABDOME FLÁCIDO, INDÓLOR E SEM SINAIS DE PERITONITE; Pelve estável; AUSÊNCIA DE FERIMENTOS COM SANGRAMENTO IMPORTANTE; D: ECG-P: 15; E: ESCORIAÇÃO NA MÃO DIREITA E PERNA ESQUERDA CD: RADIOGRAFIAS PARECER DA ORTOPEDIA

ALTA DA CIRURGIA GERAL

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA
RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)
RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

em observação

Enfermeiro

ATTILA RAPHAEL BARBOSA ARAUJO SOUZA DE OLIVEIRA ALVES
(CRM: 11491/)

Dr. Áttila Oliveira
Médico Residente Cirurgia Geral
CRM/PB: 11491
CRM/PE: 21.970

Boletim registrado por: BRUNO FERNANDES DE MENEZES em 15/02/2020 17:28:50



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Seus todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Paciente RUBENS CARDOSO DA SILVA	BAE 1223274	Data/Hora Entrada 15/02/2020 17:28:50	Data Baixa
Data de nascimento 19/04/1980	Idade 39a 9m 27d	Sexo Masculino	Telefone de Contato
Mãe ROSACLEIDE CARDOSO DA SILVA			Prontuário 121144
Endereço DOS ENFERMEIRAS, 397	Bairro INDÚSTRIAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA	Nº Cons. Regional 8252/PB
Data/Hora Classificação 15/02/2020 17:28:50		Data/Hora Prescrição 15/02/2020 20:47:13	

ANAMNESE

ORTOPEDIA AVALIO PCT VITIMA DE ACIDENTE D MOTO COM DOR NO QUADRIL ESQUERDO EX. FIS.: DOR LEVE PALPAÇÃO QUADRIL Q. ADM ATIVA IMPOSSIBILITADA PELA DOR. ADM PASSIVA LIMITADA PELA DOR. SEM ALTERAÇÕES NEUROVASCULARES NO MIE
: FRATURA DE ACETABULO ESQUERDO HD: FRATURA FECHADA DE ACETABULO ESQUERDO CD: SOLICITO TC INTERNAÇÃO P
TTTO CIRURGICO

TA

DIETA, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BACIA

ELETCARDIOGRAMA

AME LABORATORIAL

AGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

IONOGRAMA

UREIA

CID10

S32.4 - Fratura do acetábulo

Conduta

Internar Paciente

Enfermeiro

TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA
(CRM: 8252/PB)

Tiberio Vanomark
CRM: 8252/PB



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 RUBENS CARDOSO DA SILVA	BAE 1223274	Data/Hora Entrada 15/02/2020 17:28:50	Data Baixa
Data de nascimento 19/04/1980	Idade 39a 9m 27d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (00) 00000000
Mãe ROSACLEIDE CARDOSO DA SILVA		CNS	Prontuário
Endereço DOS ENFERMEIRAS, 397	Bairro INDÚSTRIAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TEOFILO VANOMARK CHAVES BEZERRA	Nº Cons. Regional 9690/PB
Data/Hora Classificação 15/02/2020 17:28:50		Data/Hora Prescrição 15/02/2020 18:43:29	

ANAMNESE

ORTOPEDIA/PCTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, COM TRAUMA NO MSD E MID NEGA TCE QUEIXA-SE DE DOR E DIFICULDADE PARA MOBILIZAR O QUADRIL ESQ EFO - ESCORIAÇÕES NO MIE E MSE - ADM DO JOELHO PRESERVADA - ADM ATIVA DO QUADRIL REDUZIDA E DOLOROSA - ADM PASSIVA ALGO DOLOROSA RX DA COXA, JOELHO E PERNA SEM SINAIS DE FX E/OU LUXAÇÃO NÃO POSSIVEL AVALIAR FEMUR PROXIMAL CD; RX BACIA / RX QUADRIL ESQ REAVALIO APOS EXAME

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E PERFIL)

Conduta

Em observação

Enfermeiro

Dr. Teófilo Vanomark
Ortopedia
CRM: 9690/PB
15/02/2020

TEOFILO VANOMARK CHAVES BEZERRA
(CRM: 9690/PB)

Boletim registrado por: BRUNO FERNANDES DE MENEZES em 15/02/2020 17:28:50



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Seus todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Impresso por: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
Em: 23/02/2020 10:04:56

Nome RUBENS CARDOSO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1223274	Data/Hora Entrada 15/02/2020 17:28:50	Data/Hora Saída:
Data de nascimento 19/04/1980	Idade 39	Sexo Masculino	CNS 121144
Tempo de Internação 7d 13h 17min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 15/02/2020 17:28:50	Data Internação 15/02/2020 20:47:07	Permanência na Unidade: 7d 16h 36min	Permanência no Leito: 1d 16h 1min

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO - 23/02/2020 10:04:53)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA

FRATURA ACETABULAR ESQ

SEM QUEIXAS

ACEITANDO DIETA,DIURESE PRESELENTE

EXAME LAB OK

RISCO CIRURGICO: GRAU I

**CD: AGENDAR CIRURGIA
MANTIDA/VPM**

Seção: **POSTO IB - ENF 12** Leito: **LEITO EXTRA 01**

Profissional responsável pela informação: **JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO**

Número Conselho: 185222



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

Impresso por: LUCIANO JOSE LIRA MENDES
Em: 21/02/2020 08:50:01

Nome RUBENS CARDOSO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1223274	Data/Hora Entrada 15/02/2020 17:28:50	Data/Hora Saída
Data de nascimento 19/04/1980	Idade 39	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 5d 12h 3min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 121144
Data de Entrada 15/02/2020 17:28:50	Data Internação 15/02/2020 20:47:07	Permanência na Unidade: 5d 15h 22min	Permanência no Leito: 2d 23h 48min

EVOLUÇÃO MEDICA (LUCIANO JOSE LIRA MENDES - 21/02/2020 08:49:56)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

FRATURA ACETABULAR ESQ

EXAME LAB OK

CD: AGENDAR CIRURGIA

Seção: AREA AMARELA Leito: LEITO EXTRA - 009

Profissional responsável pela informação: LUCIANO JOSE LIRA MENDES

Número Conselho: 4290



REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME



Número: _____
Paciente: Rubens Cardoso da Silva
Procedimento: Prot. Cirurg. de Prot. Articular
SUS (x) Não SUS ()
Médico: DR. Humberto Pomar
Prontuário: 122.3274
Data: 04/03/2020
Reposição: _____
Caixa Protéc: _____

DISPENSACÃO CME				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
BEM MED	CX. 3,5	01		
	Placa Reconstituída 12 pinos	01		
	Parafuso cortical N° 24	02		
	" " N° 26	01		
	" " N° 28	01		
	" " N° 30	01		
	" " N° 34	01		
	" " N° 36	01		

DISPENSACÃO - FARMÁCIA			
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	MARCA

[Assinatura]
ASSINATURA DO MÉDICO - CRM
N° 07.100.100.100

[Assinatura]
ASSINATURA EM FARMÁCIA - COREN
N° 07.100.100.100

[Assinatura]
ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL

SUS

Sistema
União de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO 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

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

HEETSUL

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

Rubens Barbosa da Silva

1223274

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

MASC ☒ 1FEM ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD, ISE, MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CDD DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CDD DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CDD 10 PRINCIPAL

24 - CDD 10 SECUNDÁRIO

25 - CDD 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CDD 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 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - ODE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - ODE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - ODE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

1 - CX 315 + Bem HGD

01 Placa de Reconstrução 12 mm.

Paraf. corticais

Nº 24:02 Nº 28:01 Nº 34:01

Nº 26:01 Nº 30:01 Nº 36:01

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DOCUMENTO

41 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

CNS

CPF

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CDD ÓRGÃO EMISSOR

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

46 - DOCUMENTO

47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

48 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

CNS

CPF

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

NOME: RUBENS CARDOSO DA SILVA BE/PRONTUÁRIO 1223274
 IDADE: 39 SEXO: MAS COR: DATA: 4/3/2020
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA M03
 CIRURGIA: TTO CIRURGICO DE FRATURA DE PAREDE POSTERIOR DE ACETABULO ESQ
 CIRURGIÃO: DR HUMBERTO JANSEN 1º ASS: FCO. KARTNEY
 2º ASS: MR2 JANSEN 3º ASS: MR3 VALDEBAN
 INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
 TIPO DE ANESTESIA: RAQUE HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE PAREDE POSTERIOR DE ACETABULO ESQ	

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS	CODIGO
TTO CIRURGICO DE FRATURA DE PAREDE POSTERIOR DE ACETABULO ESQ.	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒

ENFERMARIA

TERAPIA INTENSIVA

☐ RESIDÊNCIA☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA:

4/3/2020

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA						
Posição e Preparo:						
PACIENTE EM DECUBITO VENTRAL SOB ANESTESIA						
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA						
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS						
ANTIBIOTICOPROFILAXIA						
Incisão:						
POSTERIOR DE QUADRIL ESQ						
AVULSAO E DIVULSAO POR PLANOS						
Achados:						
FRATURA DE PAREDE POSTERIOR DO ACETABULO ESQ						
Conduta:						
IRRIGAÇÃO COM SF0,9% + VISUALIZAÇÃO DE FRATURA EM COLUNA POSTERIOR						
FIXAÇÃO COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO DE 12 FUROS + 8 PARAFUSOS CORTICAIS						
PROCEDIMENTO GUIADO POR ESCOPIA						
IRRIGAÇÃO COM SF0,9%						
REVISÃO DE HEMOSTASIA						
Fechamento:						
SUTURA POR PLANOS						
CURATIVOS ESTÉREIS						
PRX DE CONTROLE						
Observação:						

Médico/CRM:

João Pessoa,

4/3/2020

PNB: A5CBL0214



FICHA DE ANESTESIA

DATA 04/03/2022 PRONTUÁRIO:

PACIENTE: RUBENS CARDOSO DA SILVA SEXO: M COR: B IDADE: 39

PRÉ-ANESTESIA PULSO 80 RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO

ESTADO GERAL (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES NO RENO:

AP. RESPIRATÓRIO BOM AP. CIRCULATÓRIO BOM

AP. DIGESTIVO BOM ESTADO MENTAL CONSCIENTE DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTESIA ESTADO FÍSICO (ASA)

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DE ACETABULO ESQUERDO

CIRURGIA REALIZADA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ACETABULO

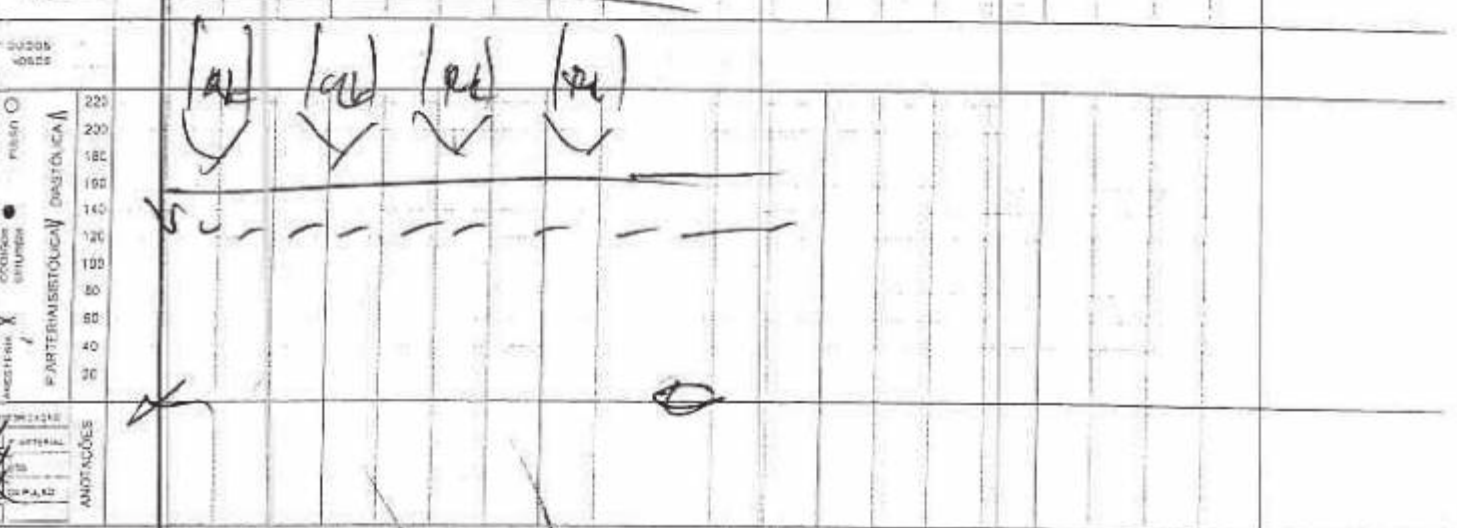
CIRURGIÃO JANDER AUXILIARES KATRYN

INÍCIO DA ANESTESIA 15h TERMINO DA ANESTESIA 17h DURAÇÃO DA ANESTESIA 2h

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH VALORES RS

ANESTESISTA ABDON M. LUSTOSA Dr. Abdon Moreira Lustosa Médico Anestesiologista CRM-PB 4184

IDENTIFICAÇÃO Nº 02



☐ ANESTESIA GERAL ☒ INTRADUANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC PLEXO ☐ BLOC NERVOS ☐ OUTROS

TECNICA: PUNÇÃO LOMBAR L5/S1, BOLHA DE LUCA

LOCAL: MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	NEOCAINA 0,5% 15ml	11
2	DIPLOMAT 80mg	12
3	CEFAZOLINA 2g - 1g	13
4	DEXMEDETOMIDINA 100µg	14
5	NAUSEGEM 8mg	15
6	DIPLOMAT 80mg	16
7	DIPLOMAT 80mg	17
8		18
9		19
10		20

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

ASSINATURA DO ANESTESISTA:

F. (NG) ASCIR 025-1

Dr. Abdon Moreira Lustosa
Médico Anestesiologista
CRM - PB 4184

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
AUTOMOBILÍSTICO NACIONAL DE TRÂNSITO

RUBENS CARDOSO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / REG. EMBOite IF
2233273 **BRP** **PS**

CPF
034.027.994-05 **DATA NASCIMENTO**
19/04/1980

PLACAR
JOAO PEREIRA DA SILVA
ROSA CLEIDE CARDOSO DA SILVA

PERMISSÃO **ACC** **CALHA**
VE

Nº REGISTRO
02610530277 **VALIDADE**
15/01/2023 **1ª EMISSÃO**
18/11/2002

OBSERVAÇÕES
EAR;

Rubens Cardoso da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB **DATA EMISSÃO**
18/01/2018

Arualok
ASSINATURA DO EMISSOR

PARAÍBA

1631862082

18/01/2018
1223272
12144
JCO

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

RUBENS CARDOSO DA SILVA

Nº de Inscrição

034027994-05

Data do Nascimento

19/04/80



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012298574598
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 08124869430
CHASSI: 9C2KC1670FR503698
ANO: 2015

NOME: LUANA FERREIRA SILVA

PLACA: 08124869430
CHASSI: 9C2KC1670FR503698

PLACA ANT: NOVO
CHASSI: 9C2KC1670FR503698

ESPÉCIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC
COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL

2 P/149 /CI
PARTIC
PRETA

COTA ÚNICA: 00/00/0000
VENO: 1º
FAIXA / PVA: 0
PARCELAMENTO / COTAS: 2º
PREMIO TARIFARIO (R\$): 0
PREMIO TOTAL (R\$): 0
DATA DE PAGAMENTO: 11/04/2016

SEGURO P A G O

OBSERVAÇÕES: A.F. BANCO HONDA S.A.

JOAO PESSOA - PB
31623
28/04/2016
700582

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

PB Nº 012298574598 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
08124869430 FORMACÕES, LEIA NO 0812486942/PB
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2016
DATA EMISSÃO: 28/04/2016

VIA: 1
PLACA: 08124869430
CHASSI: 9C2KC1670FR503698

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNE (R\$): *****
DETRAN (R\$): *****
CUSTO DO SEGURO (R\$): *****

CUSTO DO BILHETE (R\$): *****
SEGURO
P A G O

PAGAMENTO: COTA ÚNICA
DATA DE QUITAÇÃO: 11/04/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ: 09.342.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br
7005827-1341069-20160428

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

OEU1242

[Imprimir Consulta](#)

Último Licenciamento: 2016
 Proprietário: *****
 Placa: OEU1242
 Combustível: ALCO/GASOL
 Marca/Modelo: HONDA/CG150 START
 Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET
 Ano de Fabricação: 2015
 Ano Modelo: 2015
 Categoria: PARTICULAR
 Cor Predominante: PRETA
 Vencimento Licenciamento: 30/04/2020
 Observação:
 Restrição: ALIENACAO FIDUCIARIA
 Financeira: *****
 Município: JOAO PESSOA
 Situação: EM CIRCULACAO
 Data da Consulta: 01/06/2020

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA			
DETRAN - PB		Nº	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VA	COQUELHAMP	R.T.S.	EXERCÍCIO
			2016
NOME / ENDEREÇO			

OFICIAL		PLACA	
		OEU1242	
PLACA INT./UF		PASSO	
ESPÉCIE / TIPO		COMBUSTÍVEL	
PASSA / MOTOCICLET		ALCO/GASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB	ANO MOD
HONDA/CG150 START		2015	2015
CAP. POT. CE	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
	PARTICULAR	PRETA	
CÓD. UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC. COTAS	
30/04/2020	1º		
PAGA / PEX	PAGAMENTO / COTAS	2º	
		3º	
PREMIO LÍQUIDO (R\$)			
PREMIO TOTAL (R\$)			
DATA DE PAGAMENTO			
SEGURO OBRIGATORIO			
OBSERVAÇÕES			
ALIENACAO FIDUCIARIA			
LOCAL		DATA	
JOAO PESSOA		01/06/2020	

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012298574598
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 08124869430
CHASSI: 9C2KC1670FR503698
ANO: 2015

NOME: LUANA FERREIRA SILVA

PLACA: 08124869430
CHASSI: 9C2KC1670FR503698

PLACA ANT: NOVO
CHASSI: 9C2KC1670FR503698

ESPÉCIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC
COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL

2 P/149 /CI
PARTIC
PRETA

COTA ÚNICA: 00/00/0000
VENO: 1º
FAIXA / PVA: 0
PARCELAMENTO / COTAS: 2º
PREMIO TARIFARIO (R\$): 0
PREMIO TOTAL (R\$): 0
DATA DE PAGAMENTO: 11/04/2016

SEGURO P A G O

OBSERVAÇÕES: A.F. BANCO HONDA S.A.

JOAO PESSOA - PB
31623
28/04/2016
700582

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

PB Nº 012298574598 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
08124869430 FORMACÕES, LEIA NO 0812486942/PB
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2016
DATA EMISSÃO: 28/04/2016

VIA: 1
PLACA: 08124869430
CHASSI: 9C2KC1670FR503698

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNE (R\$): *****
DETRAN (R\$): *****
CUSTO DO SEGURO (R\$): *****

CUSTO DO BILHETE (R\$): *****
SEGURO
P A G O

PAGAMENTO: COTA ÚNICA
DATA DE QUITAÇÃO: 11/04/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ: 09.342.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br
7005827-1341069-20160428

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

OEU1242

[Imprimir Consulta](#)

Último Licenciamento: 2016
 Proprietário: *****
 Placa: OEU1242
 Combustível: ALCO/GASOL
 Marca/Modelo: HONDA/CG150 START
 Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET
 Ano de Fabricação: 2015
 Ano Modelo: 2015
 Categoria: PARTICULAR
 Cor Predominante: PRETA
 Vencimento Licenciamento: 30/04/2020
 Observação:
 Restrição: ALIENACAO FIDUCIARIA
 Financeira: *****
 Município: JOAO PESSOA
 Situação: EM CIRCULACAO
 Data da Consulta: 01/06/2020

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA			
DETRAN - PB		Nº	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VA	COQUELHAMP	R.T.S.	EXERCÍCIO
		2016	
NOME / ENDEREÇO			

OFICIAL		PLACA	
		OEU1242	
PLACA INT./UF		PASSO	
ESPÉCIE / TIPO		COMBUSTÍVEL	
PASSA / MOTOCICLET		ALCO/GASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB	ANO MOD
HONDA/CG150 START		2015	2015
CAP. POT. CC	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
	PARTICULAR	PRETA	
CÓD. UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC. COTAS	
30/04/2020	1º		
PAGA 1 PEA	PAGAMENTO COTAS	2º	
		3º	
PREMIO LÍQUIDO (R\$) - R\$			
PREMIO TOTAL (R\$) - R\$			
DATA DE PAGAMENTO			
SEGURO OBRIGATORIO			
OBSERVAÇÕES			
ALIENACAO FIDUCIARIA			
LOCAL		DATA	
JOAO PESSOA		01/06/2020	

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0155439/20

Vítima: RUBENS CARDOSO DA SILVA

CPF: 034.027.994-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/02/2020

Titular do CPF: RUBENS CARDOSO DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

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

RUBENS CARDOSO DA SILVA : 034.027.994-05

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: 03/06/2020
Nome: RUBENS CARDOSO DA SILVA
CPF: 034.027.994-05

RUBENS CARDOSO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/06/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200200073 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RUBENS CARDOSO DA SILVA **Data do acidente:** 15/02/2020 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ACETÁBULO ESQUERDO. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P10 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