
Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190280247

Vítima: DUCLECIO CORREIA DA SILVA

Data do Acidente: 09/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DUCLECIO CORREIA 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, 08 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190280247

Vítima: DUCLECIO CORREIA DA SILVA

Data do Acidente: 09/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DUCLECIO CORREIA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **DUCLECIO CORREIA DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000001033**

Conta: **00000106950-5**

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 10026326403 Nome completo da vítima: Duclecio Correia da Silva

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

Nome completo: Duclecio Correia da Silva CPF: 10026326403
Profissão: RECUSO Endereço: SIT. CAMPIN DE CHEIRO DE CIMA Número: S/N Complemento: CASA
Bairro: ZONA RURAL Cidade: CAAPORA Estado: PI CEP: 58326-000
E-mail: _____ Tel./DDD: (83) 981086128

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 (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1033 CONTA: 106950 5
(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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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, João Pessoa, 08/04/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Duclecio Correia da Silva

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.



Poupança





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
Gerência Executiva de Polícia Civil
8ª DELEGACIA DISTRITAL DA CAPITAL

Av. Parque, SN, Distrito Industrial, João Pessoa-PB, CEP: 58082-030 João Pessoa/PB, telefone: (83) 3218-5357

CERTIDÃO.
485/2019



CERTIFICO que revendo o livro destinado a registro de ocorrências desta Unidade Policial, precisamente a ocorrência nº **485/2019**, na mesma continha o seguinte teor: Aos quinze dias do mês de abril, do ano de dois mil e dezenove, nesta cidade de João Pessoa/PB e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Jorge Rodrigues da Costa, compareceu o Sr. **Duclecio Correia da Silva**, brasileira, união estável, natural de Caapor/PB, nascido aos 11/04/1993, filho de Severino Gomes da Silva Filho e de Josefa Correia de Lima Silva, portador da cédula de identidade nº 3 911 353 Seds/PB e CPF nº 100.763.264 - 03, residente (no) **Sítio Capim de Cheiro, zona rural de Caaporã**, identificado pelo CEP 58.326-000, e notificou que, Na noite do dia 09 de março do ano fluente, por volta das 20:00 horas aproximadamente, quando se conduzia na motocicleta Honda CG 150 FAN, ano e modelo 2011, cor prata e placa OEX 4190 PB, identificada pelo chassi nº 9C2KC1680BR545533, cadastrada em nome de **Gemerson Machado de Oliveira**, na PB 044 que cruza a cidade de Caaporã, quando em questão de segundos, foi surpreendido e alvo de colisão frontalmente por parte de um veículo de placas e Condutor não identificado, na contra - mão e em sua direção, conseqüentemente, após o impacto, foi socorrido ao Complexo Hospitalar Mangabeira, onde ficou diagnosticado Fratura - Luxação de Montegia. Conforme Laudo Médico apresentado. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 25 de abril de 2019.

Everaldo Martins da Costa
Everaldo Martins da Costa
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL.

Duclecio Correia da Silva



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: 10026326403 Nome completo da vítima: Duclecio Correia da Silva

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

Nome completo: Duclecio Correia da Silva CPF: 10026326403
Profissão: RECUSO Endereço: SIT. CAMPIN DE CHEIRO DE CIMA Número: S/N Complemento: CASA
Bairro: ZONA RURAL Cidade: CAAPORA Estado: PI CEP: 58326-000
E-mail: _____ Tel./DDD: (83) 981086128

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 (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1033 CONTA: 106950 5
(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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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, João Pessoa, 08/04/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Duclecio Correia da Silva

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.



Poupança



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 211424 Atd: Nao Regul
Data: 09/03/2019
Hora: 21:47:54
Recepcionista: GABRIELA DA COSTA / EI
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: DUCLECIO CORREIA DA SILVA Num. de vezes atendido: 1
CNS: 898000418427293 Sexo: M CARTAO SUS: 898000418427293 Fone: 991148950
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 11/04/1993 Id: 25 ano(s)

End.: SITIO CAPIM DE CHEIRO, 00

Bairro: ZONA RURAL Cidade: CAAPORA UF: PB

Mae: JOSEFA CORREIA DE LIMA SILVA

Pai: SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: MONTADOR SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ESPOSA/JESSICA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: SAMU

Causa de acidente por: COLISAO MOTOXCARRO AS 19.00 CAAPORA

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

PACIENTE COM TRAUMA EM PUNHO (SIC)

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave
☐ Politraumatizado ☐ Convulsao
☐ Hemorragia ☐ Dispneia
☐ Diarreia ☐ Agitado
☐ Regular ☐ Chocado
☐ Vomito
Observacao
SAMU

Traga alergias. Nega vacinação atualizada.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico) Paciente trazido pelo SAMU, intin de colar cano x moto. Nega perda da consciencia, náuseas, vômitos, efeitos de mtor. Sinais de capote. Ao exame fisico: A) nas arias pulares. Nega e mcaign. B) expunando um ar ambiente. C) Sem alteracoes abdominais, forais en pericard. D) Consciente e orientado. Glasgow 15. E) presença de lesao corti - contu em perna, tornozelo e planta da pe com prejuizo da mobilidade. Dor em movimentacao ativa e passiva em HSI.

Conduta

1) Rx de tornozelo e antebraço E
2) limpeza + sutura
3) tratacao da ortopedia

Prescricao

Horario da medicacao

Dr. Leandro Nobrega
CRM-PB 7689

Dr. David Anderson R. Silva
CRM-PB 10.941

SOT.

RM. FURTURA DE ULNA @ (FETURM)
FURTURA DO 2º MTT @ (FETURM)
FENOMENOS COMO CONTUSOS EM

Paciente vítima de acidente de trânsito, no qual
ocorreu uma queda de altura, apresentando
Data e Hora: _____ PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)
Sem lesão de pele, pulso radial e ulnar
Furtura com contusos em puno @
cd. Ao Amigo - para ser visto
ambos os lados.
Intervenção para fratura

LAURÉ F. C. Junior
Ortopedia/Traumatologia
CRM-05-6018/TEOT-13839

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] I

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Médico

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: 30/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DUCLECIO CORREIA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000106950-5

Nr. da Autenticação 3AA3056F702616EB

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolus para simples pagamento da taxa fiscal/conta de energia elétrica. Nº 021.314.808



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-483
CNPJ 09.095.183 / 0001-48 Insc.Est. 18.015.822-0

DADOS DO CLIENTE

JESSICA MACHADO DE OLIVEIRA
SIT CAPIM DE CHERO DE CIMA S/N
CAAPORA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1565793-5

REFERÊNCIA

MAR/2019

APRESENTAÇÃO

06/03/2019

CONSUMO

66

VENCIMENTO

13/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 20,47

Acesse: www.energisa.com.br



DEPÓSITO

JESSICA MACHADO DE OLIVEIRA

Roteiro: 02-018-110-1970

83620000000-5 20470054000-6 15657932019-3 03700018019-2

VENCIMENTO

13/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 20,47

MATRÍCULA

1565793-2019- 03-7



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, GEMERSON MACHADO DE OLIVEIRA,
RG nº 3189893, data de expedição 07/06/06,
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 076.822.864-66, com
domicílio na cidade de CAAPORA, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
SÍTIO CARIM DO CAIÃO, nº 5/N,
complemento ZONA RURAL, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima DUCLECIO CORREIA DA SILVA cujo o condutor era
DUCLECIO CORREIA DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA 150 FAN ESD
Ano: 2011
Placa: OEX-4180
Chassi:
Data do Acidente: 08/02/2019
Local e Data: CAAPORA - PB 08/04/2019

Gemerson Machado de Oliveira
Assinatura do Declarante

Duclecio Correia da Silva
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO SOUSA SOARES - NOTAS, DOC. E
Travessa do Forum, S/N, Centro, Caapora - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de
GEMERSON MACHADO DE OLIVEIRA

Dou fé. Caapora/PB - 15/04/2019

Escrevente: Hermógenes Bezerra Gomes Filho

Selo Digital: AIK10448-PJQC

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Fmnl R\$ 0 01 FARPEN R\$ 0 29 MP R\$ 0 16 AFPPI R\$ 1 98

Hermógenes Bezerra Gomes Filho

Escrevente



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME DUCLECIO CORREIA DA SILVA				PRONTUÁRIO N°	
IDADE 25 anos	SEXO masc	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.12	LEITO: 145
DATA DE ADMISSÃO: 09/03/2019		DATA DE ALTA: 20/03/2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura/ LUXAÇÃO DE MONTEGIA				CID S52.2	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
Rx de antebraço demonstrando solução de continuidade óssea da ulna e luxação de cabeça do úlio					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA		COMPREV			
ANATOMIA PATOLÓGICA		16 ABR. 2019			
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO		COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA		PROTÓCOLO			
CONDICÕES DE ALTA		AG. JOÃO PESSOA			
(X) MELHORADO		() REMOVIDO		() A PEDIDO	
ÓBITO		() CURADO		()	

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de ulna foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placa dcp. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

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

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

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

MEDICAÇÕES PARA CASA: Ciprofloxacina e Deocil

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em **15** dias para revisão. (dr. Tibiriçá)

20/03/2019
DATA

Dr. Pedro Pietrzaki Cerutti
Médico
CRM-PE 27751

ASS. MÉDICO / C.R.M

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Duclécio Correia da Silva Data da Admissão: 09/10/19
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: Dor e insomnias em Anteroloco

HDA: Paciente em fase de avaliação de med. e diagnóstico. Dor e insomnias em Anteroloco.

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

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

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

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

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

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Cas

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NE _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

*Rx fratura de pulso
fratura de 2ª MTT.*

Hipóteses Diagnósticas: _____

Fratura de Ulna (C)

Conduta: _____

Tratamento para fratura

Lauri F. C. Junior
Ortopedia Traumatologia
CRM: 13839

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em DDAI sob anestesia
- Assépsia + Antiseptico + Campo estéril

Incisão:

- Incisão na via anatômica do Ulna

Achados:

Conduta:

- Realizada abordagem por plano
- Redução dos fragmentos + fixação com placa DCP 3,5 + parafusos.

Fechamento:

Sutura por plano
Curativo

OBS:

Solicito Rx anteroposterior e latero-medial do punho e rádio

Data: ____/____/____

Dr. Tiberio Medeiros
Ortopedia Traumatologia
Cirurgia Ombro e Cotovelo
CRM-PB 7296 CREMERB 1474
TE07 15089

MÉDICO/CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
CARTÃO NACIONAL DO DOENTE S/A

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1435491224

PROVIDO 11 ASTERISK
1435491224

DUOLACIO CORREIA DA SILVA

CPF
100.763.204-03 22/04/1993

PAISAGEM
SEVERINO CORREIA DA SILVA
JOSEFA CORREIA DE LIMA SILVA

DATA DE NASCIMENTO
04/10/2020 04/04/2013

OBSERVAÇÕES

medico Louisa da Silva

LOCAL
04/10/2020 04/04/2013

PROVIDO 11 ASTERISK
1435491224

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
16 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PE

DOUGLAS CORRÊA DA SILVA

1911353-808 PE

100.763.284-09 **21/04/1993**

SEVERINO CORRÊA DA SILVA
A FILHO
JOSEFA CORRÊA DA SILVA
SILVA

05811412641 **04/10/2017** **26/04/2013**

DOUGLAS CORRÊA DA SILVA

04/10/2017

PERNAMBUCO

1485491224

PROIBIDO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
16 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

1.013.28.25270
JETHAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

013128625270

CAP / POT / OL		GITEKIRA
2 P / 149	71	PARTIC

00/00/0000

V	—	AXA	PVA
A		12	2

SAC/INT/DOIR

PF (MAG TAP) (RND) (15)

EGUNO OBRIGATORIO DE DA
AUTOMOTORES DE VEHICULO
TRANSPORTADO

PB № 0139. PB 29

ESTE É O SEU BI
PARA MAIS INFO
AS CONDIÇÕES

IN WIN. S. B. GU
SAC DPV

— 102 —

REQUIREMENTS

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEPHONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

- DOCUMENTOS BÁSICOS - D

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CE
- DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFOR
- TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DA
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE F
- SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA
- (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO D
- () CONFIRMAR OS DADOS BANCÁRIOS. TAIS CO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARIOS

-) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE
) CARTEIRA DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO
) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER
) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE
) DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA O

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.5
- INVALIDEZ PERMANENTE DAS LESÕES E DE
- DESPESAS MÉDICAS VARIAM CONFORME

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÁ SER LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA Dr. Roberto V. V. V. V.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190280247 **Cidade:** Caaporã **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DUCLECIO CORREIA DA SILVA **Data do acidente:** 09/03/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA ULNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 4, 5

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190280247 **Cidade:** Caaporã **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DUCLECIO CORREIA DA SILVA **Data do acidente:** 09/03/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA ULNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 4, 5

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0130731/19

Vítima: DUCLECIO CORREIA DA SILVA

CPF: 100.763.264-03

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 09/03/2019

Titular do CPF: DUCLECIO CORREIA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

DUCLECIO CORREIA DA SILVA : 100.763.264-03

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/04/2019
Nome: DUCLECIO CORREIA DA SILVA
CPF: 100.763.264-03

DUCLECIO CORREIA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2019
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE