
Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200201989

Vítima: YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

Data do Acidente: 09/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

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, 05 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200201989

Vítima: YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

Data do Acidente: 09/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200201989

Vítima: YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

Data do Acidente: 09/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200201989

Vítima: YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

Data do Acidente: 09/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 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: YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000007730

Conta: 0000045597-4

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: **Yago Chuan M. Ferreira**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR 11/SEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: **Yago Chuan M. Ferreira** 6 - CPF: **309.746.084-32**
7 - Profissão: **Recuso** 8 - Endereço: **Rua Bom Jesus** 9 - Número: **347** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **Sesi** 12 - Cidade: **Bayeux** 13 - UF: **PB** 14 - CEP: **58305-000**
15 - Telefone: **(83) 98663-4900**

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\$1,00 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): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
Nome do BANCO: **Itaú**

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: **7730** CONTA: **46597** **4**
(Informar o dígito se houver) (Informar o dígito se houver) (Informar o dígito se houver) (Informar o dígito se houver)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a qualquer tempo, desde que não haja restrição de crédito, ressalvando o direito de receber.

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

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

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

Pelo motivo 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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 decida do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO(S) BENEFICIÁRIO(S) - 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 - Grupos Aparentes com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima ou o companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou residir/vai nascer? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Entro em ciência de que a Seguradora LIDER pagará, caso aprovado, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos(à)s beneficiário(s) que se apresentarem e prova em esta condição, estando, perante a lei, o(a) qualquer um dos(as) ou de qualquer um dos(as) beneficiário(s), poderá garantir a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade civil decorrente do acidente de trânsito.

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

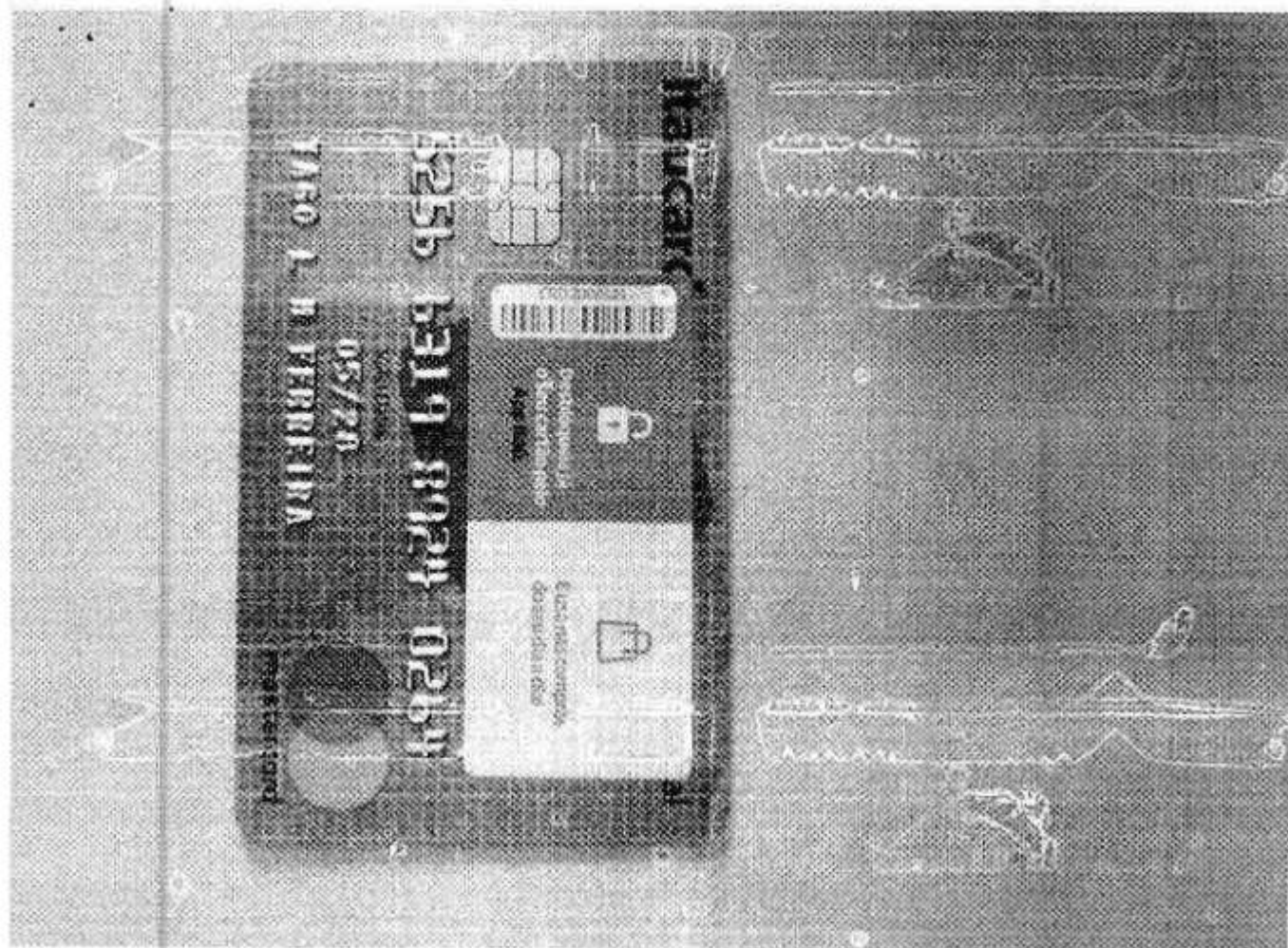
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

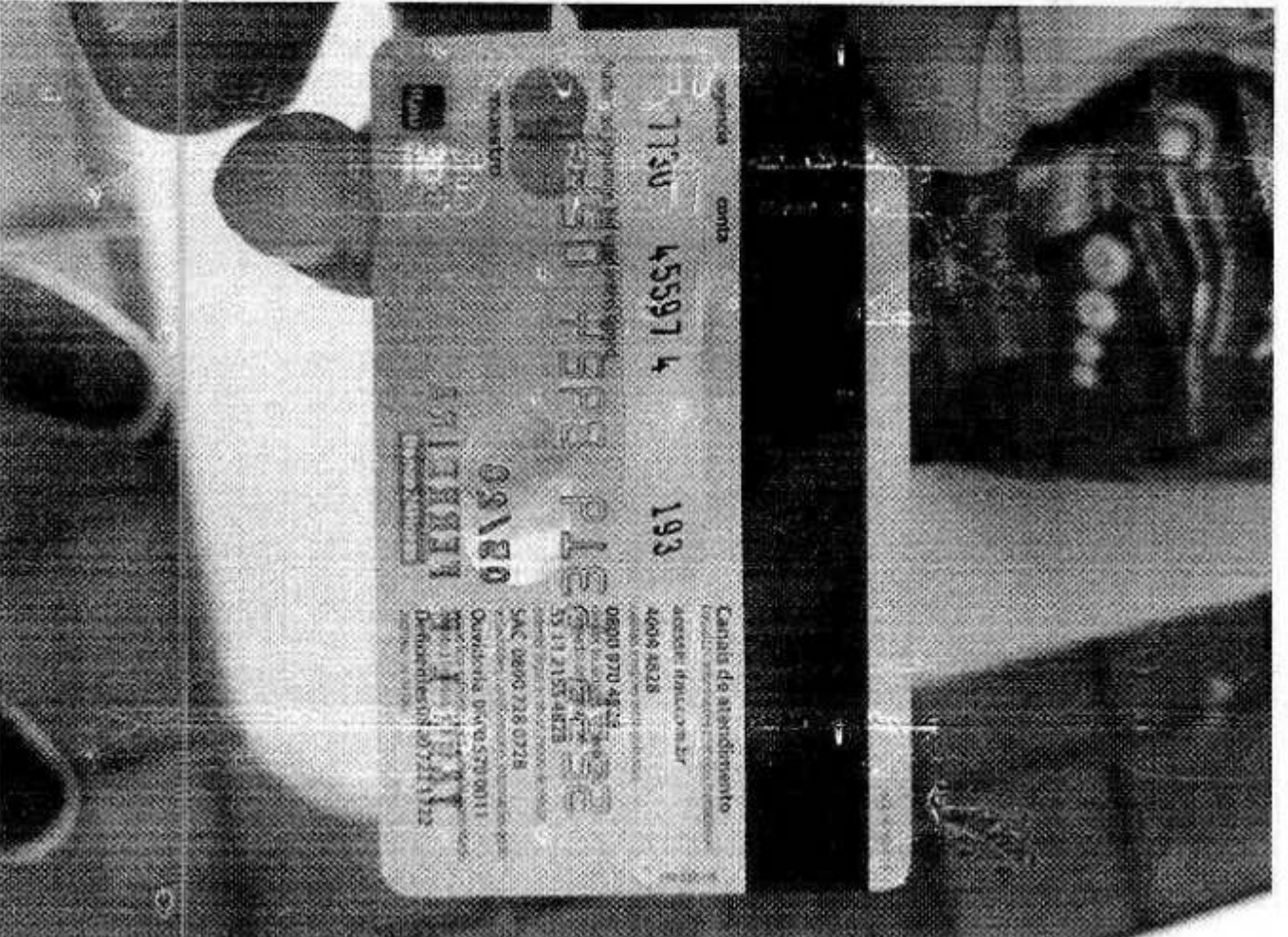
João Pessoa - PB 03/07/2020
Yago Chuan M. Ferreira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Proprietário (se houver)



C/C



C/C



CERTIDÃO DE REGISTRO DE Ocorrência
Nº 024019.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 024019.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettowen Carvalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 12:52 min do dia 20/05/2020, na Delegacia Online, **YAGO LUAN MARINHO FERREIRA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão AUTONOMO, natural de João Pessoa, nascido(a) em 12/04/1992, idade 28, estado civil Solteiro (a), de cor Parda, filho(a) de MARIA DE LOURDES MARINHO FERREIRA e NAO INFORMADO, CPF 109.746.084-32, residente e domiciliado(a) no(a) RUA BOM JESUS, nº 14, complemento CASA B, bairro SESI, na cidade de Bayeux/PB. CEP: 58305000, telefone(s) 83987340793, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 09/01/2020 01:30h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: AV LIBERDADE, SESI, Bayeux/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Conduzia sua moto HONDA NXR 150 BROS ES, COR PRETA, PLACA OFD3294/PB, CHASSI 9C2KD0550CR595606, em nome de WILLIAN BATISTA DOS SANTOS FILHO, CPF de nº 080074117494, quando trafegava na avenida Liberdade, próximo ao binário, quando o pneu dianteiro da moto estourou, o mesmo perdeu o controle da moto caindo ao solo, sendo socorrido por terceiros para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena e transferido para o Complexo Hospitalar de Mangabeira.

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 fê.

Yago Luan Marinho Ferreira
YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

EE8CEEA1901D68005C1BA0CD852A0E56

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:
 3 - CPF da vítima: 109.746.084-32
 4 - Nome completo da vítima: Yago Juan Marinho Ferreira

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

5 - Nome completo: Yago Juan Marinho Ferreira
 6 - CPF: 109.746.084-32
 7 - Profissão: Recusa
 8 - Endereço: Rua Bom Jesus
 9 - Número: 347
 10 - Complemento:
 11 - Bairro: Sesi
 12 - Cidade: Bayeux
 13 - Estado: PB
 14 - CEP: 58305-000
 15 - E-mail:
 16 - Telefone: (83) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.501,00 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)
 ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
 Nome do BANCO: Itaú
 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 a dívida, desde já e somente após a elevação do crédito, duração 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 este requerente não apresenta 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 ☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima declarado, solicito a seguradora Líder a emitir o laudo de incapacidade para o pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em mensurar a avaliação médica das costas da seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 4º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar o caso discordar 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:
 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não
 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:
 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 -
 35 - Nome legível de quem assinou a peça a pedido
 36 - CPF legível de quem assinou a peça a pedido
 37 - (*) Assinatura de quem assinou a peça a pedido
 38 - 1ª Nome:
 CPF:
 Assinatura da testemunha
 39 - 2ª Nome:
 CPF:
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 04/06/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Banco Itaú S/A

C/C

BANCO ITAÚ S/A - INFORMAÇÕES DE BENEFÍCIO
AGÊNCIA: 8757 DATA: 21/05/2020 HORA: 09:23:23
AGÊNCIA PAGADORA: 7750 DEB: 63238
BENEFÍCIO: 0631163891-0
NOME: YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

DATA HISTÓRICO
25/03 AG. SAQUE INSS 0631163891
25/03 PGTO INSS 06311638910

VALOR

7.33

POSICAO EM 21/05/20 -----
(+) SALDO
(+) BENEFÍCIO A RECEBER
(-) SALDO DISPONÍVEL P/SAQUE

3.00

OS SALDOS ACIMA SÃO BASEADOS NAS INFORMAÇÕES
DISPONÍVEIS ATÉ ESSE INSTANTE E PODERÃO SER
ALTERADOS A QUALQUER MOMENTO EM FUNÇÃO DE
NOVOS LANÇAMENTOS

ÚLTIMA PROVA DE VIDA: 06/05/2020

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

BANCO: 341

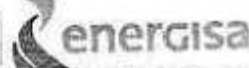
AGÊNCIA: 07730

CONTA: 000000045597-4

Autenticação:

DC70757E49E8C6DDFEE275FDF2B66E20C95A458D50D7EDC761B2F9ABDE07DE91

MARIA LUIZA DA SILVA SOUZA
RUA BOM JESUS, 147/B - SEB
BAYEUX/PB CEP: 58300000-400 (1)



REGIÃO ABASTECIMENTO DE ENERGIA
9220, K26 - C1 EDC - J. FA/B - CEP 58071-680
CJ09095.103/0001-40 I.C.E. 15.015.223-9

Ligação: MONOFÁSICA
Cte/Soc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIKA FENOA
Ribeiro 3 - B - 121 - 904
Medidor: 00019014204
Referência: Jan / 2020
Emissão: 09/01/2020

APLICAÇÃO DE DESGASTO: 006 875 941
Cód. para Dth Autenticação: 80613751791

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Jan / 2020	08/01/2020	05/02/2020	119.484.754-48

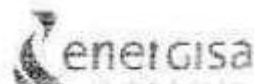
UC (Unidade Consumidora): 5/1875170-1

Canal de contato

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSE foi criada pela Lei nº 10.438, de 25 de abril de 2002.
Aproveite o 12º e regularize suas contas em atraso, podendo negociar sua dívida com juros e multa reduzida.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias			
Data	Leitura	Data	Leitura						
06/12/19	4227	08/01/20	5328	1	241	32			
Demonstrativo									
Cód. Descrição		A. ADIC. AFAC.		A. BAECAL. P.		C. BAECAL. S.		C. BAECAL. T.	
		R		A (R)		R (R)		R (R)	
				1000		1000		1000	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	
				16		16		16	

BOLETO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal

Documento não é documento de crédito

Nº 342 343 155

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

Br-230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 55071-400

CNPJ 09.095.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE	CDC - CODIGO DO CONSUMIDOR
JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 JOAO PESSOA	5/1698281-1

REFERENCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
ABR/2020	20/04/2020	174	28/04/2020	R\$ 150,83

Acesso: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03150.241006 09367.294111 1 82390000015083				
Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-45				
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440009367294	001698281202004	28/04/2020	R\$ 150,83	
BENEFICIÁRIO ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-880				
Agência / Código do Beneficiário: 3054-1/2447-3				



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 85 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/SIBLIQTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=25636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754 / 74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Yago Chuan Marinho Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.746.084 / 32

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Yago Chuan Marinho Ferreira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.746.084 /, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Changabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 04/06/2020

Alexandria Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Data: 09/01/2020

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 09:39:33

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Recepcionista: GEOVANA DO SANTOS

FAX: () - CNPJ:

Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

Num. Prontuario: 2020.01.000892

Nome Social: NAO INFORMADO CPF:

CNS: 161865635110003 Sexo: M OUTROS: 230182401003 Fone: 987488837

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 12/04/1992 Id: 27 ano(s)

End.: EUA BOM JESUS, 14

Bairro: SESI Cidade: BAYEUX UF: PB

Pai:

Mae: MARIA DE LOURDES MARINHO FERREIRA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: COZINHEIRO

Escolaridade: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: ESPOSA MARIA LUIZA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL DE TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[X] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Que a Principal

PACIENTE ENCAMINHADO DO HEEETSHL COM FRAT
EXPOSTA DE MAO DIREITA, CONFORME PACTUACAO SIC

NEGA ALERGIA SIC.

Historia - Exame Fisico (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

desto
EV

!

Ref. vitima de acidente de usf de 10 horas
afirma L. ALISHA

fr. metacarpo D aus
Conduta: Sutura + pontos p/ fr. metacarpo
Prescricao: Sutura e pontos de fr. metacarpo D
15/01/2020

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Qtd.	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução

Assinatura e Carimbo da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão: _____

PROCEDIMENTO REALIZADO:

DESTINO DO PACIENTE:

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐
☐ Alta a Pedido ☐ Enfermaria Óbito: ☐ Atestado ☐

 M. de Lourdes M. Ferreira
Assinatura do Paciente / Responsável

Assinatura e Carimbo



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Yago Lucas Mota Faria Data da Admissão: 09/01/2020
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Religião: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Data de Nascimento: 1/1
Escolaridade: _____

QPD: Doença crônica - não é a 1ª vez
HDA: Paciente com doença crônica - não é a 1ª vez
Admissão em 10/01/2020
Ficou em observação.

Medicações em uso: Ø

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
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ 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 Rios [] Casa de T=

[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

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: _____

Hipóteses Diagnósticas: Expos. cadáveres 3

Conduta: LMC + S.T.M

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob
assepse e antisepsia
posição de Bonnet com
oposição de campos esteril

Incisão:

Incisão da região dor-
so mto ①

Achados:

Visualizado de fr
4 metacarpó distal com
fratura 3º metacarpó

Conduta:

Limpes do foco de fr
Redução dos fragmen-
Aposição de Placa de
304 uso de INTENSIF
de Juncosun.
Aposição de 2 fios
em 3º m t e ① 304
uso do, intensifica
de Juncosun.

Fechamento:

OBS:

Data: 24/01/2020

Dr. Klênio F. da Nóbrega
CRM 11.094 PB
Ortopedia e Traumatologia

MÉDICO



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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGRE
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2293262

Paciente
YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

Data de nascimento
12/04/1992

Mãe
MARIA DE LOURDES MARINHO FERREIRA

Endereço
BOM JESUS, 14

Acidente
QUEDA / OUTROS
Data/Hora Classificação
09/01/2020 03:46:19

BAE
1215228
Sexo
Masculino

Bairro
SESI

Motivo:
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Data/Hora Entrada
09/01/2020 03:46:19
CNS

Município
BAYEUX
Profissional
JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
Data/Hora Prescrição
09/01/2020 08:05:39

Data Baixa

Telefone de Contato
(83) 98748837
Prontuário

UF
PB
Nº Cons. Regional
185222/SP

ANAMNESE

PACIENTE COM RELATO DE QUEDA DE MOTO. ERA O CONDUTOR E NÃO FAZIA USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS E AMNÉSIA APÓS ACIDENTE. AO EXAME: ESCORIAÇÕES EM FACE, FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA MÃO DIREITA. CD: RX DE MÃO DIREITA AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA
(09/01/2020 04:01:28-BENEDITO B RIBEIRO)

ORTOPEDIA DOR E FERIMENTO NO DORSO DA MÃO DIREITA APOS QUEDA DE MOTO HOJE AS 02 E 30 NEGA OUTRAS QUEIXAS E OUTROS TRAUMAS ADM PREJUDICADO NEUROVASCULAR PRESERVADO RX: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA MÃO DIREITA CDT: AO ORTOTRAUMA CONFORME PACTUAÇÃO AT/TERAPIA MAIS SAT CURATIVO ANALGESIA ORIENTAÇÕES STAFF DR ALBERTO
(09/01/2020 08:05:39-JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO)

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MG/SM)
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES:: EM 100 ML DE SF)
CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 1 DIA(S)
SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MG/SM)
CETOROLACO DE TROMETANINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE MÃO DIREITA

I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES:: LIMPEZA E CURATIVO)

CID10

W01.0 - Queda no mesmo nível por escorregão, tropeção ou passos em falsos [traspés] - residência
T14.9 - Traumatismo não especificado

Dados coletados anteriormente ☐ utilizar na impressão?

Conduta

Alta médica

Enfermeiro

JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
(CRM: 185222/SP)

Dr. Jose Rogaciano
CRM: 185222/SP

08.024.581/0004-02
Prefeitura Municipal de Bayeux
Secretaria Municipal de Saúde

TRANSFERÊNCIA

UPA - BAYEUX
CODIGO DA UNIDADE 7927908
URGENCIA

NOME: Logo Luan Marinho Ferreira
DESTINO: Hosp. de Trauma DATA E HORA DA ADMISSÃO: 03:00 AS 09/01 H
CONTATO PRÉVIO: Julia DATA E HORA DA TRANSFERÊNCIA: 03:30 AS 09/01 H

HISTÓRIA CLÍNICA/EXAME CLÍNICO

PA: _____ FR: _____ FC: _____ TEMPERATURA: _____
Paciente com quadro de TCE leve e edema com dificuldade de mobilização e
pescoço direito após queda de moto (sem capacete). Sinais cefálicos, tórax, diplopia,
deficit focais e nistagmo. Apresenta exortose pelo corpo e em região temporal
esquerda.

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA/HORÁRIO


EXAMES REALIZADOS/RESULTADOS

Não dispomos de Rx na unidade!

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA - INDICAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

TCE leve
fratura de mão D?

OBSERVAÇÕES:


Gilmar Leite Pessoa Filho
Médico
CRM-PB 12186

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:



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

seg

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	YAGO LUAN MARINHO FERREIRA
DATA DE NASCIMENTO	12/04/92
NOME DA MÃE	MARIA DE LOURDES MARINHO FERREIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.215.228
DATA DO ATENDIMENTO	09/01/20
HORA DO ATENDIMENTO	03:46
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE OSSOS DA MÃO DIREITA
CID 10	S62.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

EXTRAÍDOS DO BOLETIM DE ENTRADA. PACIENTE FOI ATENDIDO NESTE SERVIÇO, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, COM TRAUMA EM MÃO DIREITA. PRESENÇA DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA MÃO DIREITA. ENCAMINHADO PARA O ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX MÃO DIREITA

RESULTADOS DOS EXAMES:

FRATURA DE OSSOS DA MÃO DIREITA

TRATAMENTO:

IMOBILIZAÇÃO

ALTA HOSPITALAR:	09/01/20
DATA DA EMISSÃO:	12/06/20

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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



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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGRE

o trabalho

geral

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

Boletim de Atendimento: 1215228



Identificação do paciente				Sexo Masculino
ID 1474143	Nome YAGO LUAN MARINHO FERREIRA		Estado civil UNIAO ESTAVEL	Religião
Data de nascimento 12/04/1992	Idade 27 anos 8 meses 28 dias	Pai NAO DECLARADO		Prontuário
Mãe MARIA DE LOURDES MARINHO FERREIRA	Responsável (Parentesco) MARIA LUIZA DA SILVA SOUZA - ESPOSO(A)			
Escolaridade	DDD		Telefone	
DDD Celular 83	Celular 987488837	Nº Cns		
Tipo documento	Número documento	Tipo BAIRRO	UF PB	
Local de procedência SESI	CBO/R			
Email	Naturalidade JOAO PESSOA			
Endereço				
CEP 58306060	Município de residência BAYEUX	UF PB	Logradouro BOM JESUS	
Número 14	Complemento		Bairro SESI	
Admissão				
Data e Hora 09/01/2020 03:46:19	Número da pulseira 100008070127		Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		Origem do paciente RUA	
Classificação de risco	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA			
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte AMBULANCIA	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 BRUNO FERNANDES DE MENEZES				Tempo 01min 26seg

Imprimir



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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGRE
o trabalho**

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

Paciente
YAGO LUAN MARINHO FERREIRA
Data de nascimento
12/04/1992
Idade
27a 8m 28d
Mão
MARIA DE LOURDES MARINHO FERREIRA
Endereço
BOM JESUS, 14
Acidente
QUEDA / OUTROS
Data/Hora Classificação
09/01/2020 03:46:19

BAE
1215228
Sexo
Masculino

Data/Hora Entrada
09/01/2020 03:46:19
CNS

Data Baixa

Telefone de Contato
(83) 987488637
Prontuário

UF
PB
Nº Cons. Regional
185222/SP

Bairro
SESI

Município
BAYEUX
Profissional
JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
Data/Hora Prescrição
09/01/2020 08:05:39

ANAMNESE

PACIENTE COM RELATO DE QUEDA DE MOTO. ERA O CONDUTOR E NÃO FAZIA USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS E AMNÉSIA APÓS ACIDENTE. AO EXAME: ESCORIAÇÕES EM FACE, FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA MÃO DIREITA. CD: RX DE MÃO DIREITA
AVALIAÇÃO DA ORTOPEdia
(09/01/2020 04:01:28-BENEDITO B RIBEIRO)

ORTOPEdia DOR E FERIMENTO NO DORSO DA MÃO DIREITA APOS QUEDA DE MOTO HOJE AS 02 E 30 NEGA OUTRAS QUEIXAS E OUTROS TRAUMAS ADM PREJUDICADO NEUROVASCULAR PRESERVADO RX: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA MÃO DIREITA CDT: AO ORTOTRAUMA CONFORME PACTUAÇÃO ATBTERAPIA MAIS SAT CURATIVO ANALGESIA ORIENTAÇÕES STAFF DR ALBERTO
(09/01/2020 08:05:39-JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO)

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0.0 (MGTSM)
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES:: EM 100 ML DE SF)
CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 1 DIA(S)
SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0.0 (MGTSM)
CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE MÃO DIREITA
I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES:: LIMPEZA E CURATIVO)

CID10

W01.0 - Queda no mesmo nível por escorregão, tropeção ou passos em falsos [traspés] - residência
T14.9 - Traumatismo não especificado

Dados coletados anteriormente ☒ utilizar na impressão?

Conduta

Alta médica

Enfermeiro

JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
(CRM: 185222/SP)



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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUIE
o trabalho**

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

Paciente YAGO LUAN MARINHO FERREIRA	BAE 1215228	Data/Hora Entrada 09/01/2020 03:46:19	Data Baixa
Data de nascimento 12/04/1992	Idade 27a 8m 28d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987488837
Mãe MARIA DE LOURDES MARINHO FERREIRA	Bairro SESI	Município BAYEUX	Prontuário
Endereço BOM JESUS, 14	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional BENEDITO B RIBEIRO	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS		Data/Hora Prescrição 09/01/2020 04:01:28	Nº Cons. Regional 11820/PB
Data/Hora Classificação 09/01/2020 03:46:19			

ANAMNESE

PACIENTE COM RELATO DE QUEDA DE MOTO. ERA O CONDUTOR E NÃO FAZIA USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS E AMNÉSIA APÓS ACIDENTE. AO EXAME: ESCORIAÇÕES EM FACE, FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA MÃO DIREITA. CD: RX DE MÃO DIREITA AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0.0 (MGTSM)
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES:: EM 100 ML DE SF)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE MAO DIREITA

CID10

W01.0 - Queda no mesmo nível por escorregão, tropeção ou passos em falsos [traspês] - residência

Conduta

Em observação

Dr. Benedito B. Ribeiro
Médico
CRM-PB 11820
CNS 898 0025 8928 2206

Enfermeiro

BENEDITO B RIBEIRO
(CRM: 11820/PB)

Boletim registrado por: BRUNO FERNANDES DE MENEZES em 09/01/2020 03:47:45

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de Nascimento		Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
YAGO LUAN MARINHO FERREIRA	12/04/1992		27a 8m 28d	MASCULINO	1215228		09/01/2020 04:01:28
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição				
			09/01/2020 04:01:00 - 10/01/2020 04:01:00				
Convenio	Matrícula		Senha				
SUS							
Data da entrada:		Data da Internação:		Permanência na		Permanência no	
09/01/2020 03:46:19				15min			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admin.	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 DAPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.			AGORA
2 CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG	Observação: EM 100 ML DE SF	E.V.			AGORA

Reimpresso por:
dia:

BENEDITO B RIBEIRO
CRM: 11820

9022 9265 5204 444 544

028 11 20000000

Assinatura e Carimbo do Profissional
Benedito B Ribeiro

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 09/01/2020
Usuário: JOSE
Boletim 1215228

Nome: YAGO LUAN MARINHO FERREIRA
Data de Nascimento: 12/04/1992
Sexo: MASCULINO
Idade: 27a 8m 28d
Nº Prontuário: 1215228
Data Prescrição: 09/01/2020 08:05:39
Validade da Prescrição: 09/01/2020 08:05:00 - 10/01/2020 08:05:00

Motivo do Atendimento: Enfermaria / Leito
Matrícula: 222
Permanência na 4h 19min
Permanência no

Convenio: SUS
Via de Admin.: Veloc. Inf.: Pos: Aprazamento

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Observação
1. CEFALOTINA 1G - D(1 / 1) de 1	1000,0	MG	E.V.	AGORA
2. SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML)	5,0	ML	INTRAMUSCULAR	AGORA
3. CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA)	1,0	ML	E.V.	AGORA
4. I-ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM	0,0		Observação: LIMPEZA E CURATIVO	

Reimpresso por:
dia:

Dr. Jose Rogaciano Machado Couto

JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
CRM: 185222

Assinatura e Carimbo do Profissional

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES	
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
<div> <div>  </div> <div> <p>NOME ALEXANDRA CESAR DUARTE</p> <p>DOC. IDENTIDADE / CPF / ENDEREÇO UF 2427738 SMP PR</p> <p>CM 046.502.754-74 DATA NASCIMENTO 21/08/1982</p> <p>PERIÓDO ALEXANDRE DE ARADJO DUARTE MARCIA CESAR DUARTE</p> <p>PLACADO ALC D</p> <p>Nº FISCAL 01851269660</p> <p>VIGÊNCIA 16/01/2019</p> <p>1ª EMISSÃO 29/06/2001</p> </div> </div>	
<div> <div>  </div> <div> <p>ASSINATURA DO TITULAR</p> </div> </div>	
<div> <div>  </div> <div> <p>ASSINATURA DO TITULAR</p> </div> </div>	
<div> <div> <p>LOCAL JOÃO PESSOA, PB</p> </div> <div> <p>DATA EMISSÃO 17/01/2014</p> </div> </div>	
<div> <div> <p>66588356744</p> </div> <div> <p>PB027918595</p> </div> </div>	
<div> <div> <p>JOÃO PESSOA, PB</p> </div> </div>	

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
894056231

PREMIUM PLATINUM
894056231

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO
SECRETARIA DE REGISTROS PÚBLICOS DE EMPREGO

CARTeira DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

138.20465.27-7

4784275 002-0 PB

YAGO LUAN MARINHO FERREIRA




Nome: YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

LOC. DE NASC: JOAO PESSOA - PB 12/04/1992

FILIAÇÃO: MARIA DE LOURDES MARINHO FERREIRA

DOC. APRESENTADO: CN 40940FLS062LVA40 CRC BAYEUX-PB

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

LEI Nº 548 DE 18 DE MARÇO DE 1995

LOCAL DE EMISSÃO: SRTE/PB

BRASILEIRO

QUALIFICAÇÃO

TRABALHO MARINHO DE BOMBA D'ÁGUA



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

109.746.084-32

Nome

YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

Nascimento

12/04/1992

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

PROCURAÇÃO

Outorgante: Yago Luan Marinho Ferreira, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão Banhista de Animais, residente e domiciliado à Rua Bom Jesus, nº 14-B, bairro S.E.S., Município de Bayeux, Estado de(o) Pernambuco, Cep: 58306-060, portador(a) do Rg nº 3.661.877, SSP/ PE e CPF nº 109.746.084-32.

Outorgado: Alexandra Bevan Duarte, brasileiro(a), estado civil Casada, profissão adverçada, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal F. Costa Duarte, nº 154, bairro Itaumbé, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 58056-384, portador (a) do RG nº 3627718, SSP/ PB e CPF nº 046.502.754-74.

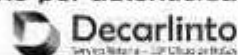
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) Yago Luan Marinho Ferreira, ocorrido em 09/01/2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza imvelidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa, 20 de maio de 2020.

Yago Luan Marinho Ferreira
Outorgante
CPF Nº 109.746.084-32

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



Rua Fernando L. de Herédia, 66 - São João, 75
CEP 50.037-300, João Pessoa-PB
Fone: (31) 3285-4040

Reconhecimento em
e-Identificação

RECONHECIMENTO DE FIRMA Nº 2020-027450
Reconheço por autenticidade a firma de:

YAGO LUAN MARINHO FERREIRA*****

Ou fê, em testemunho de verdade, João Pessoa, PB, 20/05/2020 10:21:24
ENCL: R\$10,22 PEPJ, R\$2,84 CARPEN, R\$9,30 ISS, R\$0,51

SELO DIGITAL: AKB27956-G7MN

Confira a autenticidade em <https://selodigital.fazp.ju.br>

FRANCISCO IURY DE OLIVEIRA MAIA - ESCRIVÃO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0156995/20

Número do Sinistro: 3200201989

Vítima: YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

CPF: 109.746.084-32

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 09/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

YAGO LUAN MARINHO FERREIRA : 109.746.084-32

Autorização de pagamento

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: 17/06/2020
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/06/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200201989 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: YAGO LUAN MARINHO FERREIRA **Data do acidente:** 09/01/2020 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º E 4º METACARPOS À DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PAG 5,6- ANEXO) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA

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 LEVE DA MÃO DIREITA

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50