

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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, retorno 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:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: Yage Chuan M. Ferreira	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR 51/SEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:	6 - CPF:	7 - Profissão:	8 - Endereço:
Recurso Sesi	309.746.084-32	Rua Bom Jesus	9 - Número: 547
11 - Bairro: Sesi	12 - Cidade: Bayeux	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58305-000
15 - E-mail:	(83) 98663-4900		

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1,000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	AGÊNCIA: 77.30	CONTA: 465.97
(Informar o dígito de verificação)	(Informar o dígito de verificação)	(Informar o dígito de verificação)	(Informar o dígito de verificação)
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, se minha titularidade, a vítima, da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que seja destinado ao beneficiário declarado em 40, para a realização das aplicações previstas no artigo 1º da Lei de crédito, não obstante o seu recebimento.			

INVALIDEZ PERMANENTE

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 (I.M.L.) para os efeitos de concessão de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):			
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input checked="" type="checkbox"/> 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 acima relatado, 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 das cias de 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 discordar do seu conteúdo.			

MÓRTE

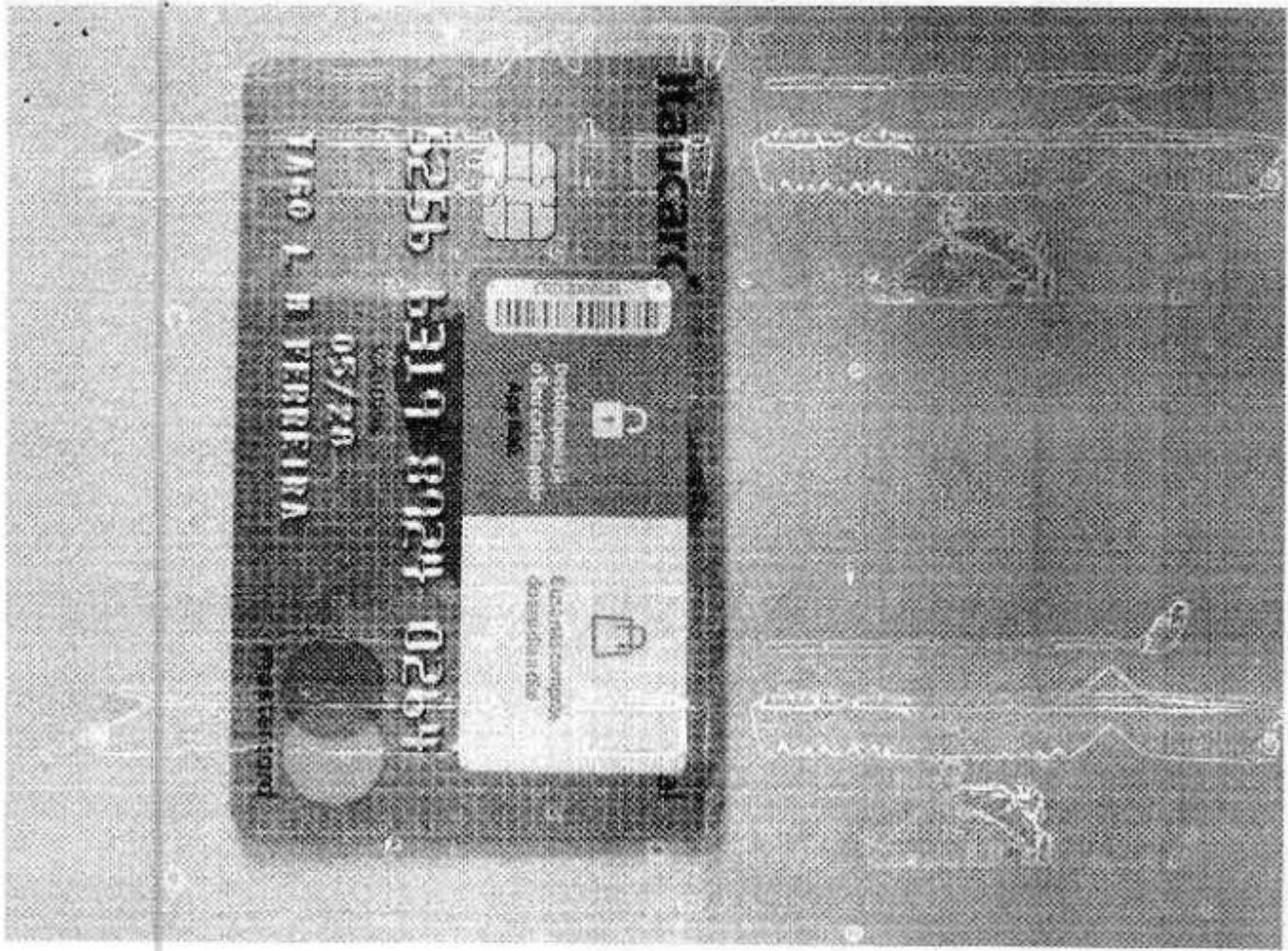
DECLARAÇÃO DE UNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE					
23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado		
24 - Separado judicialmente:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:		
25 - Grau(s) Parentesco com a vítima:	26 - Vítima de: <input type="checkbox"/> Sim	27 - Se a vítima foi ou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tem filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou herdeiros/vitimas? <input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do seguro DPVAT por morte a todos os beneficiários que se apresentarem e atenderem a esta condição, estando, entretanto, anula de qualquer ameaça ou declarar a sua veracidade, podendo garantir a obrigação de restituir o valor recebido, além da respectiva multa, caso constate-se que a declaração é falsa.					

NÃO ALFABETIZADO

34 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido	35 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido	36 - Local e Data, Assinatura da testemunha
37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
	Assinatura da testemunha	Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	42 - Assinatura do Procurador (se houver)
João Pessoa - PB 03/09/2020 Yage Chuan M. Ferreira		



C/C.



2



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 Bettown 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 n.º 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

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 clicada 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:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sindicato ou ASL	3 - CPF da vítima	4 - Nome completo da vítima: Yago Ibuam Marinho Ferreira	
5 - Nome completo	5 - CPF: 309.746.084-32		
7 - Profissão	8 - Endereço	9 - Número	10 - Complemento
11 - Bairro	12 - Cidade	13 - Estado	14 - CEP
15 - E-mail	16 - Tel. (DDD) (83) 98663-4900		

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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:			
<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (selecionar para os bancos abaixo; Assinalar uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: Itaú	
AGÊNCIA: <input type="text"/> 7730	CONTA: <input type="text"/> 0631463891	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente aos efeitos de crédito, cotação 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 inserido na condição 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 atende 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 meu voto assumido, solicito a prosseguição da declaração de que o laudo do Seguro DPVAT, no caso de invalidez permanente, não haverá documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica os médicos da Seguradora Lider para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 192/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão concordância com a futura avaliação médica ou retenção de direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheira?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheira, informar o nome completo:							
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	30 - Vítima deixou naturais filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	33 - Vítima deixou pais/vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não	Vivos:	Falecidos		<input type="checkbox"/> Não	Vivos:	Falecidos		<input type="checkbox"/> Não		

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

MORTE

34	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
	37 - (*) Assinatura da testemunha da declaração

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 09/06/2020

*Yago Ibuam Marinho Ferreira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Itaú Banco Itaú S/A

C/C

BANCO ITAÚ S/A - INFORMACOES DE BENEFICIO
AGENCIA: 6757 DATA: 21/05/2020 HORA: 09:23:23
AGENCIA PAGADORA: 7758 DEI: 63238
BENEFICIO: 0631163891-0
NOME: YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

DATA HISTORICO	VALOR
25/03 AG. SAQUE INSS0631163891	78,00
25/03 PGTO INSS 06311638910	78,00

POSICAO EM 21/05/20 -----
(+) SALDO
(+) BENEFICIO A RECEBER
(-) SALDO DISPONIVEL P/SAQUE

OS SALDOS ACIMA SAO BASEADOS NAS INFORMACOES
DISPONIVEIS ATÉ ESSE INSTANTE E PODERÃO SER
ALTERADOS A QUALQUER MOMENTO EM FUNÇÃO DE
NOVOS LANÇAMENTOS

ULTIMA PROVA DE VIDA: 

ITAU - 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

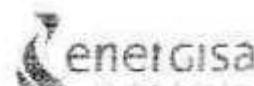
AGÊNCIA: 07730

CONTA: 000000045597-4

Autenticação:

DC70757E49E8C6DDFEE275FDF2B66E20C95A458D50D7EDC761B2F9ABDE07DE91

BOLETO PARA PAGAMENTO



Documento emitido em:
Data de emissão: 2020-04-20
Número do documento:

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 230, KM 25 - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA - PB - CEP 58071-000
CNPJ 08.828.518/0001-48 - Inscrição Estadual: 16.215.822-0

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

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 03150.241005 09367.2941 1 182390000015083

Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNP.J/CPF: 010.942.224-45
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 58000-000

Nosso-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440009367294	001698281202004	28/04/2020	R\$ 150,83	09.095.183/0001-40

BENEFICIARIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 RESEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.635/98.

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 Cuan Marinho Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.746.084 32
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Yago Cuan 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 Lider-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. 295 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José, 6. Duarte</u>	Número: <u>157</u> Complemento:
Bairro: <u>Hangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u> Estado: <u>PB</u> CEP: <u>58056 - 384</u>
E-mail: <u></u>	Tel.(DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

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

Alexandria Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

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: 292974 Atd: Nao Regulado
Data: 09/01/2020
Hora: 09:39:33
Repcionista: GEOVANA DO SANTOS
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2020.01.000892

Nome: YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

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

Mae: MARIA DE LOURDES MARINHO FERREIRA Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: COZINHEIRO

Escolaridade: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: ESPOSA MARIA LUIZA

Tel/nºc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL DE TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[X] Aparentemente Bem [] Grave

PC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemias: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Que é 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

Sutur + inferior p/RC amig

Prescricao

Horario da medicacao

Lorazepam 0,05g qd
Dose, 156 0,991

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

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

PROCEDIMENTO REALIZADO:

DESTINO DO PACIENTE:

- () Residência () Transferido () Desistência ()
() Alta a Pedido () Enfermaria Óbito: () Atestado ()

José de Loureiro da Ferreira
Assinatura do Paciente / Responsável

Assinatura do Paciente / Responsável

Assinatura e Carimbo

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 09/01/2022

Nome: YAGO LUIZ FERREIRA Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Pronutário: _____

Nome da Mãe: _____ Bairro: _____

Endereço: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Cidade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Sexo: F () M () Cor: _____ Data de Nascimento: / /

Escolaridade: _____

QPD: Dois Sintomas o mais) No 1º dia

HDA: Respirar com dificuldade e tosse → No 3º dia - IDIOMA

Apareceu = náuseas e vômitos

Ficou 5 OBSTRUÇÃO.

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 []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Políuria []Oligúria []Noctúria []Hematúria
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____
[]Amnésia []Litídio []Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []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: Ex POSSE comandos a 3Conduta: LNC + SITUM

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>YOGO LUIS MONINHO</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>29/6/120</i>	Cirurgião: <i>DR EDSON DINOCO</i>			1º Assistente: <i>KLEINIO R.</i>	
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura de 3º e 4º metacôrpo dinâmico</i>					<i>362.</i>
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mágico.</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<i>Raspi + Fixação percutânea.</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 (<input type="checkbox"/>) Sim	Descreva:		
		2 (<input type="checkbox"/>) Não			
Biópsia de Congelação:		1 (<input type="checkbox"/>) Sim			
		2 (<input type="checkbox"/>) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (<input type="checkbox"/>) Enfermaria 2(<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3(<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia é intubado
A posição de como se em oposição, os campos estiverem

Incisão:

Incisão da região dor de uso (1).

Achados: Fissura esética de fuso metacôrneo direito com fratura 3º metacôrneo

Conduta: Limpeza do foco de fratura
reducção dos fragmentos
aproximação de pedaços de 30%, uso de intensificadores de fixação.
aproximação de 2 fios em 3º arco (1) sobre o osso, intensificação de fixação.

Fechamento:

OBS:

Data: 24/01/2020

Dr. Klávio F. da Nobrega
CRM 11.084 PB
Ortopedista Traumatologista

MÉDIC



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONÇALVES, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32185700 - CNEB: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
YAGO LUAN MARINHO FERREIRA	1215228	09/01/2020 03:46:19	
Data de nascimento	Sexo		Telefone de Contato
12/04/1992	Masculino	CNS	(83) 987488837
Mãe	Bairro		Prontuário
MARIA DE LOURDES MARINHO FERREIRA	SESI	Município	UF
Endereço		BAYEUX	PB
BOM JESUS, 14	Motivo:	Professional	Nº Cons. Regional
Acidente	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO	185222/SP
QUEDA / OUTROS		Data/Hora Prescrição	
Data/Hora Classificação		09/01/2020 08:05:39	
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, VÓMITOS E AMNÉSIA APÓS ACIDENTE. AO EXAME: ESCORIAÇÕES EM FACE, FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA MÃO DIREITA. CD: RX DE MÃO DIREITA (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 ORTOGRAUMA CONFORME PACTUAÇÃO ATB 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 (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 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 Machado Couto CRM 185222/SP

03.024.581/0001-72

Prefeitura Municipal de Bayeux

Secretaria Municipal de Saúde

UPA - BAYEUX

CÓDIGO DA UNIDADE 7927908

URGÊNCIA

TRANSFERÊNCIA

NOME: Iago Luan Marinho Ferreira

DESTINO: Hosp de Trauma DATA E HORA DA ADMISSÃO: 03:00 AS 09/01 H

CONTATO PRÉVIO: Tulio 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 mobilidade e perda brusca após queda de moto (sem capacete). Vaga oftálmica, tênia, diplopia, déficit faciais e mímicos. Apresenta exorrecia pelo corpo e na região temporal esquerda.

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA/HORÁRIO

EXAMES REALIZADOS/RESULTADOS

Não disponos 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

508

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 ORTOGRAUMA 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

09/01/2020

18/03



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

GOVERNO
DA PARAÍBASEGUE
o trabalho

geral

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

Boletim de Atendimento: 1215228



Identificação do paciente				
ID 1474143	Nome YAGO LUAN MARINHO FERREIRA			Sexo Masculino
Data de nascimento 12/04/1992	Idade 27 anos 8 meses 28 dias	Estado civil UNIAO ESTAVEL	Religião	Prontuário
Mãe MARIA DE LOURDES MARINHO FERREIRA	Pai NAO DECLARADO			Responsável (Parentesco) MARIA LUIZA DA SILVA SOUZA - ESPOSO(A)
Escolaridade				DDD
DDD Celular 83	Celular 987488837			Telefone
Tipo documento	Número documento			Nº Cns
Local de procedência SESI				Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade JOAO PESSOA			UF PB
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				Clinica
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	Vôo de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	P脉	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por BRUNO FERNANDES DE MENEZES				
Imprimir				



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

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
YAGO LUAN MARINHO FERREIRA	1215228	09/01/2020 03:46:19	
Data de nascimento	Sexo	CNS	Telefone de Contato
12/04/1992	Masculino		(83) 987488837
Mãe	Bairro	Município	Prontuário
MARIA DE LOURDES MARINHO FERREIRA	SESI	BAYEUX	
Endereço		Profissional	UF
BOM JESUS, 14		JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO	PB
Acidente	Motivo	Data/Hora Prescrição	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	09/01/2020 08:05:39	185222/SP
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
(09/01/2020 04:01:26-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 ORTOSURGICO 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 (MGTS)M
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 (MGTS)
CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE MÃO DIREITA
1 - 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?

✓
Luis Henrique
2020-01-09

Conduta

Alta médica

Enfermeiro

JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
(CRM: 185222/SP)



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

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

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

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 [traspés] - residência

Conduta

Em observação

Enfermeiro

BENEDITO B RIBEIRO
(CRM: 11820/PB)

A handwritten signature in black ink, oriented diagonally from top-left to bottom-right. The text appears to read "Benedito B Ribeiro" followed by some smaller, less legible numbers and letters.

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

Data:	19/01/2020
Usuário:	JOSE
Boleto:	1215228
	

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome		Data de Nascimento	Idade	Sexo	Nº Prontuário	Data Prescrição		
YAGO LUAN MARINHO FERREIRA		12/04/1992	27a 8m 28d	MASCULINO	1215228	09/01/2020 08:05:39		
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição		09/01/2020 08:05:00 - 10/01/2020 08:05:00		
Convenio	SUS	Matrícula		Senha				
Nome do medicamento		Dose	U.M.	Orientação do Uso	Via de Admin.	Veloc. Inf.	Pós	Aprazamento
1 CEFALOTINA 1G - D(1 / 1) de 1		1000,0	MG	E.V.				AGORA 08:05
2 SORO ANTITETÂNICO 5.000UI (AMPOLA 5ML)		5,0	ML	INTRAMUSCULAR				28.07
3 CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA)		1,0	ML	E.V.				08:05
4 I. ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM		0,0		Observação: LIMPEZA E CURATIVO				

Data da entrada:
09/01/2020 03:46:19

Data da Internação:
09/01/2020 08:05:00

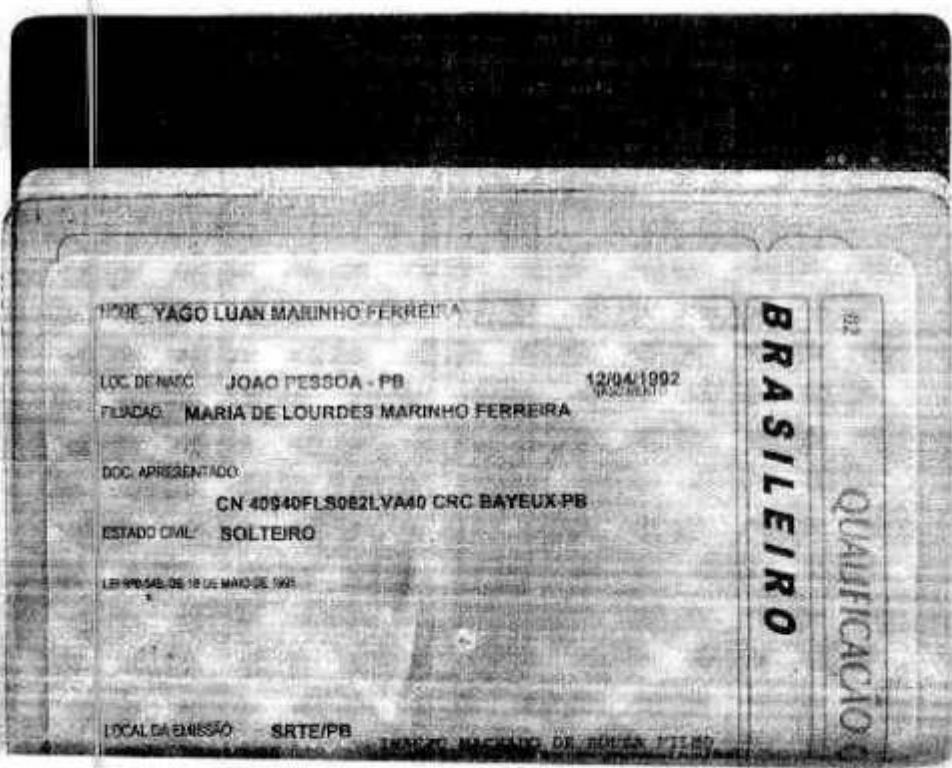
Permanência na
4h 19min

Senha

Dr. JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
CRM: 1865222

Assinatura e Carimbo do Profissional







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) ...Paraíba.., Cep.: ...58306-060.., portador(a) do Rg nº ...3.661.877...., SSP/..... e CPF nº ...109.716.084-32....

Outorgado: Alessandra Renar Duarte, brasileiro(a), estado civil ...CASADA..., profissão ...Advogada..., residente e domiciliado(a) à Rua ...Centro Social 2 Costa Siqueira 154...., bairro ...Monte Belo...., Município de ...João Pessoa...., Estado de (o) ...PB...., Cep. ...58056-384...., portador (a) do RG nº ...2627718...., SSP/ ...PB.... e CPF nº ...046.500.754-74....

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 ...Q.G./...01/2020..., conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.
Processo de natureza ...imediata....

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.

Doas Pessoas, ...20... de ...maio..... de 2020.

Yago Luan Marinho Ferreira,
Outorgante
CPF Nº ...109.716.084-32....

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

 **Decarlinto**
Tudo feito é feito com honestidade e ética.
RECONHECIMENTO DE FIRMA Nº 2020-027458
Reconhecido por autenticidade e firmeza
YAGO LUAN MARINHO FERREIRA
Sou fã do assentamento de verdade. João Pessoa - PB - 20/05/2020 10:21:29
ENOL: R\$10,22 PEPJ: R\$2,84 CARPEN: R\$0,38 IBS: R\$0,51
SELO DIGITAL: AKB27956-G7MN
Confira a autenticidade em <https://selodigital.scbj.jus.br>

FRANCISCO TURY 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/01/2020

Titular do CPF: YAGO LUAN MARINHO FERREIRA

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/06/2020

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

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

Valorização 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