
Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200247294

Vítima: LUCIANO FELIPE

Data do Acidente: 09/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCIANO FELIPE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200247294

Vítima: LUCIANO FELIPE

Data do Acidente: 09/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCIANO FELIPE

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

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.

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, 26 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200247294

Vítima: LUCIANO FELIPE

Data do Acidente: 09/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCIANO FELIPE

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **LUCIANO FELIPE**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **033**

Agência: **000004186**

Conta: **000001040957-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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: ☐ DADS (GASTOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 018.785.344-40 4 - Nome completo da vítima: Wuciana Felipe

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA, BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR 5USEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Wuciana Felipe 6 - CPF: 018.785.344-40
 7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Trav. São Luiz 9 - Número: 69 10 - Complemento:
 11 - Bairro: São José 12 - Cidade: Guarabira 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58200-000
 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, TUTOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (311)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Santander
 AGÊNCIA: 4486 CONTA: 03040957
(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, renunciando a tudo, desde já e somente após a efetivação do crédito, notação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 em contas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.294/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

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 13/07/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 039533.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 039533.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettowen Carvalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 09:31 min do dia 29/06/2020, na Delegacia Online, **LUCIANO FELIPE**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão AJUDANTE GERAL, natural de Guarabira, nascido(a) em 10/10/1975, idade 44, estado civil Casado (a), de cor Parda, filho(a) de MARGARIDA FELIPE e NAO DECLARADO, CPF 018.785.344-40, residente e domiciliado(a) no(a) TRAVESSA SAO LUIZ, nº 69, bairro SAO JOSE, na cidade de Guarabira/PB. CEP: 58200000, telefone(s) 83987150366, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 09/04/2020 06:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL PB73, DISTRITO INDUSTRIAL, Guarabira/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Conduzia sua moto YAMAHA YBR 125K, ANO/MOD 2008/2008, COR VERMELHA, PLACA MOD 3696-PB, CHASSI 9C6KE092080199230, em nome de RAFAEL PEDRO DA SILVA, quando trafegava pela rodovia, um cavalo apareceu na pista vindo a colidir caindo ao solo, sendo socorrido por terceiros para o Hospital Regional de Guarabira 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.


LUCIANO FELIPE

BAD482B5E7C366B31D3C0E88C1A0CBE

Código de Controle

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





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 039533.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 039533.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettowen Carvalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 09:31 min do dia 29/06/2020, na Delegacia Online, **LUCIANO FELIPE**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão AJUDANTE GERAL, natural de Guarabira, nascido(a) em 10/10/1975, idade 44, estado civil Casado (a), de cor Parda, filho(a) de MARGARIDA FELIPE e NAO DECLARADO, CPF 018.785.344-40, residente e domiciliado(a) no(a) TRAVESSA SAO LUIZ, nº 69, bairro SAO JOSE, na cidade de Guarabira/PB, CEP: 58200000, telefone(s) 83987150366, registrou o seguinte:

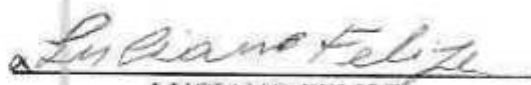
Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 09/04/2020 06:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL PB73, DISTRITO INDUSTRIAL, Guarabira/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Conduzia sua moto YAMAHA YBR 125K, ANO/MOD 2008/2008, COR VERMELHA, PLACA MOD 3696-PB, CHASSI 9C6KE092080199230, em nome de RAFAEL PEDRO DA SILVA, quando trafegava pela rodovia, um cavalo apareceu na pista vindo a colidir caindo ao solo, sendo socorrido por terceiros para o Hospital Regional de Guarabira 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.


LUCIANO FELIPE

BAD482B5E7C366B31D3C0E88C1A0CBE

Código de Controle

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



Declaração a Líder DPVAT

Prezados informo que devido o período de pandemia, as delegacias do Estado da Paraíba não estão fazendo Boletim de Ocorrência de forma presencial. Para que não venham a prejudicar as vítimas de quaisquer que seja as ocorrências, foi criado o Bo emergencial conforme print que segue não se trata de Bo online. Tal documento tem a mesma veracidade de um BO feito em uma delegacia física.



Todas as ocorrências registradas passam por análise da delegacia física, e o BO é encaminhado para o e-mail do declarante com protocolo e senha para consultar a veracidade do mesmo. O Bo impresso vem com QR COD e numeração para consultar a veracidade.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 018.785.344-40 4 - Nome completo da vítima: Wuciana Felipe

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA, BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR 50/SEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Wuciana Felipe 6 - CPF: 018.785.344-40
 7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Trav. São Luiz 9 - Número: 69 10 - Complemento:
 11 - Bairro: São José 12 - Cidade: Guarabira 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58200-000
 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, TUTOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (311)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Santander
 AGÊNCIA: 4486 CONTA: 03040957
(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, renunciando a tudo, desde já e somente após a efetivação do crédito, notação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 em costas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.294/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

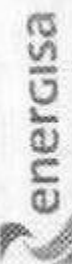
CLIENTE: LUCIANO FELIPE

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04186

CONTA: 000001040957-1

Nr. da Autenticação 9F401F900521810C



LUCIANO FELIX
CPF: 042.112.18-340-2056
Cadastrado em 18/05/2011 nº 321

CPF: 042.112.18-340-2056

Endereço: Rua Nacional, 1800 - Jd. Santa Helena - São Paulo - SP
Cidade: São Paulo - SP
CEP: 05508-000

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/428939-3

CAIXA DE SUPRIMENTO EM FERTILIZANTE AUTOMÁTICO UTILIZANDO O COD 32 0000423333

VALOR DA FATURA	VERGIMENTO
RS 161,57	26/03/2020
REFERÊNCIA	CONSUMO
Mar / 2020	185kWh

ATUALIZAÇÃO DE PREÇOS

RESUMO

CD	Descrição	Quant	Taxa de Tabela	Taxa de Tabela	Alíq	Valor Total	Valor Total	Valor Total
----	-----------	-------	-------------------	-------------------	------	----------------	----------------	----------------

0001	CONSUMO DE ENERGIA	185	0,00089	148,15	23	40,27	148,15	1,42
0002	ENCARGOS DE DISTRIBUIÇÃO							0,00
0003	ENCARGOS DE PERDA							0,00
0004	ENCARGOS DE TRANSMISSÃO							0,00
0005	ENCARGOS DE DISTRIBUIÇÃO							0,00
0006	ENCARGOS DE DISTRIBUIÇÃO							0,00
0007	ENCARGOS DE DISTRIBUIÇÃO							0,00
0008	ENCARGOS DE DISTRIBUIÇÃO							0,00
0009	ENCARGOS DE DISTRIBUIÇÃO							0,00
0010	ENCARGOS DE DISTRIBUIÇÃO							0,00

CAIXA 3
SANDRA

TOTAL: 161,57 148,15 40,27 148,15 1,42 5,21

Valor da Taxa de 0,545433

RESERVADO AO FISCO

427.428,88 185,81 815,91 815,91 17,23

VALOR DO CONSUMO (kWh)

185 kWh

185 kWh

185 kWh

185 kWh

185 kWh

185 kWh

185 kWh

185 kWh

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME :LUCIANO FELIPE				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 44A	SEXO Masc	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO 09/04/2020		DATA DE ALTA 14/04/2020		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura Luxação de Galeazzi DIREITO + FRATURA DO 5 METACARPO DIREITO</i>				CID S52 +S 62	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de antebraço demonstrando solução de continuidade óssea da diáfise do rádio + FRATURA DO 5 METACARPO DIREITO</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO () ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO

(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador (a) de fratura luxação de galeazzi DIREITO + FRATURA DE 5 METACARPO DIREITO de foi submetido(a) a tratamento com redução cruento com fixação interna com placa e parafusos E FIO DE KIRSCHNER. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

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

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

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

MEDICAÇÕES PARA CASA: CEFALOXINA, PROFENID, DAPIRONA

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. DR: ANDRE RIBEIRO

Antônio F. S. Neto
Médico
CRM / RJ - 12.125

PRÉ-LEDO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

PR: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

9886-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

AN: () - CNPJ:

Data: 09/04/2020

Hora: 13:00:17

Recepcionista: RITA DE CASSIA T. FERREIRA

Clinica: ORTOPEDIA

ADOS DO PACIENTE

Nome: LUCIANO FELIPE

Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 018.785.344-40

NS: 705002649961754 Sexo: M IDENTIDADE: 1910235 Fone: 988528812

Natural: GUARABIRA/PB Data Nasc.: 10/10/1975 Id: 44 ano(s)

End.: RUA MANOEL DE OLIVEIRA, 69

Cidade: SAO JOSE Cidade: GUARABIRA UF: PB

Mae: MARGARIDAFELIPE

Pa: Pai:

Cor: Parda Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AJUDANTE DE MOTORISTA

Informacoes de Entrada

Resp.: LUCIANO FELIPE

Doc. Responsavel: 988528812 / IDENTIDADE: 1910235

Procedencia: TRABALHO

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2020.04.000466

Estado Civil: CASADO(A)

Escolaridade: NAO INFORMADO

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Ultima de acidente por: TRABALHO

Ultima de violencia por: NAO

Caso Policial

RE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

A: FR:

C: TP:

peso: Altura:

glicemia: IMC:

irc. Abd: O2%:

Queixa Principal

TRAUMA EM MSD

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ []

Aparentemente Bem

☐ []

Grave

☐ []

Politraumatizado

☐ []

Convulsao

☐ []

Hemorragia

☐ []

Dispneia

☐ []

Diarreia

☐ []

Aagitado

☐ []

Regular

☐ []

Chocado

☐ []

Vomito

Observacao

NEGA SINTOMAS GRIPAIS

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

NEGA HAS E DM

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

diagnostico: Fratura de galeazzi

Conduta: Internar no procedimento

prescrição

Observacao

Horario da medicacao

David Ferreira L. Matias

Medico

CRM 10000

10 de fevereiro de 2020

deformado de autoavaliação

de autoavaliação

de autoavaliação

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa _____

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

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEC _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

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

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: RvHipóteses Diagnósticas: fo de galeazziConduta: Interno p/ procedimento cirurgico

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: LUCIANO FELIRE				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: 13/04/20	Cirurgião: DR ANDRÉ RIBEIRO			1º Assistente: DR YURY	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
FX LUX GALEATTA (D)					
FX S: MTC (D)					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
O MESMO.					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
RAFI. + fixação percutânea					
Acidente durante Ato Cirúrgico			1 () Sim	Descreva:	
			2 (✓) Não		
Biópsia de Congelação:			1 () Sim		
			2 (✓) Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (✓) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA	
ASSERÇÃO + AMISSEPSIA	
APOSIÇÃO DE CAMPOS EXTERIORS	
Incisão:	LONGITUDINAL DORSAL DE THOMPSON POU
PLANOS	
Achados:	FR 2x NAPIO @
Conduta:	REALIZAMO MANOBRA DE REDUÇÃO SOB VISÃO DIRETA
APOSIÇÃO DE PLACIA DCR 3,5m 8 FIOS	
APOSIÇÃO DE 6 PARAFUSOS CONTIGUOS 16mm	
APOSIÇÃO DE FIOK NA ARUD. EM SUP.	
REALIZAMO MANOBRA DE REDUÇÃO 5º MTC @	
APOSIÇÃO DE 3 FIOK EM 5º MTC SOB ESCOPIA	
LIMPEZA COM SFO, 9%	
SUTURA POU PLANOS SUB CUTANEO A REC.	
CURA/ILUO	
PA CONSULTA	
Fechamento:	TAL SÍLO CALÇA
OBS:	SE PACIENTE SEM QUESIM ALTO NO 1º PPO

Data: 13/04/20

Dr. Yuri S. de Almeida
CRM 11.307 PB
Ortopedia e Traumatologia

MÉDICO/CRM



FLUXO DE REFERÊNCIA INTRA E INTER REGIONAL

FICHA DE ENCAMINHAMENTO Nº: _____ CLÍNICA: _____

DO HOSPITAL: FIRGPARA O HOSPITAL: TRAUMINHAMÉDICO ASSISTENTE: _____ DATA: 04 04 20

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

NOME: LUCIANO FELIPE SEXO: _____

PROFISSÃO: _____ DOCUMENTO: _____ Nº: _____ IDADE: _____

ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____

MUNICÍPIO: GURABIRA ESTADO: PB

ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS SUMÁRIOS:

celula Met e Amela ceto com de
e de feto em feto

MEDICAMENTOS PRESCRITOS:

DIAGNÓSTICO

PROVÁVEL: Fratura de Colapso CID: _____

ASSINATURA DO PROFISSIONAL (CARIMBO): _____

Dr. Ramon B. A. Sousa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 0433

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍSA

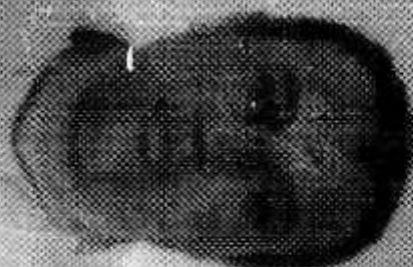
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02

P-062



Juliano Felipe

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

1.910.235 -2 VIA

DATA DE
EXPEDIÇÃO

07/02/2015

NOME

LUCIANO FELIPE

FILIAÇÃO

MARGARIDA FELIPE

NATURALIDADE

GUARABIRA-PB

DATA DE NASCIMENTO

10/10/1975

DOO ORIGEM

CASAM N. 6367 FLS. 284 LIV. B. AUX. 05

CPF

CARTEIRO GUARABIRA-PB

018.785.344-40

LEI N° 7.116 DE 29/08/89

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200247294 **Cidade:** Guarabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIANO FELIPE **Data do acidente:** 09/04/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO EM DIÁFISE DO RÁDIO DIREITO (FRATURA DE GALLEAZZI).
TRAUMA CONTUSO EM MÃO DIREITA COM FRATURA DO 5º METACARPO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RÁDIO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS), 5º METACARPO
(OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER). PÁG 5
ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU MODERADA DO MEMBRO
SUPERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: X

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200247294 **Cidade:** Guarabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIANO FELIPE **Data do acidente:** 09/04/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO EM DIÁFISE DO RÁDIO DIREITO (FRATURA DE GALLEAZZI).
TRAUMA CONTUSO EM MÃO DIREITA COM FRATURA DO 5º METACARPO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RÁDIO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS), 5º METACARPO
(OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER). PÁG 5
ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO
SUPERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: X

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0193398/20

Número do Sinistro: 3200247294

Vítima: LUCIANO FELIPE

CPF: 018.785.344-40

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 09/04/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCIANO FELIPE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentação médico-hospitalar

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: 12/08/2020

Nome: LUCIANO FELIPE

CPF: 018.785.344-40

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/08/2020

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CPF: 105.999.304-03

LUCIANO FELIPE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA