
Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190121997

Vítima: ENDRYUS SIMOES SATURNINO

Data do Acidente: 17/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ENDRYUS SIMOES SATURNINO

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, 03 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190121997

Vítima: ENDRYUS SIMOES SATURNINO

Data do Acidente: 17/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ENDRYUS SIMOES SATURNINO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda anatômica completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: **ENDRYUS SIMOES SATURNINO**

Valor: **R\$ 945,00**

Banco: **104**

Agência: **000000036**

Conta: **0000074476-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0051903/19	CPF da vítima: 092.262.314-78	Nome completo da vítima: ENDRYUS SIMÕES SATURNINO
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: ENDRYUS SIMÕES SATURNINO		CPF: 092.262.314-78
Profissão: AUXILIAR DE PRODUÇÃO	Endereço: RUA MARIANGOLA LUCENA PEREIRA	Número: SIN Complemento: BOX
Bairro: VALENTINA	Cidade: JOÃO PESSOA	Estado: PARAIBA CEP: 58063-300
E-mail: muadpvt123@hotmail.com	Tel.(DDD): (83)98651-8167	

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
☐ Banco do Brasil (001)	☒ Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0036	CONTA: 744768	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____	
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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 293 do Código Penal.

Local e Data, **João Pessoa 12/02/2019**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Endryus Simões Saturnino
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____	CPF: _____
2º Nome: _____	CPF: _____

Assinatura _____



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01936.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01936.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:58 horas do dia 11 de outubro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Endryus Simões Saturnino**, CPF nº 092.262.314-78, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar de Produção, filho(a) de Rita de Cássia Simões Pereira e José Eduardo Saturnino, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 12/04/1997 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Aureo Américo Batista, Nº 45, bairro Cristo-Redentor, tendo como ponto de referência Próximo Ao Terminal dos Ônibus do Cristo, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (11) 97804-2088.

Dados do(s) Fatos:

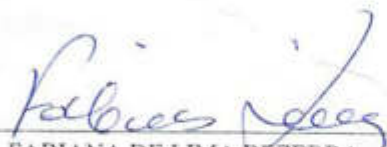
Local: Av. Mal. Rondon, Em Frente Ao Quartel 16, Bayeux/PB, bairro Alto da Boa Vista; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/08/16 20:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÁNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN ESD, PRETA, 2006/2007, PLACA MNF8061/PB, CHASSI 9C2KC08207R026047, registrada em nome de José de Faria Vinagre Sobrinho, quando perdeu o controle da moto ao passar por um quebra-molas vindo a cair ao solo; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DE 08.10.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelos BOMBEIROS; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 11 de outubro de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


ENDRYUS SIMÕES SATURNINO
Noticiante



Procedimento Policial: 01936.01.2018.1.00.420

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: **0051903/19** CPF da vítima: **092.262.314-78** Nome completo da vítima: **ENDRYUS SIMÕES SATURNINO**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **ENDRYUS SIMÕES SATURNINO** CPF: **092.262.314-78**
Profissão: **AUXILIAR DE PRODUÇÃO** Endereço: **RUA MARIANGELA LUCENA PEIXOTO** Número: **SIN** Complemento: **BOX**
Bairro: **VALENTINA** Cidade: **JOÃO PESSOA** Estado: **PARAIBA** CEP: **58063-300**
E-mail: **marcadpvt123@hotmail.com** Tel.(DDD): **(83)98651-8167**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **0036** CONTA: **744768**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data, **João Pessoa 12/02/2019**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Endryus Simões Saturnino
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____
2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

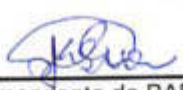


Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



VISTO EM: 11/10/18


Comandante do BAPH

Katty Sabrina do N. Silva

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR N. CEL. QOBM- 521.280 4
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES

João Pessoa-PB, 27 de Setembro de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 0378/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 17/08/2016, conforme requerimento nº 0385/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 20h00min o/a Sr.(a) **ENDRYUS SIMÕES SATURNINO**, CPF nº 092.262.314-78, vítima de acidente de *(queda de moto)*, ocorrido na AV. Mal. Rondon, Alto da Boa Vista – Bayeux/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-45, tendo como chefe o **SARGENTO BM EDILSON EDUARDO DOS SANTOS**, Matrícula 518.100-3. Vítima consciente e orientada, com dores na região da clavícula, tornozelo e escoriações nos membros superiores e inferiores. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza**- CB BM, Mat. 523.518-9, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.


Chefe da 3ª Seção

Mat. 524.377-7

12 FEV. 2019

ASSESSORIA
CORRETORA DE SEGUROS



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-010, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphbbs@bombeiros.pb.gov.br

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: 25/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ENDRYUS SIMOES SATURNINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000074476-8

Nr. da Autenticação 6F0B55BBEDD2920C

DATE _____

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSÉ DE FÁRRIA VINAGRE SOBRINHO,

RG nº 664952, data de expedição 19/11/91,

Órgão SSP/B, portador do CPF nº 37389483415 com

domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de

PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

LUZIA PEDROZA, nº 1726,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima ENDREUS SIMÕES SATURNINO, cujo o condutor era

ENDREUS SIMÕES SATURNINO.

Veículo: PASI MOTOCICLETA

Modelo: HONDA 160 150 TITAN ESD

Ano: 2006/2007

Placa: MNF 8061/PB

Chassi: SC2KC08307R026047

Data do Acidente: 05/10/2017

Local e Data: JOÃO PESSOA 05/10/2017

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA

R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N

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

FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 878120

Data: 18/08/2016

Hora: 00:27:30

Recepcionista: GABRIELA DA COSTA REI

Clinica: TRAUMATOLOGICA

Atd: Nao Regul

DADOS DO PACIENTE

Nome: ENDRYUS SIMOES SATURNINO

CNS: 898003043889519 Sexo: M IDENTIDADE: 3917841 Fone: 986591773

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 12/04/1997 Id: 19 ano(s)

End.: RUA SAO SEBASTIAO, 401

Bairro: CRISTO REDENTOR Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Pai: JOSE EDUARDO SATURNINO

Mae: RITA DA CASSIA SIMOES PEREIRA

Ocupação: CAIXA

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: ESPOSA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO; SD

Precedencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Caixa Principal

Pct com quadro de Fratura fechada da cabeça do 2º METACARPO

Marlene Macario
Téc. Enfermagem

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescriçao

Horario da medicacao

12 Feb. 2016

Eduardo Nóbrega Campos
Médico
CRM/PB 8788

data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

del	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem |

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTE
Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Thaíni Norvimento
Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) PACIENTE em DDH SOB ANESTESIA
- 2) ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
- 3) ALOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

Incisão:

Achados:

Conduta:

- 4) REDUÇÃO INCLEMENTE + FIXAÇÃO COM DOIS FIOS KC COM AUXÍLIO DA ESCOPIA
- 5) CURATIVO ESTÉRIL
- 6) RX DE CONTROLE
- 7) TALA GIPSADA

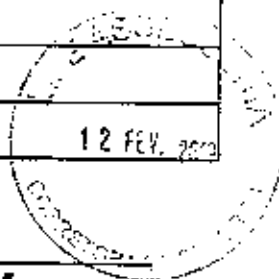
Fechamento:

OBS:

Data: 25.08.10

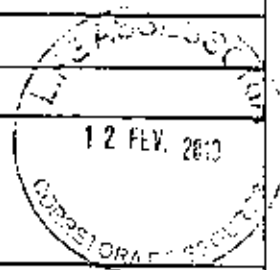
Dr. Leopoldo J. Torres
Médico
CRM-PB 10335

MÉDICO/CRM



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>ENDRYUS SIMÕES SATURNINO</u>				Registro:	
Idade: <u>39</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <u>25/08/16</u>	Cirurgião: <u>Dr. ROBERTO SANTOS</u>			1º Assistente: <u>CONRADO R</u>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<u>- FRATURA em 2º MTC D</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<u>O mesmo</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<u>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE</u>					
<u>FRATURA EM 2º MTC D</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (X) Não			Descreva:		
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
X Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					




 Bruno G. Henderson
 Director, Technology

- Client.

- Evaluation & Assessment

- Training & E-Learning

HQ - Course on Budgets ②

- Journals & E-Learning

2. Mrs. ③

Humanitarian Relief & E-Learning

for Assessment. HQ 1990-92

for a number of years ③

Developed for cases &

Alternative for Assessment of

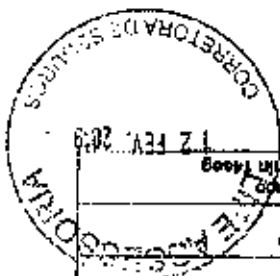
Humanitarian Relief & Assessment

23.00.15

17/08/12


 Director

40181



ID		Nome		EDYNA SMOES SATURNINO		Sexo		Masc./fem.	
Data de nascimento		12/04/1986		Idade		21 anos e 4 meses e 6 dias		Estado civil	
CASSIA SMOES		Estado civil		SOLTEIRO(a)		MAD INFORMADA		Preenchimento	
Escolaridade		Médio completo		Responsável (Paciente)		THAINE DO NASCIMENTO SANTOS - ADOPANHANTE		DDD Fone	
Tipo documento		Número documento		Nº Cms		Tipo		MUNICÍPIO	
Local de residência		BAYeux		Naturalidade		JOAO PESSOA		CBOA	
Endereço		CEP		5504000		Município de residência		JOAO PESSOA	
Admissão		Data e Hora		17/08/2016 20:56:13		Número da plaqueta		1000005486785	
Cirurgião geral		Especialidade		CLINICA TRAUMA E GERAL		Clínica		CBOA	
Classificação de risco		Origem do paciente		RUA		Detalhe do acidente		QUEDA/OUTROS	
Caráter de atendimento		Urgência		ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente		QUEDA/OUTROS	
Indicadores e Transporte		Caso possível		Plano de saúde		Veto de ambulância		Trauma	
Mão		Mão		Veto de ambulância		Veto de ambulância		Trauma	
Mão de transporte		Mão de transporte		Mão de transporte		Mão de transporte		Trauma	
Sinais Vitais		Pulso		Temperatura		Pulso		Temperatura	
Exames complementares		Raios X		Sangue		Urina		TC	
Raios X		Sangue		Urina		TC		Líquor	
ECG		Ultrassonografia		Ultrassonografia		Ultrassonografia		Ultrassonografia	
CID		CID		CID		CID		CID	
Além disso		Além disso		Além disso		Além disso		Além disso	
Além disso		Além disso		Além disso		Além disso		Além disso	



Boasting 4146: 01/01/2018

ACOLHIMENTO, ou - CNEB: 120342 - 14:

NUMBER 1 • SPRING 1995 • \$10.00

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ ΣΥΝΟΧΕΙΑΣ ΖΩΝ

**GOVERNO
DA PARALIBA**

10191 . 7



211

CERTIDÃO

Nº. 1654/2018

Atendendo solicitação de **ENDRYUS SIMOES SATURNINO** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 878120 e Prontuário nº2011.02.001409 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 18/08/2016 às 00H27min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em mão direita.

Submetido avaliação física e exame de imagem que evidenciou fratura de 2º metacarpo direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 25/08/2016 com alta médica dia 25/08/2016.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 05 de dezembro de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

NOME: EDRYUS SIMOES SATURNINO

BE: 941168

DATA: 18/8/2016 16:24

DATA EXAME: 17.08.2016

RX. OMBRO ESQUERDO AP
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.
AUSÊNCIA DE FRATURA.

RX. BRAÇO ESQUERDO AP E P
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.
AUSÊNCIA DE FRATURA.

RX. MÃO DIREITA AP E OB
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.
AUSÊNCIA DE FRATURA.

93

Exame(s) realizado(s) com limitações técnicas por ter sido feito em caráter de urgência/emergência.

Obs.: Sugestimos correlação clínica e laboratorial.

Dr. Caio Medeiros

DR. CAIO MARIO MEDEIROS
RADIOLOGISTA CRM 3645

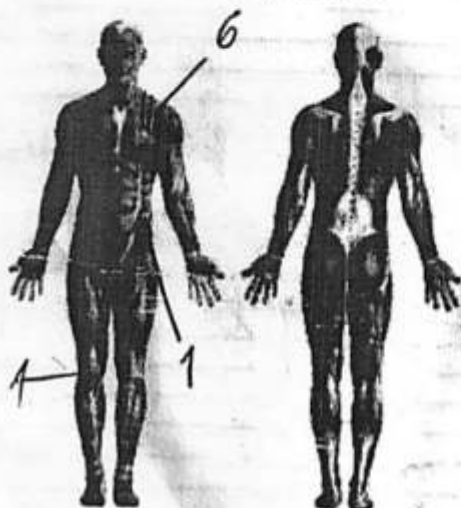


EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: () Não () Sim: _____
 MEDICAMENTOS: () Não () Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO () Não () Sim: _____
 PATOLOGIA () Não () Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: () Não () Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Efsema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.: _____

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: () 1º grau () 2º grau () 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

- | | |
|--------------------------------|-------------------------|
| () Radiografias | () Lavado peritonal |
| () Ultrassonografia (FAST) | () Gasometria arterial |
| () Tomografia computadorizada | () Tipagem sanguínea |

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO
1	1º Atendimento	
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da _____ às _____ do dia ____
 Solicito parecer da _____ às _____ do dia ____

DESTINO DO PACIENTE

DATA _____
 DA _____
 SAÍDA _____
 HORAS: _____

() Centro cirúrgico
 () Transferência (unidade de saúde)
 () Internado (setor) _____
 () Alta hospitalar () Decisão médica () A pedido () A reavalia () Gestão
 () Óbito () Até 48 hs. () Após 48 hs. () Família () IML () SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



Primeiro Atendimento Médico

1000005406785 BE 94111
EDRYS SIMÕES SATURNINO
DT. NASC: 12/04/1995
MAE: CASSIA SIMÕES
END: MARTINHO LUTERO
N. 524 - JARDIM VENEZA
JOÃO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (03) 986591773
IDADE: 21
DT. ENTRADA:

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

B.E.

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de ac. de auto apressando
desembarcar e mago e. Manter-se pelo
corpo, com o corpo livre; abdome flácido,
mole.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☐ Pérvias ☐ Obstruídas

AÉREAS

CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☐ Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☐ Sim ☐ Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ Sem dificuldade

☐ Com dificuldade

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD: ☐ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente

HTE: ☐ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente

2 - RUIDOS

☐ Sim
☐ Não

HTD: Roncos
Sibilos
Estertores

HTE: Roncos
Sibilos
Estertores

FR: _____ imp

SaO₂ _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

☐ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica

☐ Pletórica ☐ Ictérica

TEMPERATURA DA PELE

☐ Normal ☐ Quente ☐ Fria

PULSO:

☐ Normal ☐ Aumentado

☐ Fino ☐ Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTIMO

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente

BULHAS

☐ Normotonéticas ☐ Hipofonéticas

☐ Hipofonéticas ☐ Ausente

SOPRO

☐ Presente ☐ Ausente

BE OU B4

☐ Sim ☐ Não

FC: _____ bpm PA: _____ X _____ mmHg T: _____ °C

ECG: _____

ABDOMEN: _____

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fotorreagente

☐ Paralisadas

☐ Isocóricas

☐ Anisocóricas

(diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao continuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons Incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

Conduta:

12/12/2012

Hipóteses Diagnósticas:

IX ELLA col 2. HTF

Resultados de Exames Complementares:

XX

SN:

SME:

AGU:

ABD:

AR:

ACV:

Pele:

Gânglios:

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia):

General:

FC=

Peso: Kg

Altura: m

FR=

IMC =

PA=

TEMP(°C)=

mmHg

Exame Físico:

Dislipidemias

DM

TB

NEO

HAS

Antecedentes Familiares:

Alimentação

Exercício Físico:

[] Alcoolismo

[] Trauma

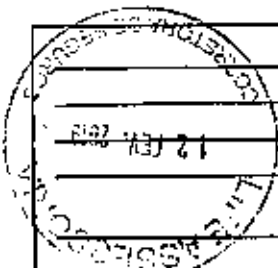
[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

Cirurgias:

Alergias:

Doenças Anteriores:

Antecedentes Pessoais e Hábitos:



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Edson de Jesus Silva Data da Admissão: 18.05.16
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M (X) Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: Don + deus
HDA: Pat + deus
do achado
Alimentar

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ 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-reposso ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
56056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 878120 Atcd: Nao Regul
Data: 18/08/2016
Hora: 00:27:30
Recepcionista: GABRIELA DA COSTA REI
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ENDRYUS SIMOES SATURNINO
CNS: 898003043889519 Sexo: M IDENTIDADE: 3917841 Fone: 986591773
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 12/04/1997 Id: 19 ano(s)
End.: RUA SAO SEBASTIAO, 401
Bairro: CRISTO REDENTOR Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Pai: JOSE EDUARDO SATURNINO
Mae: RITA DA CASSIA SIMOES PEREIRA

Ocupação: CAIXA

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: ESPOSA
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO; SD
Ecedencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: ER:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Observacao

Doença Principal

Pct com quadro de fratura fechada da
cabeça do 2º METACARPO

Marlene Macari
Téc. Enfermagem

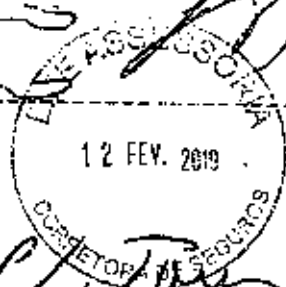
Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao



Eduardo Nóbrega Campos
CRM/PB 8798

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DA PARAIBA
 SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-062



Embryus Simões Saturnino

CARTeira DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.917.841 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 27/03/2013

NOME ENDRYUS SIMÕES SATURNINO

FILIAÇÃO JOSÉ EDUARDO SATURNINO
RITA DA CASSIA SIMÕES PEREIRA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
JOÃO PESSOA-PB 12/04/1997

COG ORIGEM

NASC.N. 66913 FLS. 169 LIV. A-62
CARTÓRIO 4º JOÃO PESSOA-PB

092.262.314-78

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 29/08/85



AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEÍCULO, PARA:

VALUATION 105

NOME DO COMPRADOR:

RG _____ CPF / CGC _____

ENDERECO.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO/ VENDEDOR: _____

APPENDIX

4º O **VENDEDOR** SE ISENTA DE QUALQUER RESPONSABILIDADE ADMINISTRATIVA, CIVIL OU CRIMINAL A PARTIR DA DATA ACIMA, CABENDO AO **COMPRADOR** A IMEDIATA TRANSFERÊNCIA DE REGISTRO DO VEÍCULO PARA O SEU NOME.

b) A TRANSFERÊNCIA DE REGISTRO PODERÁ SER COMUNICADA PELO VENDEDOR, REMETENDO CÓPIA DESTES DOCUMENTOS AO **DETRAN**, APÓS DEVIDAMENTE PREENCHIDO E FIRMADO.

DE ACORDO

ABSTRACT

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO(VENDEDOR)
CONFORME ART. 369 C.F.C.



CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi entregue. Dou fé. OLIVEIRA GOSMUN PEREIRA SILVA - Tabela. em 05/10/2017 10:34:30
Emitido: 42,31 FEPD R\$0,12 FAPD R\$0,39 ISS R\$ 0,11. Selos Digitais- 6F160127-7172 Consulte em



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTERIO DE JUSTICIA

DETRAN - PB

N=6752962417

54631714506
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA - DRT - 20070000004915 - 4
1 906624428

JOSE DE FARIA VINAGRE SOBRINHO
RUA LUZIA PEROSA 1725
CRISTO REDENTOR
58071-530 JOAO PESSOA PB

37389483415

MNF8061/PB

NOVORUMO, MOTOR, E. PECAS LTDA

NOVO PB 9C2KC08207R026047

PAS/MOTOCICLO/

COMBUSTIBLE
GASOLINA

MARCA/MODELO
HONDA/CG 150 TITAN ESD

AND EAR	AND MOD
2006	2007

CAP/POT/CL
2 P/149 /CI

PARTIC

COM PRE DOMINANTE
PRETA

A. F. BANCO FINASA SA

JOAO PESSOA PE
40649

[Signature]
S. DELIANO

DATA
18/01/200

— ADRIANO D. LEITE 38954





IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ENDRYUS SIMÕES SATURNINODATA DO ACIDENTE 17/08/2016 CPF DA VÍTIMA 092.262.334-78

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____ENDEREÇO DO PORTADOR RUA MARIANGORA LIXONA FARIASNº 519 COMPLEMENTO BOX BAIRRO VALENTINACIDADE JOÃO PESSOA UF PB CEP 58063-300E-MAIL mauradpvt193@hotmail.com TELEFONE (83) 98753-1642

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA João Pessoa 12/02/2019IDENTIDADE 3.917.841-5505PBASSINATURA Endryus Simões

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

NOME _____

ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190121997 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ENDRYUS SIMOES SATURNINO **Data do acidente:** 17/08/2016 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DA CABEÇA DO 2º METACARPO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO , REDUÇÃO INCRUENTA COM DOIS FIOS DE KIRSCHNER

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações:

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 anatômica completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190121997 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ENDRYUS SIMOES SATURNINO **Data do acidente:** 17/08/2016 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DA CABEÇA DO 2º METACARPO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO , REDUÇÃO INCRUENTA COM DOIS FIOS DE KIRSCHNER

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações:

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 anatômica completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051903/19

Vítima: ENDRYUS SIMOES SATURNINO

CPF: 092.262.314-78

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 17/08/2016

Titular do CPF: ENDRYUS SIMOES SATURNINO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ENDRYUS SIMOES SATURNINO : 092.262.314-78

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/02/2019
Nome: ENDRYUS SIMOES SATURNINO
CPF: 092.262.314-78

ENDRYUS SIMOES SATURNINO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/02/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA