
Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190059959

Vítima: JEFFERSON FERNANDES DE ARAUJO

Data do Acidente: 28/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JEFFERSON FERNANDES DE ARAUJO

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, 07 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190059959

Vítima: JEFFERSON FERNANDES DE ARAUJO

Data do Acidente: 28/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JEFFERSON FERNANDES DE ARAUJO

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\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: JEFFERSON FERNANDES DE ARAUJO

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000037**

Conta: **0000014262-3**

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: 0027704/19 CPF da vítima: 046.675.344-60 Nome completo da vítima: Jefferson Fernandes de Araújo

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

Nome completo: JEFFERSON FERNANDES DE ARAÚJO CPF: 046.675.344-60

Profissão: SERVIÇOS GERAIS Endereço: RUA DA GARÇA BRANCA PEQUENA Número: 162 Complemento: Apt. 201

Bairro: PARATIBE Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PARAIBA CEP: 58000-101

E-mail: mauriciovalis23@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)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0037 CONTA: 142623

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data: João Pessoa 23/01/2019

Nome: Jefferson Fernandes de Araújo

CPF: 046.675.344-60

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____



Assinatura

(*) 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.



DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO -----
 0042963 LC SANTA MARIA III 23/01/2019
 CAIXA
 15:20:37 (Horário de Brasília)
 *****8040
 Saldo N. 93020001-4191
 AGÊNCIA : 0037 - TRINCHEIRAS, PB
 CONTA : 013 00814262-3
 CLIENTE : JEFFERSON F ARAUJO
 SALDO ATE A DATA DE:
 DISPONIVEL.....
 DEBITO A CONFIRMAR.....
 CREDITO A CONFIRMAR.....
 BLOQUEADO.....
 TOTAL.....
 LIMITE CHEQUE ESPECIAL.....
 0.00+
 0.00
 0.00
 0.00
 0.00
 23/01/2019

Informações importantes no verso.

www.banco24horas.com.br
 Impressão em papel termossensível com
 vida útil de 5 anos. Evite contato com
 plásticos, produtos químicos, exposição
 ao calor, umidade, luz do sol e lâmpadas.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00830.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00830.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:44 horas do dia 22 de janeiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Jefferson Fernandes de Araujo**, CPF nº 046.675.344-60, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Serviços Gerais, filho(a) de Maria das Graças Fernandes da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 01/07/1983 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Garça Branca Pequena, Nº 162, bairro Paratibe, tendo como ponto de referência Apt 201, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98744-9625.

Dados do(s) Fatos:

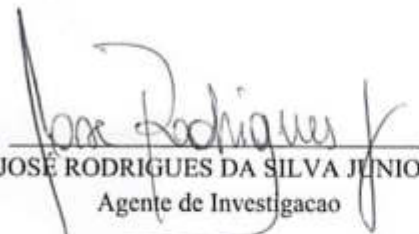
Local: Avenida Governador Antonio da Silva Mariz, Quadramares, João Pessoa/PB, bairro Portal do Sol; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/09/18 15:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 28/09/2018, POR VOLTA DAS 15:00, ESTAVA GUIANDO A MOTOCICLETA YAMAHA XTZ 150 DE COR AZUL, ANO 2017, PLACA QFZ-9116/PB, CHASSI 9C6DG2520H0011480, NA AVENIDA GOVERNADOR ANTONIO DA SILVA MARIS, QUADRAMARES, NESTA CAPITAL, QUANDO COLIDIU NA TRASEIRA DE UM FIAT PALIO DE COR BRANCA, ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO; QUE CAIU NO CHÃO APÓS A COLISÃO, SENDO SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU PARA O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA LUXAÇÃO DE LISFRANC DIREITO, SENDO REALIZADO O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM 28/09/2018 COM ALTA MÉDICA EM 03/10/2018 CONFORME CERTIDÃO 0040/2019 ASSINADA PELA MÉDICA SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959.

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

João Pessoa/PB, 22 de janeiro de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


JEFFERSON FERNANDES DE ARAUJO
Noticiante



Procedimento Policial: 00830.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0027704/19 CPF da vítima: 046.675.344-60 Nome completo da vítima: Jefferson Fernandes de Araujo

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

Nome completo: JEFFERSON FERNANDES DE ARAUJO CPF: 046.675.344-60

Profissão: SERVIÇOS GERAIS Endereço: RUA DA GARÇA BRANCA PEQUENA Número: 162 Complemento: APT 201

Bairro: PARATIBE Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PARAIBA CEP: 58000-101

E-mail: maucidpvt123@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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0037 CONTA: 14262 3

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data: João Pessoa 23/01/2019

Nome: Jefferson Fernandes de Araujo

CPF: 046.675.344-60

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____ CPF: _____

2º Nome: _____ CPF: _____



Assinatura

(*) 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.**

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 810/076, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2209181, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **JEFFERSON FERNANDES DE ARAUJO** idade 35 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 28/09/2018, na Av. Gov. Antonio da Silva Mariz, Bairro: Quadramares - João Pessoa - aproximadamente às 15:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 18 de Outubro de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS nº 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



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: 31/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEFFERSON FERNANDES DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000014262-3

Nr. da Autenticação 779CF4B24A83FC08



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 56.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO
MATRICULA
71161007
REFERENCIA
DEZ/2018

COMITA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JEFFERSON FERNANDES DE ARAUJO
RUA DA GARZA BRANCA PEQUENA, 162 - APT- 201 -
PARATIBE JOAO PESSOA PB 58000- 101

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Outras	
001.095.625.9.008.201	201	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
5148300000	24/09/2014	EXT LACRILHADO	POTENCIAL	POTENCIAL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	IRRI DE DIAS	PROXIMA LEITURA
433	445	12	31	04/01/2019
HIST. CONSUMO ANOR. LEIT. QUALID. AGUA-ANEXO 23 PORT. 05/2017 DE:				
NOV/2018	12		PARAMETROS	EXTG. ANALIS. CONFORMES
OUT/2018	9		TURBIDEZ	263 313 312
SET/2018	11		CLORO	263 313 312
AGO/2018	10		CCL. TERMOT	0 0 0
JUL/2018	11		CCR	73 116 115
JUN/2018	13		CCL. TOTAIS	263 313 313
MEDIA(12)	11		DADOS REFERENTES A: OUT/2018	

DATA DA IMPRESSÃO: 04/12/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 11:43:37

DESCRIÇÃO

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3

ESGOTO

CONSUMO

TOTAL (R\$)

10 M3

37,91

2 M3

9,78

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 4,41 PIS E CONTRIB. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

16/12/2018

Total a Pagar:

RS 47,69



CERTIDÃO

Nº. 0040/2019

Atendendo solicitação de **JEFFERSON FERNANDES DE ARAUJO** e 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 167809 e Prontuário nº 2017.11.003412 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 28/09/2018 às 16h16min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em pé direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura luxação de Lisfranc direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 28/09/2018 com alta médica dia 03/10/2018.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 21 de Janeiro de 2019



Médica da Vigilância a Saúde
CRM/PB 2959



PRONTUÁRIO

Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
 GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY



FATURADO



ENFERMARIA: <u>16</u> LEITO: <u>155</u> HN: <u>HN</u>	
NOME DO PACIENTE: <u>Jefferson Fernandes de Araújo</u>	

Nº: 2017/113412

SIREG
 INTERMEDIÁRIO
 16/11/2017

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

Ficha Nr: 167809 Atd: Nao Regul.
Data: 28/09/2018
Hora: 16:16:50
Recepcionista: CLEBIA FERREIRA RODR
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JEFFERSON FERNANDES DE ARAUJO

Num. de vezes atendido: 2

Num. Prontuario: 2017.11.003412

CNS: 707003841328638 Sexo: M IDENTIDADE: 3184029 Fone: 0

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 01/07/1983 Id: 35 ano(s)

End.: RUA DA GARCA BRANCA PEQUENA, 162 RESIDENCIAL VITORIA REGIS

Bairro: PARATIBE Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA DAS GRACAS FERNANDES DA SILVA

Pai:

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: OBSERVADOR METALURGICO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: SOZINHO

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO C/M NO ALTIPLANO EM FRENTE A

Vitima de violência por: ESC. KAIROS ERA CONDUTOR

☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

☒ [X] Aparentemente Bem ☐ [] Grave

FC: TP:

☐ [] Politraumatizado ☐ [] Convulsao

Peso: Altura:

☐ [] Hemorragia ☐ [] Dispneia

Glicemia: IMC:

☐ [] Diarreia ☐ [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

☐ [] Regular ☐ [] Chocado

☐ [] Vomito

Observacao

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE COLISAO CARRO E MOTO
TRASIDO PELO SAMU

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)



Diagnostico

Conduta

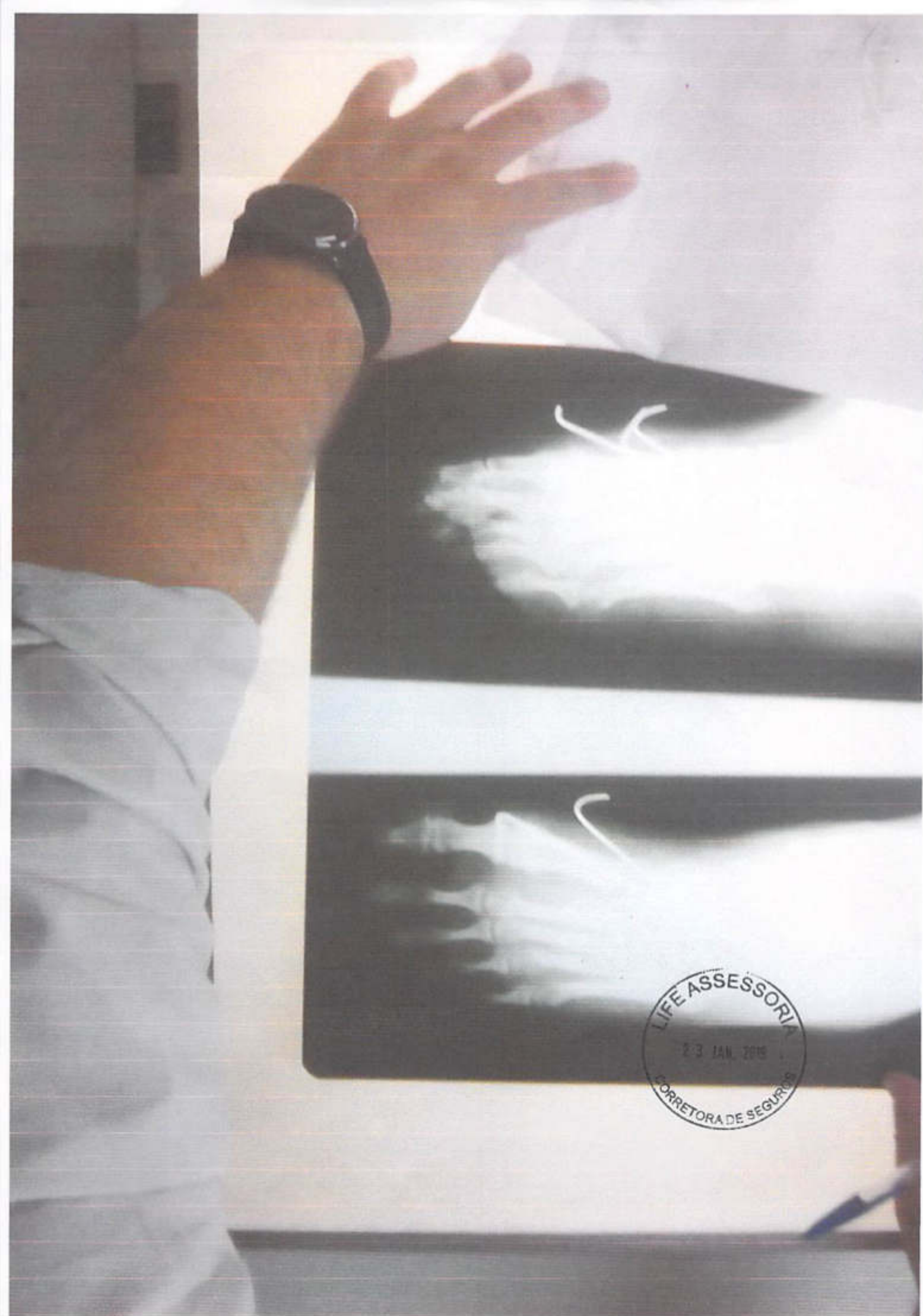
OK x de p' d (APE obliqua)
O Alta de urgencia

Prescrição

Imamol 100mg + SF0,9% 100ml EV, agora.

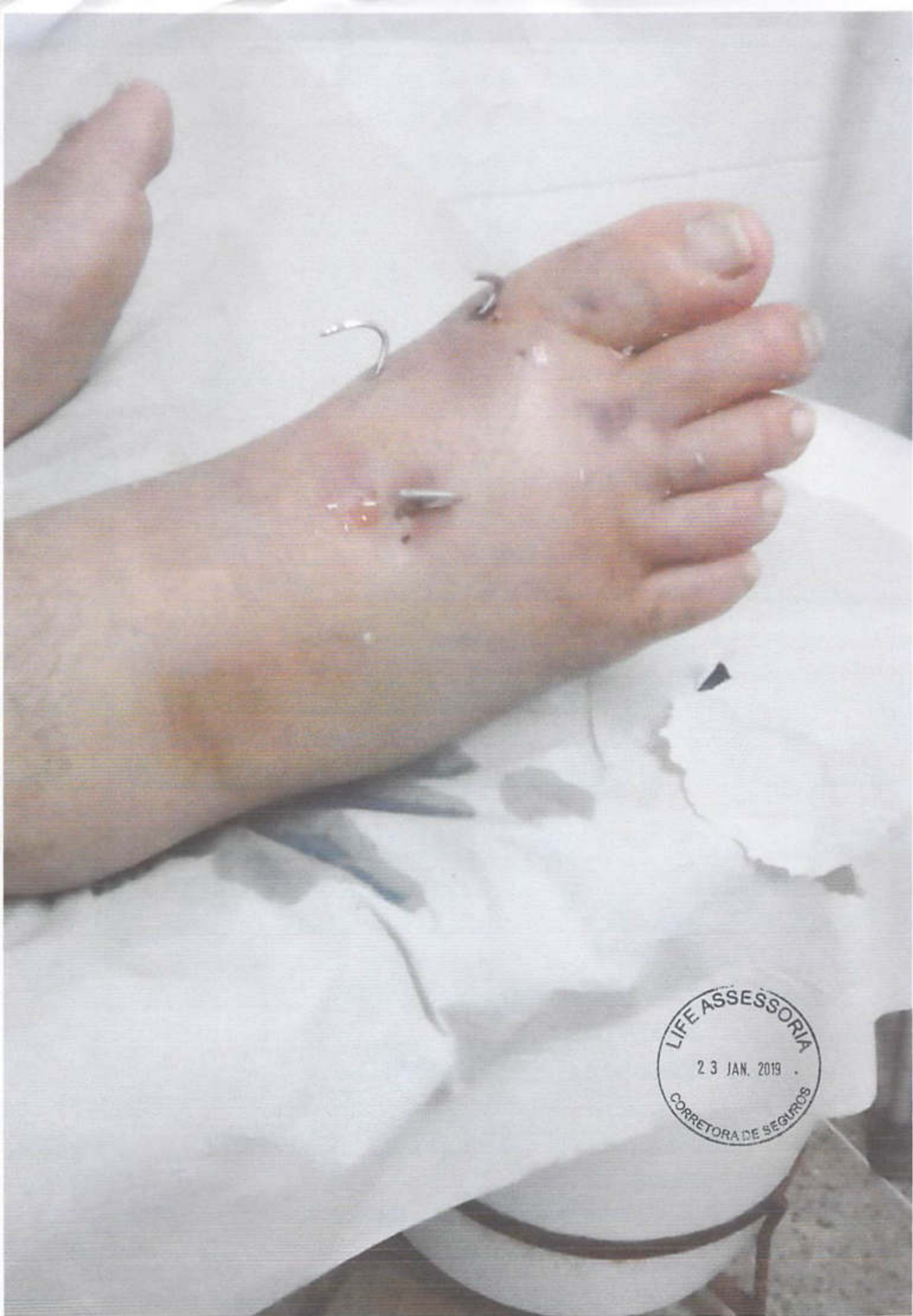
Dilatil 70mg + AD, EV, agora.

Dr. Daniel Anderson R. Silva
C.R.C. 10.941



















ORTOPEDIA.

Paciente relata acidente motociclistico hoje
c/ Trauma no p^o ⁽²⁾. Ao exame: dor, edema e imp
funcional. Radiografia c/ fratura - luxação de

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

h/ S/ Frmc.

col: Manter jejum p/ TT^o cirurgico de emergência.
(Tomar água há poucos minutos)

Dr. Francisco Carlos de S. Neto
Ortopedista
CRM 100000 - 1201 10000

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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



Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 27/09/19

Nome: Thauren Fernando da Azevedo
 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: ____/____/____

QPD: _____

HDA: DA + deformidade em membro p/ direito após trauma

Medicações em uso: Não

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

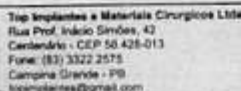
AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
 [] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
 [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Ausência de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematuria
 [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

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

SN e PSO: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
 [] Amnésia [] Libido [] Humor _____



Hospital: Ortopedia Código: _____
Procedimento: Fract. Exposta de pé Cód. do Procedimento: _____
Paciente: Jefferson Fernandes de Araújo
Data da Cirurgia: 28/09/18 Prontuário Nº: 2017-11-3412 Convênio: SUS
Cirurgião: Samy Leima Coódiço: _____ ☐ Reposição ☐ Caixa Pronta

[illegible]

		Nº	Qtd.	Cód.	Valor Unt.	Valor Total
PARAFUSO						
CORTICAL. 3.5mm						
PARAFUSO						
CORTICAL. 4.5mm						
PARAFUSO						
ESPONJOSO. 4.0mm						
PARAFUSO						
ESPONJOSO. 6.5mm						
ESP. R/16 CURTA						
PARAFUSO						
ESPONJOSO. 6.5mm						
ESP. R/32 LONGA						
PARAFUSO						
MALEOLAR 4.5mm						

Cód. do consultor: _____ Total: _____

--	--

Nº do pedido: _____



EVOLUÇÃO MÉDICA

Unidade de Internamento

Nome do Paciente: _____
Nº do Prontuário: _____ Idade: _____ Leito: _____
Notas sobre a evolução da doença, complicações, consultas, instruções ao paciente, devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

DATA

INTERCORRÊNCIAS

ortopedia 28.09.2018.

Paciente vítima de acidente motorciclístico, apu-
ntando dor + deformidade em metacarpo direito.

M.O. = Fr. flex de 1º metacarpo direito

C.O. = Ao Blaco. curativo

U.P.M.

Dr. Felipe Bezerra
MÉDICO
CRM-PB 11126



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Jefferson Fernandes de Araujo</i>				PRONTUÁRIO N°	
IDADE <i>35a</i>	SEXO <i>masc</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF. 16	LEITO: 155
DATA DE ADMISSÃO <i>28/09/2018</i>		DATA DE ALTA <i>03/10/2018</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura Lux. De Lisfranc</i>				CID <i>S92.3</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx do pé demonstrando solução de continuidade óssea e luxação</i>					
TERAPÉUTICA 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, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura e lux. De lisfranc foi submetido(a) a tratamento cirúrgico. Recebe a em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação anti-inflamatórios analgésicos. 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...

USO: 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 **60** 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: *Cefalexina e Profenid*

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.
Ao ambulatório do *Complexo Hospitalar Mangabeira* em **07** dias para revisão. *Dr. Soamy*



03/10/2018
DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

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

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Paciente com D.O.H. nas costas.
2. Anestesia + Antiespasmódico
3. Abertura do campo estéril.

Incisão: ϕ

Achados:

4. FX - Lux rompida do 1º MT direito (acrometamento do médio pi direito).

Conduta:

5. Redução anatómica fechado + fixação com 2 Fio de K (Nº 2,0), + 1 Fio K (Nº 2,5)
6. Limpeza com SF 0,9% exantese.
7. Sutura por Bumpac.
8. Lavagem estéril
9. Rx de controle.
10. Imobilização Tala Bata.

Fechamento: ϕ

OBS: Abc cirurgico sem entecisioner



Data: 28 / 05 / 18

Dr. Felipe Bez
CRM MEDICO
MÉDICO/CRM



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CÂMBIO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 JEFFERSON FERNANDES DE ARAUJO

DOC. IDENTIDADE / OUT. IDENTIF. IF
 3184029 SSDB PB

CPF
 046.675.344-60

DATA NASCIMENTO
 01/07/1983

FUNÇÃO
 MARIA DAS GRACAS
 FERNANDES DA SILVA

PERMISSÃO ACC CATIAAL
 AB

Nº MOTORISTA
 06594235631

VALIDEZ
 18/11/2020

1ª HABILITAÇÃO
 05/04/2016

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
 06/04/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
 84782018888
 PR034426310

PARAIBA

ASSINATURA DO EMISSOR
 PARAIBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1474518210

PROTEIDO PLASTIFICAR
 1474518210

PROIB
 1474



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB Nº 01420065149B
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
DATA 2018000334902-4
VIA - CDD RENAVAM 00/00000000
EXERCÍCIO 2018

0001615400 BR/CAAL

DETRAN

CONTRAN

JEFFERSON FERNANDES DE ARAUJO

HOME

1 0112219922-5 00/00000000

DATA 2018

DETRAN - PB Nº 01420065149B

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DATA 2018000334902-4

VIA - CDD RENAVAM 00/00000000

EXERCÍCIO 2018

PLACA ANT / UF 04667534460 PB

CHASSI 9C6DG2520H0011480

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC

COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

ANO FAB 2017

ANO MOD 2017

MARCA / MODELO YAMAHA/XT2150 CROSSER E

CAP / POT / CIL 2 P/149 / CI

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE AZUL

COTA UNICA 00/00/0000

VENC / COTAS 1º

PARCELAMENTO / COTAS 2º

FAXA L PVA 0

PREMIO TARIFARIO (R\$) *****

IOF (R\$) *****

PREMIO TOTAL (R\$) *****

DATA DE PAGAMENTO 30/07/2018

SEGURO P A G O

OBSERVAÇÕES

R.F. BANCO YAMAHA MOT DO BRASIL SA

LOCAL

JOAO PESSOA-PB

DATA 31/07/2018

41076

20414-1622599-20180731

CNPJ 09.348.608/0001-04

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.348.608/0001-04

DATA 30/07/2018

PARCELADO

COTA UNICA

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

P A G O

TOTAL PREMIO NAO SEGURO (R\$)

IOF (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

FNS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

PREMIO TARIFARIO

ANO FAB 2017

CAT TARIF 9

Nº CHASSI 9C6DG2520H0011480

MARCA / MODELO YAMAHA/XT2150 CROSSER E

RENAVAM 1122199225

VIA 1

04667534460

CNPJ / CNPJ 0F29116/PB

PLACA

EXERCÍCIO 2018

DATA EMISSÃO 31/07/2018

SAC DPVAT 0800 022 1204

www.seguradoralider.com.br

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

PB Nº 01420065149B BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT





IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JEFFERSON FERNANDES DE ARAUJO
 DATA DO ACIDENTE 28/09/2018 CPF DA VÍTIMA 046.675.344-60
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Jefferson Fernandes de Araujo
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA DA GARÇA BRANCA PEQUENA
 Nº 162 COMPLEMENTO APT 201 BAIRRO PARATIBES
 CIDADE JOÃO PESSOA UF PB CEP 58000-101
 E-MAIL mara.dpvat.23@hotmail.com TELEFONE (83) 98653-8367

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 RECEITÁRIO 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 DETALHADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

- () 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



PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 03/03/2019
 IDENTIDADE 3.194.029.5515/78
 ASSINATURA Jefferson Fernandes de Araujo

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190059959 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFFERSON FERNANDES DE ARAUJO **Data do acidente:** 28/09/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA / LUXAÇÃO DO PÉ DIREITO (LISFRANC).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190059959 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFFERSON FERNANDES DE ARAUJO **Data do acidente:** 28/09/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA / LUXAÇÃO DO PÉ DIREITO (LISFRANC).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0027704/19

Vítima: JEFFERSON FERNANDES DE ARAUJO

CPF: 046.675.344-60

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 28/09/2018

Titular do CPF: JEFFERSON FERNANDES
DE ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JEFFERSON FERNANDES DE ARAUJO : 046.675.344-60

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: 23/01/2019
Nome: JEFFERSON FERNANDES DE ARAUJO
CPF: 046.675.344-60

JEFFERSON FERNANDES DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA