
Rio de Janeiro, 28 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190231103

Vítima: JOAO PEDRO MENDES DA COSTA

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO PEDRO MENDES DA COSTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 29 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190231103 **Vítima: JOAO PEDRO MENDES DA COSTA**

Data do Acidente: 02/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190231103

Vítima: JOAO PEDRO MENDES DA COSTA

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOAO PEDRO MENDES DA COSTA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

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: 0102395/19 CPF da vítima: 705.235.344-00 Nome completo da vítima: João Pedro Mendes de Costa

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

Nome completo: João Pedro Mendes de Costa CPF: 705.235.344-00

Profissão: Gerente Endereço: Rua Santa Luzia Número: 295 Complemento: —

Bairro: Tambay Cidade: Bayeux Estado: PB CEP: 59305000

E-mail: Tel. (DDD): (83) 991928028

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

DADOS CADASTRAIS

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: 1931 CONTA: 80060 9

(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

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, João Pedro 26/03/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x João Pedro Mendes de Costa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____



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.

JOÃO PEDRO

1911 013 60060-9

Esopoço reservado para preenchimento do número do conto

Obs: Em breve você poderá receber no e-mail
Cartão magnético de Pagamento

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101 0800-726 2492 0800-725 7474

Reclamações, Atendimento a pessoas com deficiência auditiva Ouvidoria

sugestões e elogios.

37.158 v004





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 03313.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03313.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:19 horas do dia 26 de março 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 Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **João Pedro Mendes da Costa**, CPF nº 705.235.344-00, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Gesseiro, filho(a) de Sandra Maria Silva Mendes e Rogerio Ferreira da Costa, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 27/01/1997 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Santa Luzia, Nº 225, bairro Brasília, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98641-8865.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Francisco Marques da Fonseca, Xx, Bayeux/PB, bairro Imaculada; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 02/12/18 22:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 2º: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 02/12/2018, POR VOLTA DAS 22:30, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR PRETA, ANO 2009, PLACA NQ1-4940/PB, CHASSI 9C2KD04309R020468, REGISTRADA EM NOME DE SANDRA MARIA SILVA MENDES, NA RUA FRANCISCO MARQUES DA FONSECA, IMACULADA, BAYEUX/PB, QUANDO CAIU EM UM BURACO DA RUA, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIU; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU ATÉ O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S06.3, CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE.

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, 26 de março de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


JOÃO PEDRO MENDES DA COSTA
Noticiante



Procedimento Policial: 03313.01.2019.1.00.401

Documento de Alta

Nome JOAO PEDRO MENDES DA COSTA			Número Prontuário: 112841
Data de 27/01/1997	Sexo: Masculino	Data de Internação: 03/12/2018 10:18:41	Data de Alta: 08/12/2018 09:38:08
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: TRATAMENTO CLÍNICO; RETORNO NO AMBULATÓRIO DO HTOP			
Resumo da Internação: 21 ANOS, MASCULINO, VÍTIMA DE TCE APÓS ACIDENTE COM MOTOCICLETA. FOI TRATADO CONSERVADORAMENTE, EVOLUINDO SEM INTERCORRÊNCIAS			
Resultado de Exames: TCC REVELA FRATURA DEPRIMIDA DO OSSO PARIETAL DIREITO ASSOCIADA À PEQUENA CONTUSÃO SUBJACENTE.			
Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR. RECEITA DE HIDANTAL 100MG BID ATÉ RETORNO AMBULATORIAL NO HTOP.			
Diagnóstico: S06.3 - Traumatismo cerebral focal			
Recomendações: MARCAR RETORNO AMBULATORIAL PARA NEUROCIRURGIA DO HTOP.			

Data: 08/12/2018


George de Albuquerque C.
Mendes
CRM: 8348 - PBGEORGE DE ALBUQUERQUE C
MENDES
CRM: 8348 - PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831747422

Data Nasc: 01/01/1997 - 21 anos

Paciente: JOAO PEDRO MENDES DA COSTA

Data Exame: 03/12/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Fratura com afundamento na região parietal direita.

Sinais de tênue hemorragia subaracnoidea.

Focos de contusões parenquimatosas nas regiões parietal direita e temporal esquerda.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



*Nota: Exame laudado no dia 05/12/2018
05:46 e revisado no dia 05/12/2018 05:47.*

Dra. Gaiba L. O. Aquino
CRM: 5839



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA



11/03/2018

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: João Pedro
Mendes de Costa

DATA DO ATENDIMENTO: 09/12/18

Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA: _____

MÉDICO (CARIMBO): George Mendes
Neurologia e Neurofisiologia
CRM 10034

DIAGNÓSTICO: TCE

PROCEDIMENTO: Retorno
po's - alta

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

F(NG).APC.035-1

DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	SALA

F(NG).APC.035-1





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE João Pedro Mendes da Costa
DATA DE NASCIMENTO 27/01/97
NOME DA MÃE Sandra Maria Silva Mendes

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 112641
BOLETIM DE ENTRADA N.º 112665
DATA DO ATENDIMENTO 02/12/18
HORA DO ATENDIMENTO 23:02
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Trauma craniano
CID 10 S06.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, alcoolizado, Trazido pelo SAMU, vítima de queda de moto, história de perda da consciência, glasgow 15, sem déficits, pupilas iso/foto. Avaliado pela neurocirurgia e internado para tratamento especializado.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio, cervical
RX tórax, bacia

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: fratura parietal a direita, com afundamento, contusão + HSAT subjacente a fratura de crânio e contusão temporal esquerda.

TRATAMENTO:

Tratamento com servador de trauma craniano

ALTA HOSPITALAR: 08/12/18
DATA DA EMISSÃO: 25/02/19



Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JOAO PEDRO MENDES DA COSTA		BAE 1126605	Data/Hora Entrada 02/12/2018 23:02:05	Data Baixa
Data de nascimento 01/01/1997	Idade 21a 11m 3d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (00) 00000000
Mãe SANDRA MARIA SILVA MENDES				Prontuário
Endereço CAPITÃO JOÃO PAREDES, 8N		Bairro SÃO BENTO	Município BAYEUX	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS	Nº Cons. Regional 6028/PB	
Data/Hora Classificação 02/12/2018 23:02:05		Data/Hora Prescrição 03/12/2018 00:43:15		
Anamnese				
##NCIR##				
PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM TCE ONTEM. RELATO DE PERDA DA CONSCIÊNCIA.				
AO EXAME: CONSCIENTE, GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS.				
TC DE CRÂNIO: FRATURA PARIETAL A DIREITA, COM AFUNDAMENTO, SEM PERDA DA CONTINUIDADE DAS TABUAS OSSEAS.				
PEQUENA CONTUSÃO + HSAT SUBJACENTE A FRATURA DE CRÂNIO E PEQUENA CONTUSÃO TEMPORAL ESQUERDA.				
CD: INTERNAÇÃO.				
SOL. TC DE CRÂNIO DE CONTROLE.				
SUPORTE CLÍNICO + OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA.				
DIETA				
DIETA, VIA ORAL				
MEDICAÇÃO				
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H				
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H				
Diluir				
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML				
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)				
Diluir				
ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML				
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H				
Diluir				
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG				
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, DURANTE 12 HORA(S)				
Diluir				
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML				
AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)				
Diluir				
FENITOINA 50MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 5ML), DILUIR 2,0 ML				
CUIDADOS				
SSV + CCGG				
OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA				
CABECEIRA ELEVADA A 30°				
EXAME LABORATORIAL				
BOLUS DE 100ML DE SORO FISIOLÓGICO 0,9% em 02/12/2018 23:02:39				
UREIA				



AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente JOAO PEDRO MENDES DA COSTA		BAE 1126805	Data/Hora Entrada 02/12/2018 23:02:05	Data Baixa
Data de nascimento 01/01/1997	Idade 21a 11m 2d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (00) 00000000
Mãe SANDRA MARIA SILVA MENDES				Prontuário
Endereço CAPITÃO JOÃO PAREDES, SN		Bairro SÃO BENTO	Município BAYEUX	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TOMAS CATAO MONTE RASO	Nº Cons. Regional 7742/PB	
Data/Hora Classificação 02/12/2018 23:02:05			Data/Hora Prescrição 03/12/2018 01:11:50	

Anamnese

##NCIR##

C-

D-CIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO.
TCE, COM PERDA DA CONSCIENCIA, SEM VOMITOS.

AO EXAME:

REG, CONSCIENTE, CONFUSO, DESORIENTADO

ECG 14

SEM DÉFICITS

SEM CERVICALGIA

PIFR

TCC:

FRATURA PARIETAL A DIREITA, COM AFUNDAMENTO, SEM PERDA DA CONTINUIDADE DAS TABUAS OSSEAS.
CONTUSÃO + HSAT SUBJACENTE A FRATURA DE CRANIO E CONTUSÃO TEMPORAL ESQUERDA, PEQUENA

CD: OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA

CONVERSO COM FAMÍLIA SOBRE O CASO.

OPTO POR CONDUTA CONSERVADORA EM RELAÇÃO A FRATURA DE CRANIO.

Conduta

Em observação

JOAO PEDRO MENDES DA COSTA

TOMAS CATAO MONTE RASO

FELICIANO DA S

CRM/PB 7742

TOMAS CATAO MONTE RASO
(CRM: 7742/PB)

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOAO PEDRO MENDES DA COSTA	BAE 1126605	Data/Hora Entrada 02/12/2018 23:02:05	Data Baixa
Data de nascimento 01/01/1997	Idade 21a 11m 2d	Sexo Masculino	CNS
Mãe SANDRA MARIA SILVA MENDES	Telefone de Contato (00) 00000000		Prontuário
Endereço CAPITÃO JOÃO PAREDES, SN	Bairro SÃO BENTO	Município BAYEUX	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GILSON MARCELO PEREIRA DE MELO	Nº Cons. Regional 3448/PB
Data/Hora Classificação 02/12/2018 23:02:05	Data/Hora Prescrição 03/12/2018 09:22:55		

Anamnese

paciente sem queixas de dor abdominal e torácica. está consciente, lúcido.
conduta - alta da cirurgia geral aos cuidados da neurocirurgia.

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

JOÃO PEDRO MENDES DA COSTA

Gilson Marcelo P. de Melo
Cirurgia GeralGILSON MARCELO PEREIRA DE MELO
(3448/PB)



AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOAO PEDRO MENDES DA COSTA		BAE 1125895	Data/Hora Entrada 02/12/2018 23:02:05	Data Baixa
Data de nascimento 01/01/1997	Idade 21a 11m 2d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (00) 00000000
Mãe SANDRA MARIA SILVA MENDES				Prontuário
Endereço CAPITÃO JOÃO PAREDES, SN		Bairro SÃO BENTO	Município BAYEUX	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional THIAGO SILVA DA COSTA	Nº Cons. Regional 6560/PB	
Data/Hora Classificação 02/12/2018 23:02:05			Data/Hora Prescrição 02/12/2018 23:14:20	

anamnese

PACIENTE ALCOOLIZADO, TRAZIDO PELO SAMU, VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM HISTÓRIA DE PERDA DE CONSCIENCIA
AO EXAME> A- FALANDO COM COLAR
B- MV + SEM RA
C- RCR EM 2T
D- AGITADO, ALCOOLIZADO ECG = 15
E- ESCORIAÇÕES LEVES
CD: EXAMES
AVAL. NCR



EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL PERFIL

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

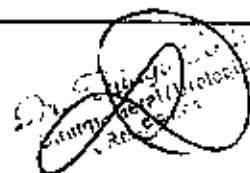
RADIOGRAFIA DE BACIA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação



JOAO PEDRO MENDES DA COSTA

THIAGO SILVA DA COSTA
(CRM: 6560/PB)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 07/12/18 12:00
 Usuário: JOSE LOPES DE
 Boletim 1126605

Nome	JOAO PEDRO MENDES DA COSTA	Data da	27/01/1997	Idade	21a 10m 10d	Sexo	MASCULINO	Nº	1126605	Nº Prontuário	112641	Data Prescrição	07/12/2018 12:00:10
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito												
Convenio	AREA VERDE ENF 36 / LEITO EXTRA 19												
SUS	Matrícula												
Validade da Prescrição													
07/12/2018 17:00:00 - 08/12/2018 17:00:00													
Senha													
Data da entrada: 02/12/2016 23:02:05													
Data da internação: 03/12/2018 10:19:41													
Permanência na 4d 12h 58min													
Permanência no 4d 1h 41min													

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aproximamento
1 DIETA BRANDA	0,0			ORAL			
2 FENTONA 50MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 5ML)	2,0	ML		E.V.		8/8H	
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		8/8H	
4 ONDANETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		8/8H	
5 SSVV + CCGG	0,0						

Reimpresso por: -
 dia: -

JOSE LOPES DE SOUSA FILHO
 CRM: 6676

Assinatura e Carimbo do Profissional



Cruz Vermelha
Brasiliana

1128605

Reimpresso por: -
da: -

TOMAS CATAO MONTE RASO
CRM: 7742



Assinatura e Carimbo do Profissional

Data: 05/12/18 10:09
 Usuário: LEONARDO
 Boleim 1126605

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome		JOAO PEDRO MENDES DA COSTA	
Data de	Idade	Sexo	Nº
27/01/1997	21a 10m 8d	MASCULINO	1126605
Enfermagem / Leito		Nº Prontuário	Data Prescrição
AREA VERDE ENF 36 / LEITO EXTRA 19		112641	05/12/2018 10:09:47
Convenção		Validade da Prescrição	
SUS		05/12/2018 17:00:00 - 06/12/2018 17:00:00	
Matrícula		Permanência na	Permanência no
		2d 11h 7min	1d 23h 50min
Data da entrada:		Data da internação:	
02/12/2018 23:02:05		03/12/2018 10:19:41	
Via de		Veloc. Int.	Pos
Oral			Apazamento

1	DIETA BRANCA	100,0							
2	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML	E.V.	6/8H				
3	FENTONA 50MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 5ML)	2,0	ML	E.V.	8/8H				
4	ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML	E.V.	8/8H				
5	CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG	E.V.	12/12H				
6	HANTIDINA 50MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML	E.V.	12/12H				
7	SSV + COGG	0,0							
8	OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0,0							

Relatado por:
 Assinatura e Carimbo do Profissional
 Data:



LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS
 CRM: 6028

Data: _____
 Usuário: ALL
 Boleim 1126605



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome JOAO PEDRO MENDES DA COSTA	Data de 01/01/1997	Idade 21a 11m 4d	Sexo MASCULINO	Nº 1126605	Nº Prontuário 112641	Data Prescrição 04/12/2018 21:43:11
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito AREA VERDE ENF 36 / LEITO EXTRA 19		Validade da Prescrição 05/12/2018 17:00:00 - 06/12/2018 17:00:00			
Convênio SUS	Matrícula			Senha		
Data da entrada: 02/12/2018 23:02:05		Data da Internação: 03/12/2018 10:19:41		Permanência na 1d 22h 41min		Permanência no 1d 11h 24min

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 FENITOINA 500MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 5ML)	2,0	ML		E.V.		8/8H	
2 HALOPERIDOL 5MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 1 ML)	1,0	ML		E.V.		12/12H	23 07 18

Reimpresso por: - **23 07 18**
 dia: -

ALECIO CRISTINO EVANGELISTA SANTOS
 CRM: 7104

Assinatura e Carimbo do Profissional

Paulo Ribeiro da Silva
 COORDENADOR DE SEGURANÇA



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332185700Impresso por: JIM
UMBERTO CANTISANI NETO
Em: 04/12/2018 08:22:20

Nome JOAO PEDRO MENDES DA COSTA		Bolém de Atendimento 1126605	Data/Hora Entrada 02/12/2018 23:02:05	Data/Hora Saída
Data de nascimento 01/01/1997	Idade 21	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 112641
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 02/12/2018 23:02:05	Data Internação 03/12/2018 10:19:41	Permanência na Unidade: 1d 9h 20min		Permanência no Leito: 22h 3min

EVOLUÇÃO MEDICA (JIM UMBERTO CANTISANI NETO - 04/12/2018 08:21:29)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#NEUROCIRURGIA#

#TCE - ADMISSÃO 02/12/2018

#FRATURA COM AFUNDAMENTO - CONTUSÃO HEMORRÁGICA

PACIENTE EVOLUI BEM, SEM INTERCORRÊNCIAS NEUROLÓGICAS

AO EXAME: CONSCIENTE, ALERTA, EUFÁSICO

AUSENCIA DE DÉFICITS APENDICULARES

GCS 15

TC CONTROLE: PEQUENA CONTUSÃO HEMORRÁGICA TEMPORAL À ESQUERDA, FRATURA COM AFUNDAMENTO PARIETAL À DIREITA

Cd: OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA
ANALGESIASeção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 19
Profissional responsável pela informação: JIM UMBERTO CANTISANI NETODr. Jim Umberto Cantisani Neto
Neurocirurgião - Cr. do Colégio
CRM - 7765

Número Conselho: 7765

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454564 - Tel.: 8332165700Impresso por: TOMAS
CATAO MONTE RASO
Em: 06/12/2018 08:57:24

Nome JOAO PEDRO MENDES DA COSTA		Boletim de Atendimento 1126805	Data/Hora Entrada 02/12/2018 23:02:05	Data/Hora Saída
Data de nascimento 27/01/1997	Idade 21	Sexo Masculino	CNS 700505337527651	Prontuário 112641
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 02/12/2018 23:02:05	Data Internação 03/12/2018 10:19:41	Permanência na Unidade: 3d 9h 55min	Permanência no Leito: 2d 22h 38min	

EVOLUÇÃO MEDICA (TOMAS CATAO MONTE RASO - 06/12/2018 08:57:08)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#NEUROCIRURGIA#

#TCE - ADMISSÃO 02/12/2018

#FRATURA COM AFUNDAMENTO - CONTUSÃO HEMORRÁGICA

PACIENTE EVOLUI BEM, SEM INTERCORRÊNCIAS NEUROLÓGICAS

AO EXAME: GLASGOW 15, CONSCIENTE, ALERTA, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES.
AUSÊNCIA DE DÉFICITS APENDICULARES.

TC CRÂNIO (03/12): Fratura com afundamento na região parietal direita.

Sinais de tênue hemorragia subaracnoidea.

Focos de contusões parenquimatosas nas regiões parietal direita e temporal esquerda.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

CD: SUPORTE CLÍNICO + OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA
SOL. TC DE CRÂNIO DE CONTROLE.ação: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 19
Profissional responsável pela informação: TOMAS CATAO MONTE RASO

Número Conselho: 7742



AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNPJ: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: LEONARDO
PEREIRA DA COSTA MATIAS
Em: 05/12/2018 10:06:24

Nome JOAO PEDRO MENDES DA COSTA		Boletim de Atendimento 1126505	Data/Hora Entrada 02/12/2018 23:02:05	Data/Hora Saida
Data de nascimento 27/01/1997	Idade 21	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 112641
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 02/12/2018 23:02:05	Data Internação 03/12/2018 10:19:41	Permanência na Unidade: 2d 11h 4min	Permanência no Leito: 1d 23h 47min	

EVOLUÇÃO MEDICA (LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS - 05/12/2018 10:04:23)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#NEUROCIRURGIA#

#TCE - ADMISSÃO 02/12/2018

#FRATURA COM AFUNDAMENTO - CONTUSÃO HEMORRÁGICA

PACIENTE EVOLUI BEM, SEM INTERCORRÊNCIAS NEUROLÓGICAS

AO EXAME: GLASGOW 15, CONSCIENTE, ALERTA, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES.
AUSÊNCIA DE DÉFICITS APENDICULARES.TC CRÂNIO (03/12): Fratura com afundamento na região parietal direita.
Sinais de ténue hemorragia subaracnoidea.
Focos de contusões parenquimatosas nas regiões parietal direita e temporal esquerda.
Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.
Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.
Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.CD: SUPORTE CLÍNICO + OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA
SOL. TC DE CRÂNIO DE CONTROLE.Seção: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 19
Profissional responsável pela informação: LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS

Número Conselho: 6028





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700Impresso por: JIM
UMBERTO CANTISANI NETO
Em: 04/12/2018 08:22:20

Nome JOAO PEDRO MENDES DA COSTA		Boletim de Atendimento 1126605	Data/Hora Entrada 02/12/2018 23:02:05	Data/Hora Saída
Data de nascimento 01/01/1997	Idade 21	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 112641
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 02/12/2018 23:02:05	Data Internação 03/12/2018 10:19:41	Permanência na Unidade: 1d 9h 20min		Permanência no Leito: 22h 3min

EVOLUÇÃO MEDICA (JIM UMBERTO CANTISANI NETO - 04/12/2018 08:21:29)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#NEUROCIRURGIA#

#TCE - ADMISSÃO 02/12/2018

#FRATURA COM AFUNDAMENTO - CONTUSÃO HEMORRÁGICA

PACIENTE EVOLUI BEM, SEM INTERCORRÊNCIAS NEUROLÓGICAS

AO EXAME: CONSCIENTE, ALERTA, EUFÁSICO
AUSENCIA DE DÉFICITS APÊNDICULARES
GCS 15TC CONTROLE: PEQUENA CONTUSÃO HEMORRÁGICA TEMPORAL À ESQUERDA, FRATURA COM
AFUNDAMENTO PARIETAL À DIREITACd: OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA
ANALGESIASeção: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 19
Profissional responsável pela informação: JIM UMBERTO CANTISANI NETO

Número Conselho: 7785

Dr. Jim Umberto Cantisani Neto
Neurocirurgião - Cir. da coluna
CRM - 7765

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 03/12/18 09:43
 Usuário: LEONARDO
 Botão: 1126605

Nome	JOAO PEDRO MENDES DA COSTA		Data da	01/01/1997	Idade	21a 11m 2d	Sexo	MASCULINO	Nº	1126605	Nº Prontuário	03/12/2018 09:43:15	
Motivo do Atendimento	Enfermária / Lallo												
Validade da Prescrição	03/12/2018 09:43:00 - 04/12/2018 09:43:00												
Convenio	SUS		Matrícula				Sentia						
Data da entrada:			02/12/2018 23:02:05			Data da internação:			Permanência na 10h 41min			Permanência no	

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Int.	Pos	Aproximado
9 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0,0						
10 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0,0						

Reimpresso por: -

dia: *Leonardo Matias*
CPM: 6028

LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS
 CRM: 6028

Assinatura e Carimbo do Profissional

Paulo Ribeiro
 COREN-PR



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNS: 2778696 - Tel.: 8332165700Impresso por: GEORGE DE
ALBUQUERQUE C MENDES
Em: 08/12/2018 09:37:55

Nome JOAO PEDRO MENDES DA COSTA		Boletim de Atendimento 1126605	Data/Hora Entrada 02/12/2018 23:02:05	Data/Hora Saída
Data de nascimento 27/01/1997	Idade 21	Sexo Masculino	CNS 700505337527851	Prontuário 112641
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 02/12/2018 23:02:05	Data Internação 03/12/2018 10:19:41	Permanência na Unidade: 5d 10h 35min	Permanência no Leito: 4d 23h 18min	

EVOLUÇÃO MEDICA (GEORGE DE ALBUQUERQUE C MENDES - 08/12/2018 09:37:46)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#NEUROCIRURGIA#

#TCE - ADMISSÃO 02/12/2018

#FRATURA COM AFUNDAMENTO - CONTUSÃO HEMORRÁGICA

PACIENTE EVOLUI BEM, SEM INTERCORRÊNCIAS NEUROLÓGICAS

AO EXAME: GLASGOW 15, CONSCIENTE, ALERTA, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES.
AUSÊNCIA DE DÉFICITS APENDICULARES.

TC CRÂNIO (03/12): Fratura com afundamento na região parietal direita.

Sinais de tênue hemorragia subaracnoidea.

Focos de contusões parenquimatosas nas regiões parietal direita e temporal esquerda.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

CD: ALTA HOSPITALAR; RECEITA; RETORNO AMBULATORIAL.

Localização: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 19

Profissional responsável pela informação: GEORGE DE ALBUQUERQUE C MENDES

George Mendes
Assessoria de Gestão
CNPJ 16.134.615

Número Conselho: 8346

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 3.714.415 -2 VIA DATA DE EMISSÃO 12/02/2015

MOBILIDADE

JOÃO PEDRO MENDES DA COSTA

FILIAÇÃO ROGÉRIO FERREIRA DA COSTA
SANDRA MARIA SILVA MENDES

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO 27/01/1997

DOC. ORIGINAL

NASC. N. 69192 FLS. 265V LIV. A-66

CARTÓRIO 3º JOÃO PESSOA-PB

CPF 705.235.344-00

LE Nº 7.116 DE 29/06/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA SOCIAL

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

830-D-20-A

CARTÃO DE IDENTIDADE

JOÃO PEDRO MENDES DA COSTA

JOÃO PEDRO MENDES DA COSTA

27/01/1997

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190231103 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO PEDRO MENDES DA COSTA **Data do acidente:** 02/12/2018 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE - AFUNDAMENTO PARIETAL Á DIREITA.

Descrição do exame AO EXAME: PRESENTE SÓ, COLABORATIVO E BEM VESTIDO.

físico: REFERE TONTURA, PERDA DE MEMÓRIA E CEFALÉIA. NEGA CONVULSÃO. FAZ USO DE HIDANTAL 100 MG 12/12H.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA EM 08-12-2018. ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 04/04/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Nota do revisor: não foram descritas sequelas funcionais, as queixas referidas são subjetivas e sintomáticas.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190231103**

Nome do(a) Examinado(a): **JOAO PEDRO MENDES DA COSTA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R STA LUZIA, 225, Tambay - BRASILIA - Bayeux - PB - CEP 58307-320

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3714415**

Data e local do acidente: [**02/12/2018**] **BAYEUX-PB**

Data e local do exame: [**04/04/2019**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

AFUNDAMENTO PARIETAL Á DIREITA

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

ACIDENTE EM 02-12-2018 AO EXAME : PRESENTE SÓ, COLABORATIVO E BEM VESTIDO . RELATA TONTURA PERDA DE MEMÓRIA CEFALÉIA NEGA CONVULSÃO FAZ USO DE HIDANTAL 100MG 12/12H

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA EM 08-12-2018 ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL .

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☐] Sim [☒] Não

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

(X) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Umberto Jansen de Moraes Lima - CRM: 5769 - PB

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0102395/19

Vítima: JOAO PEDRO MENDES DA COSTA

CPF: 705.235.344-00

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 02/12/2018

Titular do CPF: JOAO PEDRO MENDES DA COSTA

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

JOAO PEDRO MENDES DA COSTA : 705.235.344-00

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: 26/03/2019
Nome: JOAO PEDRO MENDES DA COSTA
CPF: 705.235.344-00

JOAO PEDRO MENDES DA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/03/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA