

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOAQUIM DE JESUS RODRIGUES

Nº Sinistro: 3180401545

Vitima: JOAQUIM DE JESUS RODRIGUES

Data do Acidente: 21/12/2017

Cobertura: DAMS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180401545**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de DAMS é de **ATÉ R\$ 2.700,00** e que suas despesas serão analisadas considerando os valores de mercado, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de reembolso é de até **30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOAQUIM DE JESUS RODRIGUES

Nº Sinistro: 3180401545

Vitima: JOAQUIM DE JESUS RODRIGUES

Data do Acidente: 21/12/2017

Cobertura: DAMS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180401545**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovantes de despesas médicas não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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, 11 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180401545

Vítima: JOAQUIM DE JESUS RODRIGUES

Data do Acidente: 21/12/2017

Cobertura: DAMS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOAQUIM DE JESUS RODRIGUES

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

Autorização de pagamento



É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO, CPF, NOME, ENDERECO, CIDADE, ESTADO, CEP e EMAIL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

077.003.144-70

JOAQUIM DE JESUS RODRIGUES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOAQUIM DE JESUS RODRIGUES	CPF titular da conta 077.003.144-70	Profissão DESEMPREGADO
Endereço RUA JACÓ ALBINO VETO	Número 260	Complemento Apto 104 - Bloco 1
Barro GRAMAME	Estado PB	CEP 58.668-200
Email	Telefone (DDD) (83) 98758-7635	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO		
BRASIL	<input type="text"/>		
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
3277	8	40816	6

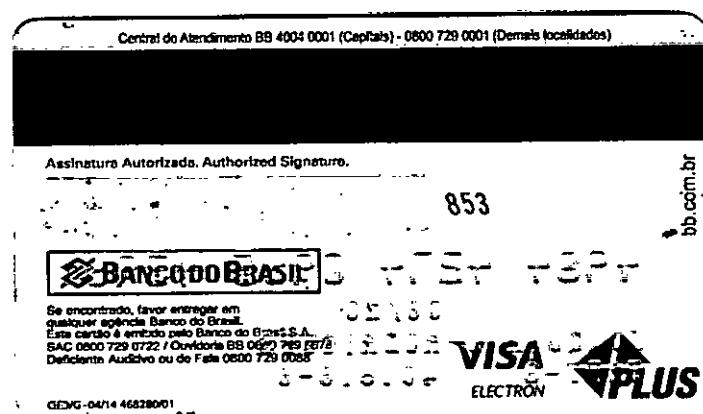
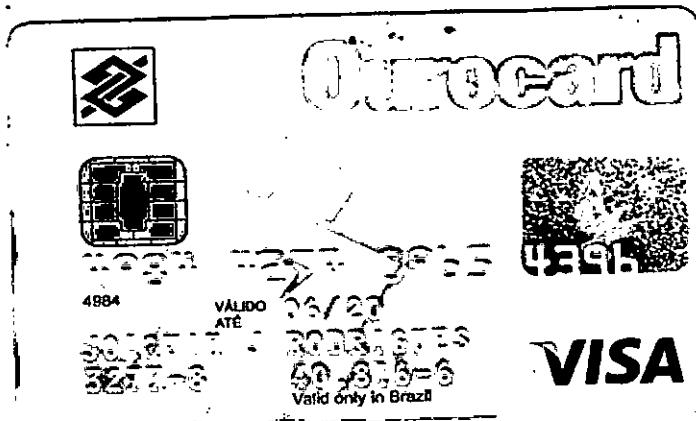
(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

J. P. Meira, 10 de agosto de 2018
Local e Data

X Joaquim de Jesus Rodrigues
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00649.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00649.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:58 horas do dia 05 de abril 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 **Joaquim de Jesus Rodrigues**, RG nº 3363994 SSP/PB, CPF nº 077.003.144-70, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Vigilante, filho(a) de Geralda Maria de Jesus Rodrigues e José Rodrigues de França, natural de Patos/PB, nascido(a) em 02/09/1989 (28 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Inácio Albino Neto, Nº 240, complemento APT.104-BLOCO 01, bairro Barra de Gramame, tendo como ponto de referência Condomínio Morumbi, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98758-7635.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Capitão João Freire X Rua Dom Moisés Coelho, Próximo a Clínica dos Rins, João Pessoa/PB, bairro Torre; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 21/12/17 19:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN KS, PRETA, 2012/2012, PLACA NQC0523/PB, CHASSI 9C2JC4110CR497655, registrada em nome do noticiante, pela Rua Dom Moisés Coelho quando ao fazer uma curva à direita para entrar na Rua Capitão João Freire acabou derrapando vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DE 15.03.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) em veículo particular; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Senão 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.

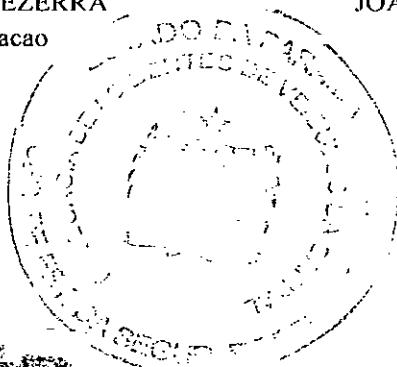
João Pessoa/PB, 05 de abril de 2018.

FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação

JOAQUIM DE JESUS RODRIGUES

Noticiante



CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL

COMARCA DA CAPITAL

RUA JUSCELINO KUBITSCHEK, S/Nº - ERNESTO GEISEL - CEP 58075-400 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TELEFAX: (83) 3231-4078

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do

original que me foi exibido. Dou fé. CELEIDA OSIMO

FERREIRA SILVA - Tabelião. em 10/08/2018 17:16:29

Emol: R\$2,37 FEPJ R\$0,12 FARPN: R\$0,40 ISS R\$ 0,17. Selo

Digital- AHI23334-037K Consulte em

<https://selodigital.tabelionatoceleida.com.br>

Procedimento Policial: 00649.01.2018.1.00.420

16-080-2018 16:43 503128 M1
SEGURANÇA LIDER INFORMATICA
021

1/1



JOAQUIM DE JESUS RODRIGUES
RUA INACIO ALMEIDA NETO, 269 / EL 01 AP 104 - GRAMAME
JOAO PESSOA / PB CEP: 58029200 (AG: 1)

Emissão: 26/07/2018 Referência Jul / 2018
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br200, Km25 - Cefet Redentor-João Pessoa/PB - CEP58071-680
Roteiro: 15-2-819-3250 NF medidor: 00008543285



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.055.183/0001-40 Insc Est. 16.015.822-0

Nota Fiscal/Conta de Energia: EMIN00010.151.961
Cód. para Dfb. Automático: 00016879132

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: www.energisab.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jul / 2018	26/07/2018	27/08/2018	770.031.447-0 Insc Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/1687913-2**

Canal de contato

CCI	Descrição	Quotidiano	Total	Veloc/ Base Calc	Kilo/ Tomo(R\$)	Base Calc	Pre(R\$)	Cofins(R\$)	Demonstrativo	
									Tributos Totais(R\$)	ICMS(R\$)
0601	Consumo em kWh	83.000	0,717630	45,21	45,21	25	11,20	45,21	0,49	2,25
0501	Adic.B.Vermeila			4,57	4,57	25	1,14	4,57	0,04	0,23
0807	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS CONTRIB SERV. PÚBLICA		1,93	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do item TOTAL: 51,77 49,78 12,44 49,78 0,53 2,48

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
93	02/08/2018	R\$ 51,77

Histórico de Consumo (kWh)
73 | 83 | 104 | 97 | 108 | 97 | 55 | 85 | 83 | 104 | 101 | 102
JUN/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18

RESERVADO AO FISCO 6b4b.9234.f5b8.b6d3.6e9d.4b01.aac2.83e7.

Indicadores de Qualidade			5/2018 - Mucurá			Composição do Consumo		
Límites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%			
DICMENSAL	15,52	1,92	NOMINAL	220		6micos de Dist da Energia x PB	11,89	23,05
DICTRIMESTRAL	15,52					Comenda de Energia	17,26	33,34
DICANUAL	21,35					Serviço de Transmissão	1,63	3,53
FICMENSAL	3,35		CONTRATADA			Encargos Setoriais	3,31	6,39
FICTRIMESTRAL	8,80	2,66	LIMITE INFERIOR	202		Impostos Dívidas e Encargos	17,44	33,68
FICANUAL	13,20		LIMITE SUPERIOR	251		Outros Serviços	0,00	0,00
D750	3,03	0,79				Total	51,77	100,00
DICRS	12,22							

Valor do EUSD (Re. 5/2018) R\$26,77

Lectura confirmada	ATENÇÃO	Faturas em atraso
--------------------	----------------	-------------------



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOAQUIM DE JESUS RODRIGUES
DATA DE NASCIMENTO	02/09/89
NOME DA MÃE	GERALDA MARIA DE JESUS RODRIGUES

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.050.264
DATA DO ATENDIMENTO	21/12/17
HORA DO ATENDIMENTO	19:22
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO DE Perna ESQUERDA
CID 10	S80.9

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com relato de trauma no joelho esquerdo, queixando-se de dor local e limitação funcional. Consciente e orientado. Sem déficits focais.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de joelho esquerdo.

RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem anormalidades.

TRATAMENTO:

Atendimento inicial.

ALTA HOSPITALAR:	21/12/17
DATA DA EMISSÃO:	15/03/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - NOME DA MÃE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

13 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

5 - DATA DE NASCIMENTO

4 - N.º DO PRONTUÁRIO

Masc.

Fem.

8 - RACA/COR

DDD

10 - TELEFONE DE CONTATO

N.º DO TELEFONE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

N.º DO TELEFONE

15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTDE

RNP *pelos (3)*

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

21 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37 - CID 10 PRINCIPAL 38 - CID 10 SECUNDÁRIO 39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Bruxismo *ja vns (3)*

SSS

40 - OBSERVAÇÕES

Bruxismo *pelos (3)*, *eu estou com*
dor *intolerância*

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

45 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

Edilson

21/12/15

Dr. Odilon R. Faria
Ortopedia / Cir. Joeihó
CRM 6688 - TEOT 12957

() CNS

() CPF

14 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

() CNS

() CPF

48 - DOCUMENTO

49 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PÉRIODO DE VALIDADE DA APAC

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES



SOLICITAÇÃO

SOLICITAÇÃO: (X) LAUDO (X) PRONTUARIO

NOME DO PACIENTE:	JOAQUIM DE JESUS RODRIGUES
BE: 1050264	PRONTUÁRIO:

DATA DA SOLICITAÇÃO: 24/01/2018

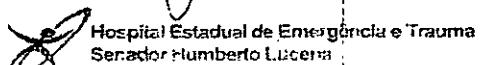
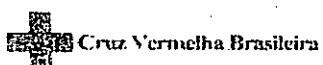
Flávia Araújo
Auxiliar Administrativo
SEGREDO-ATENDENTE

SOLICITANTE: (X) PACIENTE () ADVOGADO: () FAMILIA : _____

INFORMAÇÃO DE LAUDO MÉDICO ATRAVÉS DO SITE
<http://hospitaldetrauma.pb.gov.br/>

TELEFONE: 3216-5760

- ATENDIMENTO POR **TELEFONE: SEGUNDA, TERÇA, QUINTA E SEXTA PELA MANHÃ. / SEGUNDA, QUARTA, QUINTA E SEXTA PELA TARDE.**
- HORARIO DE ATENDIMENTO: **SEGUNDA À SEXTA (08:00H às 17:00H)**



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

Boletim de Atendimento: 1050264



Identificação do paciente				
ID 1243118	Nome JOAQUIM DE JESUS RODRIGUES			Sexo Masculino
Data de nascimento 02/09/1989	Idade 28 anos 3 meses 19 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe GERALDA MARIA DE JESUS RODRIGUES				Pai JOSE RODRIGUES DE FRANCA
Escolaridade				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 87587635	DDD Fixo 00	Fone Fixo 00000000	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3363994	Nº Cns 708407255311063		
Local de procedência TORRE				Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade PATOS	UF PB		
CBO/R				
Endereço				
CEP 58068200	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro INÁCIO ALBINO NETO	
Número 240	Complemento APT 104	Bairro GRAMAME		
Admissão				
Data e Hora 21/12/2017 19:22:22	Número da pulseira 100006285486	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco				Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	Falto	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO				Tempo 45seg

Imprimir

Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente JOAQUIM DE JESUS RODRIGUES		BAE 1050264	Data/Hora Entrada 21/12/2017 19:22:22	Data Baixa
Data de nascimento 02/09/1989	Idade 28	Sexo Masculino	CNS 708407255311063	Telefone de Contato (83) 875876357 (00) 00000000
Mãe GERALDA MARIA DE JESUS RODRIGUES				Prontuário
Endereço INACIO ALBINO NETO, 240 - APT 104		Bairro GRAMAME	Município JOÃO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO	Nº Cons. Regional 3945/PB	
Data/Hora Classificação 21/12/2017 19:24:28		Data/Hora Prescrição 21/12/2017 19:42:40		
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha	

Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA NO JOELHO ESQUERDO. QUEIXANDO-SE DE DOR NO LOCAL E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS.

SEM OUTRAS QUEIXAS.

ÚCIDO, ORIENTADO E CONSCIENTE.

TEM HAS(DIETA).

SEM DEFÍCIT MOTOR APARENTE.

ALTA DA CIRURGIA GERAL

SEGUIR COM ORTOPEDISTA.

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 2,0 MG VIA E.V., AGORA

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

CUIDADOS

AFERIR PA E FC

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

CID10

Código	Descrição
80.9	Traumatismo superficial não especificado da perna

Conduta

Em observação


FÁBIO KENÉDY ALMEIDA TRIGUEIRO
(CRM: 3945/PB)

JOAQUIM DE JESUS RODRIGUES

FÁBIO KENÉDY ALMEIDA TRIGUEIRO
(CRM: 3945/PB)

Data: 21/12/17
Usuário: FÁBIO KENFL
Boleto: 1050264

PRESCRIÇÃO MÉDICA

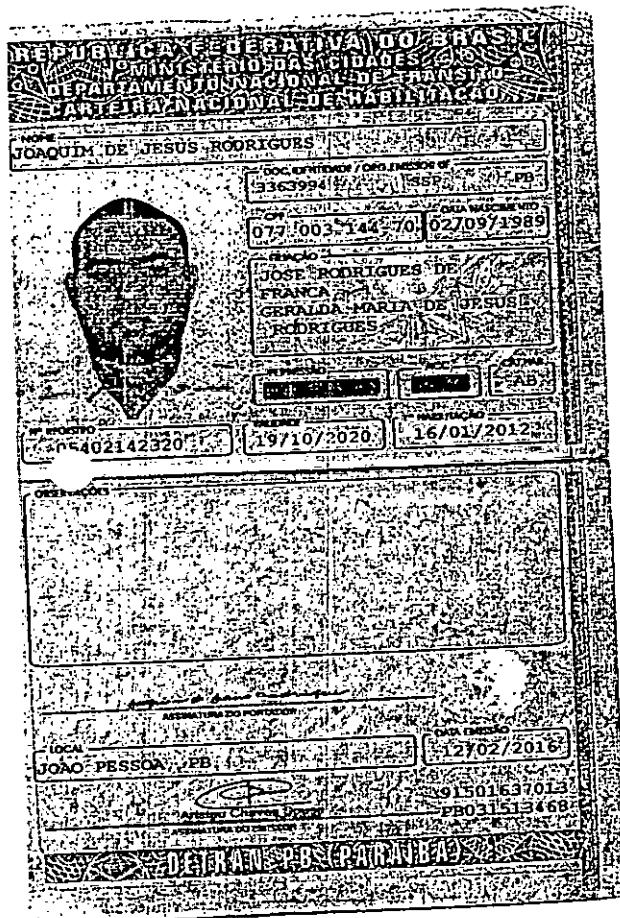
Nome JOAQUIM DE JESUS RODRIGUES Motivo do Atendimento	Data de Nascimento 02/09/1989	Idade 28	Sexo MASCULINO	Nº Prontuário 1050264	Data Prescrição 21/12/2017 19:42:40
Convenio SUS	Enfermaria / Leito			Validade da Prescrição 21/12/2017 19:42:00 - 22/12/2017 19:42:30	
		Matrícula		Senha	

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pas	Aprazamento
1 CETOPROFENO 100 MG	2.0	MG		E.V.		AGORA	<i>F.C.</i>
2 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		AGORA	<i>S.S. 3</i>
3 AFERIR PA E FC	0.0						
4 PARASITER ORTO	0.0						

21 de Dezembro de 2017

FÁBIO KENÉTH ALMEIDA TRIGUEIRO
CRM: 3945

*Fábio Kenéth Almeida Trigueiro
Assinatura e Carimbo do Profissional
Dr. Fábio Kenéth Almeida Trigueiro*



Documentos de identificação



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0317418/18

Vítima: JOAQUIM DE JESUS RODRIGUES
CPF: 077.003.144-70

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 21/12/2017

Titular do CPF: JOAQUIM DE JESUS RODRIGUES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros



JOAQUIM DE JESUS RODRIGUES : 077.003.144-70

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.
- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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: 16/08/2018
Nome: JOAQUIM DE JESUS RODRIGUES
CPF/CNPJ: 077.003.144-70

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/08/2018
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

JOAQUIM DE JESUS RODRIGUES

Cristina Limeira Alves

De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinícius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, **em medida extrema exceção**, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa **medida de exceção é válida** somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br

Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA *José Agnaldo Ferreira Rodriguez*DATA DO ACIDENTE 21/12/2017 CPF DA VITIMA 07003 14470PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO *José Agnaldo*QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANESCO COMA VITIMA É *José Agnaldo Ferreira Rodriguez* ENDERECO DO PORTADOR *Bruna Terezinha Alvim Salto*Nº 240 COMPLEMENTO Ap 164 BAIRRO *Brumadinho*CIDADE *José Bonifácio* UF PB CEP 58668-200E-MAIL *franvalmorodrigues402* TELEFONE (083) 48358-7635

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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) CÓPIA DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA 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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL) (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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)

- DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS**
- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS 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)
- INFORMAÇÕES IMPORTANTES**
- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- Morte = R\$ 15.500,00
• 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 O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURODA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

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 VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 13/08/2018 DATA 13/08/2018 MATR. CORREIOS 841600IDENTIDADE 3763 994 NOME FranvalmorodriguesASSINATURA *José Agnaldo*ASSINATURA *José Agnaldo*