



Número: **0878513-05.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **18/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 2.531,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RENATO JOSE DE OLIVEIRA (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31663 737	18/06/2020 10:26	2727554_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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, 04 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190567995

Vítima: RENATO JOSE DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 11/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RENATO JOSE DE OLIVEIRA

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

Carta nº 14843877





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, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190567995

Vítima: RENATO JOSE DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 11/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RENATO JOSE DE OLIVEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **RENATO JOSE DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000004823**

Conta: **0000017281-0**

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.

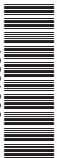
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01713/01714 - carta_15R - INVALIDEZ

00010857





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 012.734.274-59 4 - Nome completo da vítima: Renato José de Oliveira

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

5 - Nome completo: Renato José de Oliveira 6 - CPF: 012.734.274-59
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Prof. Narmia Ribeiro
11 - Bairro: Beizel 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58075-210
15 - E-mail: 16 - Tel./DDI: (83) 98663 4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ 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: 4823

CONTA: 17284

(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.

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o provimento 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 presunção de culpa ou responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) ou nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura
ou
rubrica
ou
assinatura
por afilhado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

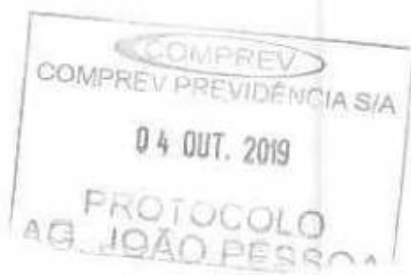
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019





Remato José de Oliveira





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 10542.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 10542.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:17 horas do dia 12 de setembro 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 **Renato Jose de Oliveira**, CPF nº 012.734.274-59, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Repositor, filho(a) de Francisca Gomes de Oliveira e Severino de Oliveira, natural de João Pessoa/PB, nascido (a) em 22/05/1978 (41 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Professora Noemia Ribeiro, Nº 28, bairro Ernesto Geisel, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98859-1752.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Flodoaldo Peixoto Filho, Xx, João Pessoa/PB, bairro Valentina; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/02/19 16:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

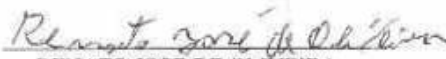
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

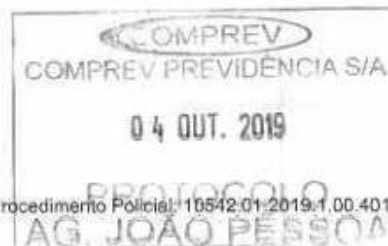
QUE NO DIA 11/02/2019, POR VOLTA DAS 16:00, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA SUZUKI YES DE COR VERMELHA, ANO 2009, PLACA NPX-2330/PB, CHASSI 9CDNF41LJ9M290651, REGISTRADA EM NOME DE JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE, NA RUA FLODOALDO PEIXOTO FILHO, VALENTINA, NESTA CAPITAL, QUANDO COLIDIU EM UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA LESÃO DE TENDÃO PATELAR, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM 11/02/2019, CONFORME CERTIDÃO 1360/2019 ASSINADA PELA MEDICA ROSANGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA.

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

João Pessoa/PB, 12 de setembro de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


RENATO JOSE DE OLIVEIRA
Noticiante





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 012.734.274-59 4 - Nome completo da vítima: Renato José de Oliveira

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

5 - Nome completo: Renato José de Oliveira 6 - CPF: 012.734.274-59
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Prof. Narmia Ribeiro
11 - Bairro: Beizel 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58075-210
15 - E-mail: 16 - Tel./DDI: (83) 98663 4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ 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: 4823

CONTA: 17284

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER 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.

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o provimento 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 LIDER 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 presunção de culpa com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) ou nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura
ou rubrica
ou qualquer
outra
assinatura
ou rubrica

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiária (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

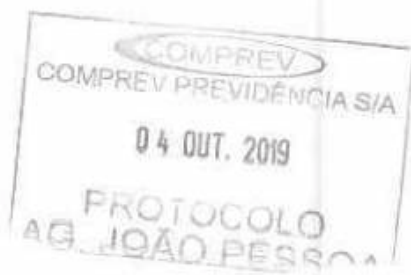
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019





Remato José de Oliveira



UNTER MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURATTI
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
53056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: - CNPJ:

Ficha Méd: 200068 Lado: Não Encaixado
Data: 11/02/2019
Hora: 17:03:11
Recepcionista: CLARETA PEREIRA
Clínica: CIRURGIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: RENATO JOSE DE OLIVEIRA Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2421230 Fone: 937895219 Num. Prontuario: 2019.02.001373
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 22/05/1978 Id: 40 ano(s)
End.: RUA CAPITAO ERNANI PINTO DE CARVALHO, 235
Bairro: CUIA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mãe: FRANCISCA GOMES DE OLIVEIRA Pai: SEVERINO DE OLIVEIRA
Raca: SEM INFORMACAO Etia: SEM INFORMACAO
Ocupacao: REPOSITOR (COMERCIO) Estado Civil: SOLTEIRO-A
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: EX ESPOSA - FLAVIA
d/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAME
Vitima de acidente por: MOTO
Vitima de violência por: NAO
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

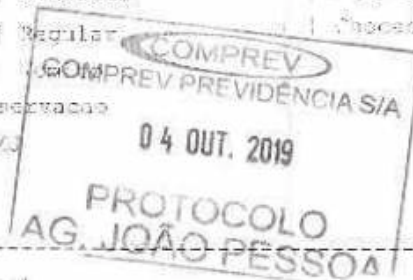
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: PR:
EC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

Leixa Principal
QUEDA DE MOTO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Desmaiado
[] Hemorragia [] Hipotensão
[] Diarreia [] Equilibrado
[] Regular [] Sacado
[] Observacao
SAMS



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento médico)

Paciente vítima de queda de moto no ± 2h com queixa de dor e limitação de movimento de joelho D. Apresenta, ligam. ventrais e perdo de comuncão. ABO: floado e circulador.

Diagnostico

MV O M. RA.

Nup. elegico.

1) Glicemia h

Prescrição

condição de indicação

SAT Olong IM

Observações por 2h

Minimizar 2ce e AD EV

2) Medicação da ortopedia

Dra. Inara Lúcia
Cirurgia Geral
CRM-PB 8074



Henry Jr 41

Data e Hora | PRESCRIÇÃO | Assinatura e Carimbo

18:25 #0704

Ronney A. Braga dos Santos
Médico - Cirurgia Geral
CRM - PB 8572

Pt com ferimento no joelho
com corte contuso com lesão
tendão patelar (D)

Medicamentos | Dose | Horário | Evolução

① AO Bloca

② Cefazolima 2g + ADER

③ Tramal 100mg + SFD

④ SAT 5000 US Li

Dr. Valdebar
Médico - Cirurgia
CNS 206346

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência

☐ Transferência

COMPREV
COMPREV/PROVIDÊNCIAS

☐ UTI

☐ Alta a pedido

☐ Referência

04 OUT. 2019

☐ Acesso

☐ SVD

Assinatura do Paciente/Responsável

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura e Carimbo do Profissional



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: 16/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RENATO JOSE DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04823

CONTA: 000000017281-0

Nr. da Autenticação 6FD7E5D4656D8EC3





BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é requerimento de conta.

Recibo para simples pagamento da taxa fixa de energia elétrica. Nº 029.864.494



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE			CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR	
CELENI DOMINGOS DA SILVA RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 JOÃO PESSOA			5/1371069-4	
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
AGO/2019	20/08/2019	150	27/08/2019	R\$ 138,62

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL					
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 29/08/2019					
Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04					
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000					
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago	
31502440000229271	001371069201908	27/08/2019	R\$ 138,62		
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA					09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680					
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3					





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 83 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 95

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Cesar Duarte

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754/74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Renato José de Oliveira Inscrito (a) no CPF sob o Nº 0273427459

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Renato José de Oliveira

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.734.274/59 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

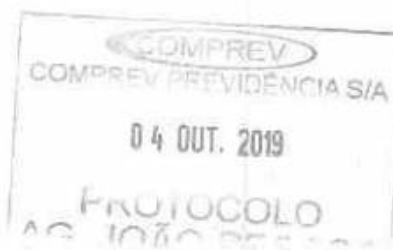
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Changabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 04/10/19

Alexandra Cesar Duarte
Assinatura do Declarante



DLDR1.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Adailton da Silva Silvestre
RG nº 1790 835, data de expedição 18/06/18
Órgão SSDS - PB portador do CPF nº 109.640.788-96 com
domicílio na cidade de Rio Tinto no Estado de
Pernambuco onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Ave. Santa Efigênia nº SIN
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Remato Jose de Oliveira o condutor era
Remato Jose de Oliveira

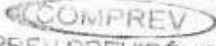
Veículo: moto
Modelo: SUZUKI YES
Ano: 2009
Placa: NPX 2330/PB
Chassi: 9CDNF41249M290653
Data do Acidente: 13-02-19
Local e Data: João Pessoa, 27-09-19

Jose Adailton da Silva Silvestre
Assinatura do Declarante

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

**CARTÓRIO CELEIDA**
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
Rua Juscelino Kubitschek, S/N - Centro Sertão - CEP 55070-000 - João Pessoa - Paraíba - Telefone: (33) 3211-4071
Reconheço Por Autenticidade a firma de JOSE ADAILTON DA
SILVA SILVESTRE, [35544], J. Pessoa - PB, 27/09/2019 13:34:38
Empl: R\$9,91 Farpem: R\$10,29 Eepm: R\$1,98. ISS: R\$0,50. En
test da verdade. Tabela CELEIDA COGNOMINADA SILVA
Selo Digital A1E89482-MD2X Consulte em
<https://celidigital.tpb.jus.br>



**COMPREV**
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
04 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





CERTIDÃO

Nº. 1360/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burty, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial N°205062 e Prontuário N° 2019.02.1373 pertencentes ao paciente **RENATO JOSE DE OLIVEIRA** que foi atendido dia 11/02/2019 às 17H03min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membros inferior direito.

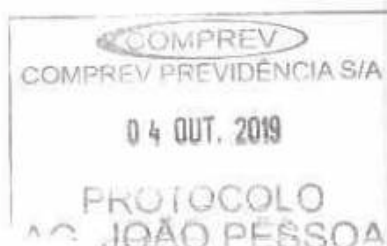
Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura lesão de tendão patelar. Realizado procedimento cirúrgico dia 11/02/2019. Com alta médica dia 13/02/2019.

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

João Pessoa, 19 de agosto de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



UNTER MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURATTI
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
53056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: - CNPJ:

Ficha Méd: 200068 Lado: Não Encaixado
Data: 11/02/2019
Hora: 17:03:11
Recepcionista: CLAYTON PEREIRA
Clínica: CIRURGIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: RENATO JOSE DE OLIVEIRA Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2421230 Fone: 937895219 Num. Prontuario: 2019.02.001373
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 22/05/1978 Id: 40 ano(s)
End.: RUA CAPITAO ERNANI PINTO DE CARVALHO, 235
Bairro: CUIA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mãe: FRANCISCA GOMES DE OLIVEIRA Pai: SEVERINO DE OLIVEIRA
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupacao: REPOSITOR (COMERCIO) Estado Civil: SOLTEIRO-A
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: EX ESPOSA - FLAVIA
Id/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAME
Vitima de acidente por: MOTO
Vitima de violência por: NAO
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

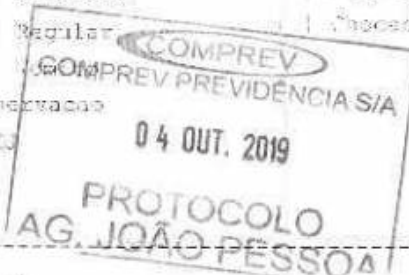
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: PR:
EC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal:
QUEDA DE MOTO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Gravemente
[] Politraumatizado [] Desmaiado
[] Hemorragia [] Hipotensão
[] Diarreia [] Equilibrado
[] Regular [] Sacado
[] Observações:
SAMS



História - Exame Físico - (hora do atendimento médico):

Paciente vítima de queda de moto no ± 2h com queixa de dor e limitação de movimento de joelho D. Aparentemente, ligam. íntegros e pouco de cominicação. ABO: pleuro e circulatório.

Diagnóstico

MV O M. RA.

Neg. eletrólitos.

1) Glicemia h

Prescrição

medicamentos

SAT O2 em IM

Omnimuco por 2h

Minimuco 2ce e AD EV

2) Medicação da ortopedia

Dra. Inês Lúcia
Cirurgia Geral
CRM-PB 8074



Henry Jr 41

Data e Hora | PRESCRIÇÃO | Assinatura e Carimbo

18:25 #0704

Ronney A. Braga dos Santos
Médico - Cirurgia Geral
CRM - PB 8572

Pt com ferimento no joelho
com corte contuso com lesão
tendão patelar (D)

① AO Bloca

② Cefazolima 2g + ADER

③ Tramal 100mg + SFD

④ SAT 5000 US Li

Dr. Valdebar
Médico - Cirurgia
CNS 206346

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência

☐ Transferência

COMPREV
COMPREV/PREVIDENCIA S/A

☐ UTI

☐ Alta a pedido

☐ Exatéria

04 OUT. 2019

☐ Ambulatório

☐ SVD

Assinatura do Paciente/Responsável

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Paciente/Responsável

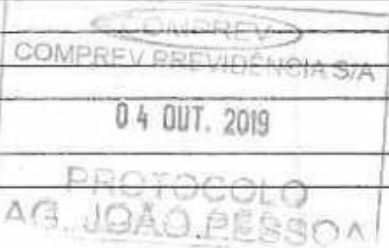
Assinatura e Carimbo do Médico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Leandro Jon de Oliveira Data de Admissão: 11.2.19
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
QPD: _____
HDA: Atividade de queda
de moto com colisão com
um poste
Medicações em uso: _____
Interrogatório Sintomatológico:
Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso ____ Kg em ____ ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____
Pele: _____
Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____
AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____
ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume
AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____
SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposu ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos
SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor _____



Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

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

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

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

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____

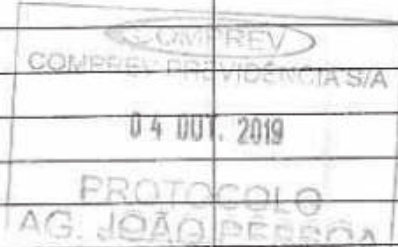
Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangebeira II, João Pessoa - PB.





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Renato José de Alencar				Registro: 123456	
Idade: 45	Sexo: M	Cor: B	Clínica:	EMP:	LR:
Data: 11/02/19	Cirurgião: B. Carvalho		1º Assistente: Valdeir		
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
Corte contínuo de					
frente de ressecção de					
tumor de pele					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
Onco					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
RNC + Tumor					
Acidente durante Ato Cirúrgico				1 () Sim 2 () Não	
Biópsia de Congelação:				1 () Sim 2 () Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



Dr. Valdeir Carvalho Jr.
Médico - CRM 7692
CNS 20634699096001P



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Doente em posição de decúbito dorsal
Anestesia local + sedação
Provação de campo

Incisão:

Achados:

Lesão de tendão

Conduta:

Realizado h. MC +
nó + tenossinectomia
tenão patelar

Fechamento:

Sutura + Curat

OBS:

Atividade por 15
Análise da dor

Data:

11.2.19

Dr. Valdean Carvalho
Médico - CRM 7692
CNS 2063469909600

MEDICO/CR

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





AUTOPRONTUÁRIO - RESUMO DE ALTA

NOME: RENATO JOSE DE OLIVEIRA			PRONTUÁRIO Nº		
IDADE: 40 A	SEXO: Masc	COR	CLÍNICA: Ortopedia	ENF.: 05	LEITO: 121
DATA DE ADMISSÃO: 11/02/2019		DATA DE ALTA: 13/02/2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL					CID
LESÃO DE TENDÃO PATELAR					M.66
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO					COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA					
(X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de lesão de tendão patelar foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de tenorrafia. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação anti-inflamatória e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

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

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

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

MEDICAÇÕES PARA CASA: Ciprofloxacina e Profenid.

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em **21** dias para revisão. (d. FCO. KARTNEY)

13/02/2019
DATA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

04 OUT. 2019

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





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2.421.230 - 2ª VIA
DATA DE EXPEDIÇÃO	05/11/2018
NOME	RENATO JOSÉ DE OLIVEIRA
FILIAÇÃO	SEVERINO DE OLIVEIRA FRANCISCA GOMES DE OLIVEIRA
NATURALIDADE	JOÃO PESSOA-PB
DATA DE NASCIMENTO	22/05/1978
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. Nº 7912 - LIV. A-9 - FLS. 19-V - CARTÓRIO 3º JOÃO PESSOA-PB
CPF	012.734.274-59
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES em 28/08/93	
A+	

COMPREV
COMPANHIA PREVIDÊNCIA S/A
04 OUT. 2019
FRUTULULO
AO JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ALEXANDRA CESAR DUARTE

DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSÃO DE
2627718 SEP 09

CPF
046.902.754-74 DATA NASCIMENTO
21/08/1982

PERÍODO
ALEXANDRE DE ARAÚJO
DUARTE
MARCIA CESAR DUARTE

PERÍODO
NCC
CALHA
5

Nº REGISTRO
01651265600

VALIDADEZ
16/01/2019

1ª EMISSÃO
29/06/2001

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
894056231

ASSINATURA DO TITULAR
ALEXANDRA CESAR DUARTE

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
17/01/2014

ASSINATURA DO EMISSOR
Rodrigo Correia Lima

66588356744
PB027929995

PROBANDO PLASTIFICAR
894056231

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
04 OUT. 2019
PROTUCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567995 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENATO JOSE DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 11/02/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO CONTUSO NO JOELHO DIREITO COM LESÃO DO TENDÃO PATELAR. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA E TENORRAFIA. P6/7
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567995 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENATO JOSE DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 11/02/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO CONTUSO NO JOELHO DIREITO COM LESÃO DO TENDÃO PATELAR. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA E TENORRAFIA. P6/7
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Adailton da Silva Silvestre
RG nº 1790 835, data de expedição 18/06/18
Órgão SSDS- PB portador do CPF nº 109.640.788-96 com
domicílio na cidade de Rio Tinto no Estado de
Pernambuco onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Ave. Santa Efigênia nº SIN
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Remato Jose de Oliveira o condutor era
Remato Jose de Oliveira

Veículo: moto
Modelo: SUZUKI YES
Ano: 2009
Placa: NPX 2330/PB
Chassi: 9CDNF41249M290653
Data do Acidente: 13-02-19
Local e Data: João Pessoa, 27-09-19

Jose Adailton da Silva Silvestre
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
Rua Juscelino Kubitschek, 500 - Centro Sertão - CEP 55070-000 - João Pessoa - Paraíba - Telefone: (33) 3211-4071
Reconheço Por Autenticidade a firma de JOSE ADAILTON DA
SILVA SILVESTRE, [35544], J. Pessoa-PB, 27/09/2019 13:34:38
Empl: R\$9,91 Farpem: R\$10,29 Eepm: R\$1,98. ISS: R\$0,50. En
test da verdade. Tabela CELEIDA COGNOMINADA SILVA
Selo Digital A1E89482-MD2X Consulte em
<https://celidigital.tpb.jus.br>



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
04 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 95

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação do sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Cesar Duarte

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754/74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Renato José de Oliveira Inscrito (a) no CPF sob o Nº 0273427459

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Renato José de Oliveira

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.734.274/59 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

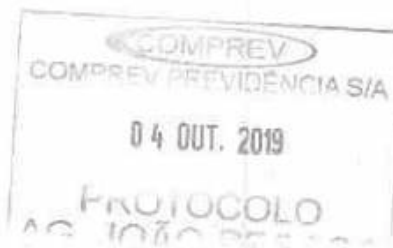
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Changabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 04/10/19

Alexandra Cesar Duarte
Assinatura do Declarante



DLDR1_001 V001/2017





BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é equivalente de conta.

Banco para depósito pagamento da taxa fixa de energia elétrica: Nº 029.864.494



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE			CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR	
CELENI DOMINGOS DA SILVA RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 JOÃO PESSOA			5/1371069-4	
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
AGO/2019	20/08/2019	150	27/08/2019	R\$ 138,62

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL					
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 29/08/2019					
Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04					
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000					
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago	
31502440000229271	001371069201908	27/08/2019	R\$ 138,62		
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA					09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680					
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3					



UNTER MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURATTI
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
53056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: - CNPJ:

Ficha Méd: 200068 Lado: Não Encaixado
Data: 11/02/2019
Hora: 17:03:11
Recepcionista: CLAYTON PEREIRA
Clínica: CIRURGIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: RENATO JOSE DE OLIVEIRA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.02.001373

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2421230 Fone: 937895219

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 22/05/1978 Id: 40 ano(s)

End.: RUA CAPITAO ERNANI PINTO DE CARVALHO, 235

Bairro: CUIA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: FRANCISCA GOMES DE OLIVEIRA

Pai: SEVERINO DE OLIVEIRA

Raca: SEM INFORMACAO Etia: SEM INFORMACAO

Ocupacao: REPOSITOR (COMERCIO)

Estado Civil: SOLTEIRO-A

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: EX ESPOSA - FLAVIA

id/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAME

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

PR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

EC:

TE:

[] Politraumatizado [] Desconhecido

Peso:

Altura:

[] Hemorragia [] Hipotensão

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Equilibrado

Circ. Abd:

O2%:

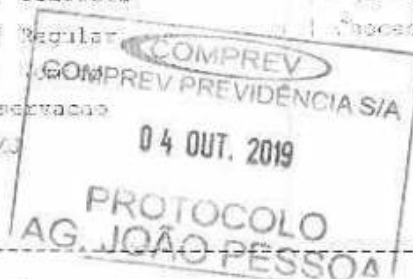
[] Regular [] Sacado

Lesão Principal

QUEDA DE MOTO

Observação

SAME



História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Paciente vítima de queda de moto no ± 2h com queixa de dor e limitação de movimento de quadril D. Apresenta, lig. MV e ventilação e pulso de carotídeo. ABO: ABO + Rh+. Diagnóstico

MV O2 e RA.

Neop. eleger.

1) Glicemia h

Prescrição

medicamentos

SAT O2 em IM

Observações por 2h

Minimizar 2ce e AD EV

2) Medicação da ortopedia

Dra. Inês Lúcia
Cirurgia Geral
CRM-PB 8074



Henry Jr 41

Data e Hora | PRESCRIÇÃO | Assinatura e Carimbo

18:25 #0704

Ronney A. Braga dos Santos
Médico - Cirurgia Geral
CRM - PB 8572

Pt com ferimento no joelho
com corte contuso com lesão
tendão patelar (D)

① AO Bloca

② Cefazolim 2g + ADER

③ Tramal 100mg + SFD

④ SAT 5000 US Li

Dr. Valdebar
Médico - Cirurgia
CNS 206346

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência

☐ Transferência

COMPREV
COMPREV/CREVIDENCIA/SIA

☐ UTI

☐ Alta a pedido

☐ Referência

04 OUT. 2019

☐ Ambulatório

☐ SVD

Assinatura do Paciente/Responsável

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura e Carimbo do Médico





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 012.734.274-59 4 - Nome completo da vítima: Renato José de Oliveira

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

5 - Nome completo: Renato José de Oliveira 6 - CPF: 012.734.274-59
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Prof. Narmia Ribeiro
11 - Bairro: Beizel 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58075-210
15 - E-mail: 16 - Tel./DDI: (83) 98663 4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ 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: 4823 CONTA: 17284 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o provimento 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 presunção de culpa com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) ou nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura
de quem
assina o
pedido ou
representação
por ele autorizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

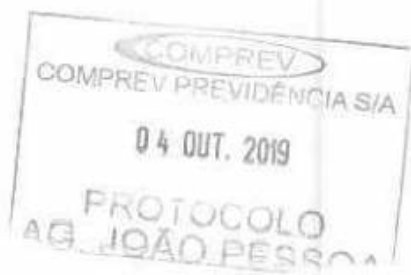
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019





Remato José de Oliveira





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 10542.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 10542.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:17 horas do dia 12 de setembro 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 **Renato Jose de Oliveira**, CPF nº 012.734.274-59, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Repositor, filho(a) de Francisca Gomes de Oliveira e Severino de Oliveira, natural de João Pessoa/PB, nascido (a) em 22/05/1978 (41 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Professora Noemia Ribeiro, Nº 28, bairro Ernesto Geisel, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98859-1752.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Flodoaldo Peixoto Filho, Xx, João Pessoa/PB, bairro Valentina; Tipo de Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/02/19 16:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

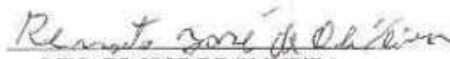
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

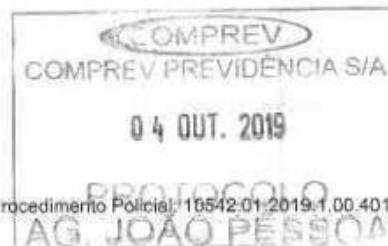
QUE NO DIA 11/02/2019, POR VOLTA DAS 16:00, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA SUZUKI YES DE COR VERMELHA, ANO 2009, PLACA NPX-2330/PB, CHASSI 9CDNF41LJ9M290651, REGISTRADA EM NOME DE JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE, NA RUA FLODOALDO PEIXOTO FILHO, VALENTINA, NESTA CAPITAL, QUANDO COLIDIU EM UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA LESÃO DE TENDÃO PATELAR, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM 11/02/2019, CONFORME CERTIDÃO 1360/2019 ASSINADA PELA MEDICA ROSANGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA.

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

João Pessoa/PB, 12 de setembro de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


RENATO JOSE DE OLIVEIRA
Noticiante





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 012.734.274-59 4 - Nome completo da vítima: Renato José de Oliveira

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

5 - Nome completo: Renato José de Oliveira 6 - CPF: 012.734.274-59
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Prof. Narmia Ribeiro
11 - Bairro: Beizel 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58075-210
15 - E-mail: 16 - Tel./DDI: (83) 98663 4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ 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: 4823

CONTA: 17284

(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 LIDER 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.

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o provimento 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 LIDER 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 presunção de culpa com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) ou nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Assinatura

Assinatura
Assinatura
Assinatura
Assinatura
Assinatura

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

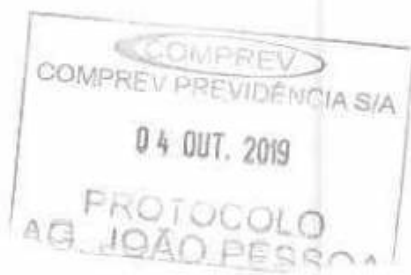
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019





Remato José de Oliveira





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, 04 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190567995

Vítima: RENATO JOSE DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 11/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RENATO JOSE DE OLIVEIRA

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,

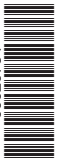
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14843877

Pag. 01461/01462 - carta_01 - INVALIDEZ

00020731





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, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190567995

Vítima: RENATO JOSE DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 11/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RENATO JOSE DE OLIVEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: RENATO JOSE DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000004823

Conta: 0000017281-0

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.

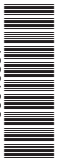
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01713/01714 - carta_15R - INVALIDEZ

00010857



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: 16/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RENATO JOSE DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04823

CONTA: 000000017281-0

Nr. da Autenticação 6FD7E5D4656D8EC3



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0345083/19

Vítima: RENATO JOSE DE OLIVEIRA

CPF: 012.734.274-59

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 11/02/2019

Titular do CPF: RENATO JOSE DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

RENATO JOSE DE OLIVEIRA : 012.734.274-59

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/10/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

ALEXANDRA CESAR DUARTE

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



PROCURAÇÃO

Outorgante: Renato José de Oliveira, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Repórter, residente e domiciliado à Rua Marcelino Ribeiro nº 28 bairro Geisel Município de João Pessoa Estado de(o) PB Cep: 58052-30 portador(a) do Rg nº 2421230 SSP/PB e CPF nº 02734274-59

Outorgado: Alexandra Cesar Duarte, brasileiro(a), estado civil casada, profissão Advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal J. Costa Duarte nº 157 bairro Mangabeira Município de João Pessoa Estado de(o) PB Cep: 59055-384 portador(a) do RG nº 2627718 SSP/PB e CPF nº 046502724-74

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) Renato José de Oliveira, ocorrido em 11/02/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza imaterial

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

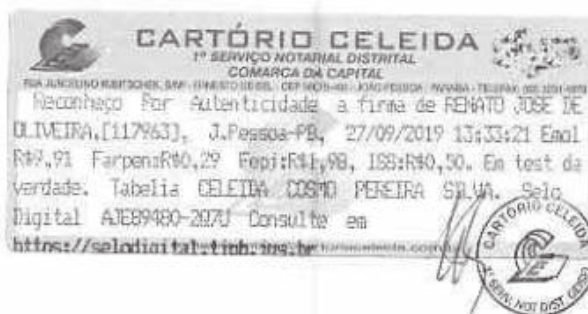
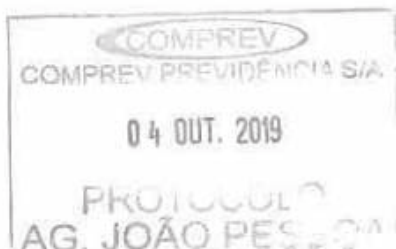
João Pessoa, 27 de setembro de 2019.

1º OFÍCIO
DIST. 711



Renato José de Oliveira
Outorgante
CPF Nº 02734274-59

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567995 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENATO JOSE DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 11/02/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO CONTUSO NO JOELHO DIREITO COM LESÃO DO TENDÃO PATELAR. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA E TENORRAFIA. P6/7
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567995 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENATO JOSE DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 11/02/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO CONTUSO NO JOELHO DIREITO COM LESÃO DO TENDÃO PATELAR. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA E TENORRAFIA. P6/7
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ALEXANDRA CESAR DUARTE

DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSÃO DE
2627718 SEP 09

CPF
046.902.754-74 DATA NASCIMENTO
21/08/1982

PERCEJO
ALEXANDRE DE ARAUJO
DUARTE
MARCIA CESAR DUARTE

PRIMEIRO
NOME
CALHA
5

Nº REGISTRO
01651265660

VALIDADEZ
16/01/2019

1ª EMISSÃO
29/06/2001

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
894056231

ASSINATURA DO TITULAR
ALEXANDRA CESAR DUARTE

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
17/01/2014

ASSINATURA DO EMISOR
Rodrigo Correia Lima

66588356744
PB027929995

PROBANDO PLASTIFICAR
894056231

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
04 OUT. 2019
PROTUCOLO
AG. JOÃO PESSOA





CERTIDÃO

Nº. 1360/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial N°205062 e Prontuário N° 2019.02.1373 pertencentes ao paciente **RENATO JOSE DE OLIVEIRA** que foi atendido dia 11/02/2019 às 17H03min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membros inferior direito.

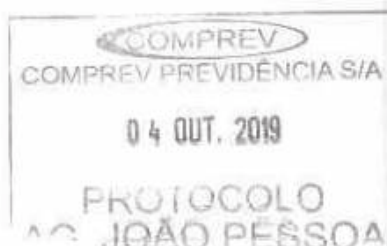
Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura lesão de tendão patelar. Realizado procedimento cirúrgico dia 11/02/2019. Com alta médica dia 13/02/2019.

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

João Pessoa, 19 de agosto de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



UNTER MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURATTI
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
53056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: - CNPJ:

Ficha Méd: 200068 Lado: Não Encaixado
Data: 11/02/2019
Hora: 17:03:11
Recepcionista: CLAYTON PEREIRA
Clínica: CIRURGIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: RENATO JOSE DE OLIVEIRA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.02.001373

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2421230 Fone: 937895219

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 22/05/1978 Id: 40 ano(s)

End.: RUA CAPITAO ERNANI PINTO DE CARVALHO, 235

Bairro: CUIA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: FRANCISCA GOMES DE OLIVEIRA

Pai: SEVERINO DE OLIVEIRA

Raca: SEM INFORMACAO Etia: SEM INFORMACAO

Ocupacao: REPOSITOR (COMERCIO)

Estado Civil: SOLTEIRO-A

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: EX ESPOSA - FLAVIA

id/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAME

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

PR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

EC:

TE:

[] Politraumatizado [] Desconhecido

Peso:

Altura:

[] Hemorragia [] Hipotensão

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Equilibrado

Circ. Abd:

O2%:

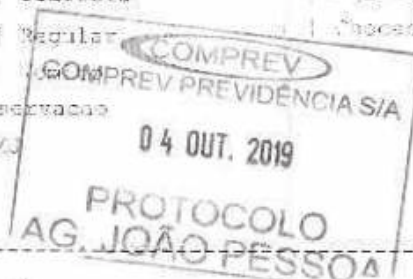
[] Regular [] Sacado

Lesão Principal

QUEDA DE MOTO

Observação

SAME



História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Paciente vítima de queda de moto no ± 2h com queixa de dor e limitação de movimento de quadril D. Apresenta, além disso, lesão e ferida de escoriação. ABO: grupo A Rh+. Diagnóstico: MV O e RA.

Prescrição

Medicamentos

Prescrição

SAT Olomp IM

Medicamentos por 2h

Medicamentos 2ce e AD EV

Medicamentos

2) Medicação da ortopedia

Dra. Inês Lúcia
Cirurgia Geral
CRM-PB 8074



Henry Jr 41

Data e Hora | PRESCRIÇÃO | Assinatura e Carimbo

18:25 #0704

Ronney A. Braga dos Santos
Médico - Cirurgia Geral
CRM - PB 8572

Pt com ferimento no joelho
com corte contuso com lesão
tendão patelar (D)

① AO Bloca

② Cefazolima 2g + ADER

③ Tramal 100mg + SFD

④ SAT 5000 US Li

Dr. Valdebar
Médico - Cirurgia
CNS 206346

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência

☐ Transferência

COMPREV
COMPREV/PREVIDENCIA S/A

☐ UTI

☐ Alta a pedido

☐ Referência

04 OUT. 2019

☐ Acesso

☐ SVD

Henry Jr

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Leandro Jon de Oliveira Data de Admissão: 11.2.19
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
QPD: _____
HDA: Atividade de queda
de moto com colisão com
um poste
Medicações em uso: _____
Interrogatório Sintomatológico:
Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso ____ Kg em ____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____
Pele: _____
Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____
AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____
ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume
AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____
SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposo [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos
SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
[] Amnésia [] Libido [] Humor _____

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

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

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

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

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangebeira II, João Pessoa - PB.





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Renato José de Alencar				Registro: 123456789	
Idade: 45	Sexo: M	Cor: B	Clínica:	EMP:	LR:
Data: 11/02/19	Cirurgião: B. Carvalho		1º Assistente: Valdeir		
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
Corte contínuo de					
frente de ressecção de					
tumor de					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
Onco					
04 OUT. 2019					
PROTOCOLO					
AG. JOÃO PESSOA					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
RNC + Tumor					
Acidente durante Ato Cirúrgico				1 () Sim	
				2 () Não	
Biópsia de Congelação:				1 () Sim	
				2 () Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Dr. Valdeir Carvalho Jr.
Médico - CRM 7692
CNS 20634699096001P

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Doente em posição de decúbito dorsal
Anestesia local com bloqueio
Trocanto de 5mm

Incisão:

Achados:

Lesão de tendão

Conduta:

Realizado h. MC +
nó + tenossinóvia
tenão patelar

Fechamento:

Sutura e Curat

OBS:

Atividade por 4
Análise da dor

Data:

11.2.19

Dr. Valdean Carvalho
Médico - CRM 7692
CNS 2063469909600
MEDICO/CR

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: RENATO JOSE DE OLIVEIRA			PRONTUÁRIO Nº		
IDADE: 40 A	SEXO: Masc	COR	CLÍNICA: Ortopedia	ENF.: 05	LEITO: 121
DATA DE ADMISSÃO: 11/02/2019		DATA DE ALTA: 13/02/2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL					CID
LESÃO DE TENDÃO PATELAR					M.66
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO					COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA					
(X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de lesão de tendão patelar foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de tenorrafia. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação anti-inflamatória e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

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

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

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

MEDICAÇÕES PARA CASA: Ciprofloxacina e Profenid.

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão. (d. FCO. KARTNEY)

13/02/2019
DATA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

04 OUT. 2019

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





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2.421.230 - 2ª VIA
DATA DE EXPEDIÇÃO	05/11/2018
NOME	RENATO JOSÉ DE OLIVEIRA
FILIAÇÃO	SEVERINO DE OLIVEIRA FRANCISCA GOMES DE OLIVEIRA
NATURALIDADE	JOÃO PESSOA-PB
DATA DE NASCIMENTO	22/05/1978
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. Nº 7912 - LIV. A-9 - FLS. 19-V - CARTÓRIO 3º JOÃO PESSOA-PB
CPF	012.734.274-59
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES em 28/08/93	
A+	

COMPREV
COMPANHIA PREVIDÊNCIA S/A
04 OUT. 2019
FRUTULOSO
AO JOÃO PESSOA



PROCURAÇÃO

Outorgante: Renato José de Oliveira, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Repórter, residente e domiciliado à Rua Mar. Nereia Ribeiro nº 28 bairro Geisel Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58052-30 portador(a) do Rg nº 2421230, SSP/PB e CPF nº 02734274-59

Outorgado: Alexandra Cesar Duarte, brasileiro(a), estado civil casada, profissão Advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal J. Costa Duarte nº 157 bairro Mangabeira Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 59055-384 portador(a) do RG nº 2627718 SSP/PB e CPF nº 046502724-74

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) Renato José de Oliveira, ocorrido em 11/02/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza imaterial

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa, 27 de setembro de 2019.

1º OFFÍCIO
DIST. 7/1

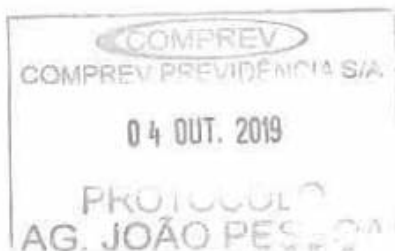


Renato José de Oliveira

Outorgante

CPF Nº 02734274-59

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0345083/19

Vítima: RENATO JOSE DE OLIVEIRA

CPF: 012.734.274-59

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 11/02/2019

Titular do CPF: RENATO JOSE DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

RENATO JOSE DE OLIVEIRA : 012.734.274-59

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/10/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

ALEXANDRA CESAR DUARTE

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

