
Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200009375

Vítima: FABIANO SANTOS GUIMARAES

Data do Acidente: 25/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FABIANO SANTOS GUIMARAES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200009375

Vítima: FABIANO SANTOS GUIMARAES

Data do Acidente: 25/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FABIANO SANTOS GUIMARAES

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **FABIANO SANTOS GUIMARAES**

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

Banco: **104**

Agência: **000000036**

Conta: **000005324-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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:

4 - Nome completo da vítima:

676.294.874-15

Fabiano Santos Guimarães

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

5 - Nome completo:

Fabiano Santos Guimarães

6 - CPF:

676.294.874-15

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

Rua Poeta Manoel Xandu

9 - Número:

72

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Valentina

12 - Cidade:

João Pessoa

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58.000-000

15 - E-mail:

(83) 98855-5045

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



R\$1.00 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 (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: 0036

CONTA: 5324

2

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 atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou



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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no 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 (ou nascido)?

☐ 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

Impressão digitalizada da assinatura do beneficiário não alfabetizado

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:

João Pessoa, 07/01/2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA
DEFESA SOCIAL**
8ª DELEGACIA DISTRITAL,



CERTIDÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 1360 /2019, na mesma continha o seguinte teor: Aos 27 de dezembro de 2019, nesta cidade de João Pessoa e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Geraldo Batinga da Silva, às 08:30 horas, compareceu o Sr. **Fabiano Santos Guimarães**, portador da cédula de identidade nº 1 299.865 Seds/PB, CPF nº 645.294.874 - 15, brasileira, natural de Campina Grande/PB, divorciado, com 47 anos de idade, filho de Francisco de Assis Guimarães e de Francisca Santos Guimarães, Técnico em Refrigeração, residente à rua Poeta Manoel Xudú, nº 72, bairro Valentina Figueiredo, nesta capital, o qual notificou que, Na manhã do dia 25 de setembro do ano de 2019, se conduzia na motocicleta Honda NXR 160 BROS, ano e modelo 2018, cor preta, placa QSB 1246/PB e chassi nº 9C2KD1000JR005707, cadastrada em seu nome, pela rua Telegrafista Armando Pessoa, conjunto 13 de maio, nesta capital e, próximo a praça Assis Chateaubriand, após livrar uma vala, o pneu dianteiro desta derrapou numa saliência que existia entre o asfalto e meio fio, e na sequencia perdeu o controle e assim, sofreu uma queda, consequentemente, foi socorrido ao Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena, onde foi diagnosticado Fratura de Costela Esquerda + Luxação da Articulação Acromioclavicular Esquerda, identificada pelo CID 10 S 22. 3 + S 43.1, conforme Laudo Médico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé. Eu Everaldo Martins da Costa, Escrivão que o digitei.

João Pessoa, 27 de dezembro de 2019.

Everaldo Martins da Costa
Escrivão de Polícia Civil

x Fabiano Santos Guimarães

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:

4 - Nome completo da vítima:

676.294.874-15

Fabiano Santos Guimarães

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

5 - Nome completo:

Fabiano Santos Guimarães

6 - CPF:

676.294.874-15

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

Rua Poeta Manoel Xandu

9 - Número:

72

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Valentina

12 - Cidade:

João Pessoa

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58.000-000

15 - E-mail:

(83) 98855-5045

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\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ 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 (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: 0036

CONTA: 5324

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 atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no 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: ☐ Sim ☐ Não

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

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digitalizada
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:

João Pessoa, 07/01/2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGRE

o trabalho

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

Boletim de Atendimento: 1492309



Identificação do paciente

ID 1442070	Nome FABIANO SANTOS GUIMARAES		Sexo Masculino	
Data de nascimento 07/10/1972	Idade 46 anos 11 meses 18 dias	Estado civil	Religião	Previdenciário
Mãe FRANCISCA SANTOS GUIMARAES	Pai FRANCISCO DE ASSIS GUIMARAES		Responsável (Parentesco) REBECA - SOBRINHO(A)	
Residência	DDD 83		Celular 988440664	Telefone
Tipo documento CPF	Número documento 64529487415	NP-Cas		
Local de procedência TRAZE CRISTÃO	UF PB		CEP	
E-mail	Naturalidade CAMPINA GRANDE	CSO/R		

Endereço

CEP 58037030	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro GOVERNADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO
Número 679	Complemento	Bairro JARDIM OCEANIA	

Admissão

Data e Hora 25/09/2019 10:44:55	Número de pulsoira 1000726370	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	

Classificação do caso

Classificação do caso	Classificação do caso
Classificação do caso	Classificação do caso

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Veio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA 130 x 80 mmHg	Pulso 70	Temperatura 37,2
-----------------------------------	--------------------	----------------------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Exatidão clínica

paciente consciente, sem dor nos membros inferiores, sem trauma, sem exames

Diagnóstico

Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA	Tempo 50seg
--	-----------------------

Imprimir

Rebeca Maria Ramalho Guimarães

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: 15/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIANO SANTOS GUIMARAES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000005324-2

Nr. da Autenticação 011886E2B8632816

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é assinado via de sorte

Receber pelo boleto pagamento da nota fiscal de energia elétrica Nº 035 933 564



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 35 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

VIVIANE DOS SANTOS NASCIMENTO
RUA POETA MANOEL XUDU 72 CASA
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/406584-3

REFERÊNCIA

DEZ/2019

APRESENTAÇÃO

18/12/2019

CONSUMO

193

VENCIMENTO

11/01/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 170,38

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 07812.342173 2 81310000017038

Pagador: VIVIANE DOS SANTOS NASCIMENTO CNPJ/CPF: 806 826 924-20

RUA POETA MANOEL XUDU 72 CASA - VALENTINA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440007812342	000406584201912	11/01/2020	R\$ 170,38	

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





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FABIANO SANTOS GUIMARÃES
DADOS DE NASCIMENTO 07/10/72
NOME DA MÃE FRANCISCA SANTOS GUIMARÃES

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.192.399
Nº PRONTUÁRIO 118.286
DATA DO ATENDIMENTO 25/09/19
HORA DO ATENDIMENTO 10:44
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE COSTELA E + LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACRÔMIOCLAVICULAR E
CID 10 S 22.3 + S 43.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (queda), apresentando dor intensa local e deformidade em ombro E, refere também dor torácica E. Glasgow 15. Avaliad pela equipe da médica da urgência/emergência.

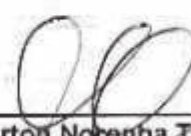
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do tórax
RX do ombro E - AP e Obliqua
USG do abdome total - FAST

TRATAMENTO:

Luxação da articulação acrômioclavicular E + fratura de costela E à TC e ao RX. Sem alteração à USG. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Matheus Mozart da equipe da Ortopedia. Tratamento conservador da outra fratura.

ALTA HOSPITALAR: 28/09/19
DATA DA EMISSÃO: 07/11/19


Dr. Ewerton Noreonha Teixeira
CRM: 2516/PB



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FABIANO SANTOS GUIMARÃES
DADOS DE NASCIMENTO 07/10/72
NOME DA MÃE FRANCISCA SANTOS GUIMARÃES

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.192.399
Nº PRONTUÁRIO 118.286
DATA DO ATENDIMENTO 25/09/19
HORA DO ATENDIMENTO 10:44
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE COSTELA E + LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO
ACRÔMIOCLAVICULAR E
CID 10 S 22.3 + S 43.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (queda), apresentando dor intensa local e deformidade em ombro E, refere também dor torácica E. Glasgow 15. Avaliad pela equipe da médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do tórax
RX do ombro E - AP e Oblíqua
USG do abdome total - FAST

TRATAMENTO:

Luxação da articulação acrômioclavicular E + fratura de costela E à TC e ao RX. Sem alteração à USG. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Matheus Mozart da equipe da Ortopedia. Tratamento conservador da outra fratura.

ALTA HOSPITALAR: 28/09/19
DATA DA EMISSÃO: 19/12/19

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
AT 1073
19/12/19

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente FABIANO SANTOS GUIMARAES	BAE 1192399	Data/Hora Entrada 25/09/2019 10:44:55	Data Baixa
Data de nascimento 07/10/1972	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 988440664
Mãe FRANCISCA SANTOS GUIMARAES			Prontuário
Endereço GOVERNADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO, 679	Bairro JARDIM OCEANIA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional BENEDITO B RIBEIRO	Nº Cons. Regional 11820/PB
Data/Hora Classificação 25/09/2019 10:44:55		Data/Hora Prescrição 25/09/2019 13:36:30	

ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, VITIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO DEFORMIDADE EM OMBRO ESQUERDO, COM DOR INTENSA LOCAL, REFERE TAMBEM DOR TORACICA A ESQUERDA, NEGA PERDA DA CONSCIOENCIA E OUTRAS QUEIXAS. HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL. REALIZADO RX DE TORAX, QUE EVIDENCIA FRATURA DE ARCO COSTAL A ESQUERDA. CD: CONSERVADORA AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA ALTA DA GERAL

Conduta

Em observação

Enfermeiro

BENEDITO B RIBEIRO
(CRM: 11820/PB)

Boletim registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 25/09/2019 10:45:45



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUIE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNEB: 2593262

Paciente FABIANO SANTOS GUIMARAES	BAE 1192399	Data/Hora Entrada 25/09/2019 10:44:55	Data Baixa
Data de nascimento 07/10/1972	Idade 46a 11m 18d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988440664
Mãe FRANCISCA SANTOS GUIMARAES		CNS	Prontuário
Endereço GOVERNADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO, 679	Bairro JARDIM OCEANIA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO	Nº Cons. Regional 185222/SP
Data/Hora Classificação 25/09/2019 10:44:55		Data/Hora Prescrição 25/09/2019 13:45:50	

ANAMNESE

ORTOPEDIA DOR E DEFORMIDADE NA REGIAO ACROMIO CLAVICULAR ESQUERDO APOS Queda de moto hoje as dez horas
AINDA REFER DOR NO TORAX (LIBERADO POR CIR. GERAL) NEGA OUTRAS QUEIXAS E OUTROS TRAUMAS SEM PREJUDICADO (DOR)
NEUROVASCULAR PRESERVADO EXF: AUSÊNCIA DE FERIMENTOS IMPORTANTES SINAL DA TENDÃO DO OMBRO ESQUERDO RX: LAC
GRAU 4 CDT: INTERNAÇÃO STAFF DR ROBERTO SANTOS

Dr. José Rogaciano
CRM-PB/9215
CRM-SP/125 222

DIETA

DIETA, VIA ORAL (OBSERVAÇÕES:: LEVE)

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H
OMEPAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES:: PELA MANHA EM JEJUM)
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CAPTAPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAS > 160 OU PAD > 110 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 50,0) (OBSERVAÇÕES:: SE PAS > 160 OU PAD > 110)

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT < 60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0) (OBSERVAÇÕES:: SE HGT < 60)

CUIDADOS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

HGT 6/6HS

INSULINA REGULAR CONFORME HGT, (OBSERVAÇÕES:: E PROTOCOLO HOSPITALAR)

SSVV + CCGG

ELETROCARDIOGRAMA

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

IONOGRAMA

UREIA

PROCEDIMENTO

TIPOIA

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Internar Paciente

Enfermeiro

JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
(CRM: 165222/SP)

Boletim registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 25/09/2019 10:45:45

Médico
Dr. José Rogaciano
CRM-SP/165222
CRM-SP/165222



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lukens



**GOVERNO
DA PARAIBA**

**SEGRE
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031099
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente
FABIANO SANTOS GUIMARAES

Data de nascimento
07/10/1972

Mão
FRANCISCA SANTOS GUIMARAES

Endereço
GOVERNADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO, 679

Acidente
QUEDA / OUTROS

Data/Hora Classificação
25/09/2019 10:44:55

Idade
45a 11m 18d

BAE
1192399
Sexo
Masculino

Bairro
JARDIM OCEANIA

Motivo
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Data/Hora Entrada
25/09/2019 10:44:55
CNS

Município
JOAO PESSOA
Profissional
FRANCISCO DOS ANJOS LIMA NETO
Data/Hora Prescrição
25/09/2019 10:56:52

Data Baixa

Telefone de Contato
(83) 988440864
Prontuário

UF
PB
Nº Cons. Regional
2616/PB

ANAMNESE

PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, VITIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO DEFORMIDADE EM OMBRO ESQUERDO, COM DOR INTENSA LOCAL, REFERE TAMBEM DOR TORACICA A ESQUERDA, NEGA PERDA DA CONSCIOENCIA E OUTRAS QUEIXAS, HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL. A ORTOPEDIA A C.TORACICA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)
*LTRAASSONOGRAFIA - FAST

CID10

T14.3 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Enfermeiro

FRANCISCO DOS ANJOS LIMA NETO
(2616/PB)

Boletim registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 25/09/2019 10:45:45



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAIBA**

SEGUE

o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO
Em: 26/09/2019 08:25:54

Nome FABIANO SANTOS GUIMARAES		Boletim de Atendimento 1192399	Data/Hora Entrada 25/09/2019 10:44:55	Data/Hora Saída
Data de nascimento 07/10/1972	Idade 46	Sexo Masculino	CNS 700408972747549	Prontuário 118286
Tempo de Internação 14h 21min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 25/09/2019 10:44:55	Data Internação 25/09/2019 18:04:04	Permanência na Unidade: 21h 41min		Permanência no Leito: 14h 21min

EVOLUÇÃO MEDICA (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 26/09/2019 08:25:48)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

paciente evoluindo estável, sem queixas, exames e risco ok, aguarda cirurgia.

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 006

Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518

RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: FABIANO SANTOS GUIMARAES BE/PRONTUÁRIO 1192399
 IDADE: _____ SEXO: M COR: _____ DATA: 27/9/2019
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA
 CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR ESQUERDA
 CIRURGIÃO: DR MATHEUS MOZART 1º ASS: MR1 JOÃO PAULO
 2º ASS: _____ 3º ASS: _____
 INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: DRA , R
 TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEIO + SEDAÇÃO HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR ESQUERDA	

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR ESQUERDA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:
 DESCRIÇÃO: _____
 BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: _____

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA
☐ RESIDÊNCIA
☐ TERAPIA INTENSIVA
☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

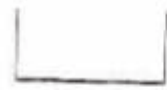
MÉDICO/CRM:

Dr. João Paulo S. Casado
 CRM-RO 11502

DATA: 27/9/2019



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Posição e Preparo:

PACIENTE EM "CADEIRA DE PRAIA" SOB ANESTESIA

ASSEPSIA E ANTISSEPISIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

ANTIBIOTICOPROFILAXIA

Incisão:

INCISÃO EM GOLPE DE SABRE SOBRE A CLAVÍCULA ESQUERDA

DIVULSÃO E DISSECÇÃO POR PLANOS

CUIDADOS COM HEMOSTASIA

Achados:

FIXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULA ESQUERDA

Conduta:

REALIZADO MENISCECTOMIA

PASSAGEM DE FIOS DE ETHIBOND SUBCORACOIDE

PERFURAÇÃO DE TUNEIS PELA CLAVÍCULA E PASSAGEM DE FIOS

FIXAÇÃO TEMPORARIO COM FIO DE KC Nº 2

CONFECCIONADO AMARRILHA

LIMPEZA COM SF 0,9%

REVISAO DA HEMOSTASIA

SUTURA POR PLANOS

Curativo:

CURATIVOS ESTÉREIS

Observação:

TIPOIA

RAIO-X DE CONTROLE

Médico/CRM:

Dr. João Paulo S. Casado
CRM 11590

João Pessoa,

27/9/2019

Fabiano Santos Guimarães

46. JJ92399

that. Curing to the luxated Acromio clavicular joint.

Blockyio de plexo + Sudocor

Dr. Ardor

0409.19

ANESTESIA 11.5

2018年12月14日

3:20

© 2006 The Author
Journal compilation © 2006 American Society for Neurobiology of Language

$$T_{\text{eff}} = 1.145 \times 10^4 \text{ K}$$

FORMA DE CONTAMINACIÓN: LÍQUIDA, CONTAMINADA, INFECTADA, POTENCIALMENTE CONTAMINADA.

[illegible]

Cláudia Nascimento Matos de Menezes
COREN-PB 657575-TE

REN-PB 657575-TJ
Ollie

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 270915

PRONTUÁRIO

PACIENTE: FABIANO SANTOS GULMANNES		DATA: 02/07/19		PRONTUÁRIO:	
SEXO: M		COR: P		IDADE: 38	
PRESSÃO ARTERIAL: 120x80		PULSO: 60		RESPIRAÇÃO: 18	
TEMPERATURA: 36,5		GRUPO SANGÜÍNEO: A+		ESTADO GERAL: BOM	
RISCO CIRÚRGICO: BOM		ESTADO GERAL: BOM		ESTADO GERAL: BOM	
EXAMES COMPLEMENTARES: NENHUM					
AP. RESPIRATÓRIO: BOM		AP. CIRCULATÓRIO: BOM		ESTADO MENTAL: LUCID	
AP. DIGESTIVO: BOM		ESTADO MENTAL: LUCID		DROGAS EM USO: NENHUMA	
PRE-ANESTÉSICO: NENHUM					
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: Luxação Acromioclavicular (LAC)					
CIRURGIA REALIZADA: TRAT. CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR					
CIRURGIÃO: MATHEUS					
INÍCIO DA ANESTESIA: 11:45					
TÉRMINO DA ANESTESIA: 12:15					
DURAÇÃO DA ANESTESIA: 30					
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 86.22					
QUANT. DE CII: 1					
VALORES RS: 4484					
ANESTESISTA: ABRAHAM M. LUSTOSA					

TÉCNICA		MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
☐ ANESTESIA GERAL	☐ RAQUIDIANA	☒ EPIDURAL	☒ BLOCO PLEXO
☐ BLOCO NERVOS	☐ OUTROS		
Paciente: Blondino 2 Plexo Braquial e Ulnar Escaleno com TNP			
IDADE: _____			
SÍNDROME: _____			
SANGUE: _____			
PESO: _____			
TÍTUL: _____			
PRETENDIMENTO: _____			
☐ API*	☐ ENFERMARIA		
☐ UTI	☐ RESIDÊNCIA		
☐ OUTROS			
OBSERVAÇÕES: _____			

Dr. Abdon Moreira Lustosa
Médico Anestesiologista
CRM-PS 4184

「F」の4位「A」が2000年12月26日



Documento de Alta

Nome: FABIANO SANTOS GUIMARÃES			Número Prontuário: 116266
Data de Nascimento: 07/10/1972	Sexo: Masculino	Data de Internação: 25/09/2019 12:50:04	Data de Alta: 28/09/2019 08:18:50
Motivo da alta: ALTA MÉDICA			
Conduta: ALTA MELHORADA			
Resumo da Internação: LAC A ESQUERDA, TRATAMENTO CIRÚRGICO			
Resultado de Exames: RX			
Tratamento: LAC A ESQUERDA, TRATAMENTO CIRÚRGICO			
Diagnóstico: 548.1 - Luxação da articulação acromioclavicular			
Recomendações: RETORNO EM 2 SEMANAS AMBULATORIAL (CIRURGIÃO DR. WALTER HUS FIOZART) CEFALOXINA 10 DIAS AINE E ANALGÉSICO SE PRECISAR			

Data: 28/09/2019

Dr. Filipe Almeida Botte,
Cirurgião de Mão e Cotovelo
CRM 10.583
RPP 14.193
CRP 10583-2

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS
CHUFA PANTANEDONAL DENATREI / TRANSITO
ARTICULA NACIONAL DE DABILITAI ALI

PB

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1489002644

PROIBIDO PLASTIFICAR
1489002644

NOME
FABIANO SANTOS GUIMARAES

DOC. IDENTIDADE / OUTRO EMISSOR DE
1299865 SSP PB

CPF
645.294.874-15 DATA NASCIMENTO
07/10/1972

RELAÇÃO
FRANCISCO DE ASSIS
GUIMARAES
FRANCISCA SANTOS
GUIMARAES

PERMISSÃO
ACC CALHA
AB

Nº REGISTRO
02414060221 VALIDEZ
13/06/2022 1ª HABILITAÇÃO
11/04/1995

OBSERVAÇÕES

Fabiano Santos Guimaraes
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO
14/06/2017

Amelk
ASSINATURA DO EMISSOR

87115604866
PB034814264

PARAIBA

CONFIRMAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

LACRE 0046445536

DETRAN - PB

Nº 014800023021

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

PRT 201900000241216-3

VIA	COD RENAVAM	RNTAC	EXERCICIO
1	0115582910-4	00/000000000	2019

NOME
FABIANO SANTOS GUIMARAES

CPF / CNPJ	PLACA
64529487415	QSB1246/PB

PLACA ANT / UF	CHASSI
NOVO PB	9C2KD1000JR005707

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/NXR 160 BROS	2018	2018

CAP / POT / cil	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 P/162 /CI	PARTIC	PRETA

COTA UNICA	VENC COTA UNICA	VENC / COTAS
	00/00/0000	1º
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º
*****	0	3º

PREMIO TARIFARIO (R\$)	IOF (%)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	SEGURO	P A G O	25/06/2019

OBSERVAÇÕES
A.F BANCO HONDA S.A. DE OBRIGATORIO
TRANSFERENCIA

LOCAL	DATA
JOAO PESSOA-PB	27/06/2019

99999999



Assinado
Agente de Vendas da Silva

40657

CONTRAN



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

- IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200009375 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIANO SANTOS GUIMARAES **Data do acidente:** 25/09/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ARCOS COSTAIS A ESQUERDA.
LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR A ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER. PG. 8,11.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200009375 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIANO SANTOS GUIMARAES **Data do acidente:** 25/09/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ARCOS COSTAIS A ESQUERDA.
LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR A ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER. PG. 8,11.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50