



Número: **0038283-60.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS (AUTOR)		CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68311 167	21/09/2020 17:25	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 10 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200281379

Vítima: JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS

Data do Acidente: 20/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS

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, contados 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 16017163





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, 21 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200281379

Vítima: JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS

Data do Acidente: 20/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS

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: JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000007376

Conta: 0000025110-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA -
DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0118002039

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/03/2020 às
10:42

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 20/2/2020 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE JARDIM PAULISTA (BAIRRO), 1,
ROD. BR. 191 - JARDIM PAULISTA - PAULISTA - Bairro: JARDIM
PAULISTA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: NA
DESCIDA PARA JARDIM PAULISTA
Local do Fato: VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
KAROLINA MAYARA FARIAS FERNANDES (OUTRO)
JOÃO VICTOR CORREA DE FREITAS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): JOÃO VICTOR CORREA DE FREITAS
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): DESCONHECIDO

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**JOÃO VICTOR CORREA DE FREITAS (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
DANIELLE RODRIGUES CORREA Data de Nascimento: 14/1/1993 Naturalidade: RECIFE /
PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO
Profissão: COBRADOR Telefones Celulares:
- 888932281**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE JARDIM PAULISTA (BAIRRO), 146, RUA 64, N. 146 -
JARDIM PAULISTA BAIXO - PAULISTA - CEP: 55090-000 - Bairro: JARDIM PAULISTA -
PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade:
DESCONHECIDO**

**KAROLINA MAYARA FARIAS FERNANDES (presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Mãe: KÁTIA MARIA FARIAS DE LIMA FERNANDES Pai: MAURO GERALDO
BARBOSA FERNANDES Data de Nascimento: 8/4/1995 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO /
BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão:
SECRETARIA(O) Telefones Celulares:
- 984072611**



Endereço Residencial: **BAIRRO DE ARTHUR LUNDGREN I (BAIRRO), 06, RUA SALOA, N. 06 - ARTHUR LUNDGREN I - PAULISTA - CEP: 55000-000 - Bairro: ARTUR LUNDGREN I - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

VEÍCULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **KAROLINA MAYARA FARIAS FERNANDES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOÃO VICTOR CORREA DE FREITAS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **QCA7234** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010**

VEÍCULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVELE/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **CINZA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

ALEGA O QUEIXOSO, QUE NO DIA 20/02/20, POR VOLTA DAS 16:00 HORAS, TRAFEGAVA NA ROD. BR 101, SENTIDO PAULISTA, EGRESSO DO TRABALHO, QUANDO NA ENTRADA QUE DÁ ACESSO A JARDIM PAULISTA, O VEÍCULO FIAT UNO CINZA, DE PLACA NÃO ANOTADA, QUE SEGUIA EM SUA FRENTE, FREIOU BRUSCAMENTE, OBRIGANDO O MESMO A TENTAR DESVIAR, CAUSANDO SUA QUEDA, QUE ACIONOU O SAMU E M O MESMO NÃO CHEGOU, QUE LEVANTOU-SE PEGOU SUA MOTO E FOI PRA CASA, QUE LÁ CHEGANDO, FOI SOCORRIDO PELA SUA GENITORA, QUE O CONDUZIU PARA A UPA DE OLINDA, SENDO ATENDIDO PELO DR. LEONARDO OLIVEIRA, CRM N. 9208, ONDE APÓS EXAMES DE IMAGENS, FOI CONSTATADO FRATURA DO UMERÓ PROXIMAL DIREITO, QUE DE LÁ FOI CONDUZIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS, ONDE FOI SUBMETIDO A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA, DIANTE DO EXPOSTO, FAX CIENCIA A ESTA AUTORIDADE POLICIAL.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

JOÃO VICTOR CORREA DE FREITAS
(VITIMA)

KAROLINA MAYARA FARIAS FERNANDES
(OUTRO)

B.O. registrado por: **EDMARIO MARQUES DE MENEZES** - Matrícula: **3242841**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 704.210.194-43 4 - Nome completo da vítima: Manoel Victor Correia de Freitas

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

5 - Nome completo: Manoel Victor Correia de Freitas 6 - CPF: 704.210.194-43

7 - Profissão: Comandante 8 - Endereço: Rua Senzembazinho 9 - Número: 116 10 - Complemento:

11 - Bairro: Jardim Paulista 12 - Cidade: Paulista 13 - Estado: SP 14 - CEP: 53.409-150

15 - E-mail: (81) 99140118

DADOS CADASTRAIS

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:

☒ RECURSO 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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itaú

AGÊNCIA: 4376 CONTA: 25330

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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(a) menor? ☐ 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 omissa, 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 digital da vítima ou beneficiário não autorizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Paulista 05 de agosto de 2020

Manoel Victor Correia de Freitas

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Digitalizada com CamScanner



ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA:	18/08/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 07376

CONTA: 000000025110-9

Autenticação:

21A806A771B86EF61EACCF A96C3C219EB3D13BB42E96F0E510C56D368B2D2F0F





Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1446878416

Via para Pagamento Nota Fiscal - Fatura/Conta de Energia Elétrica

Dados do Cliente

DANIELLE RODRIGUES CORREIA
PROX A PADARIA PAN GOMES -
RUA SESSENTA E QUATRO 146 -
LOTE 16 -
JARDIM PAULISTA/NAVARRO -
53409-150 PAULISTA PE -

Atendimento ao Cliente



CELPE - 116

Atendimento 24 horas.

ANEEL - 167

Ligação gratuita de telefones fixos e móveis

Conta Contrato

007034284142

Nº da Nota Fiscal

117627879

Período de Fornecimento

23/06/2020 a 24/07/2020

Data da Nota Fiscal

24/07/2020

Valor Nota Fiscal (R\$)

R\$ 233,66

Data de Vencimento

11/08/2020

BANCO DO BRASIL S/A 001-9		Vencimento 11/08/2020	Agência/Cd. Cedente 3064-3/91105-4	Espécie R\$	Quantidade	Valor do Documento R\$ 233,66	(-) Desconto/abatimento
(-) Outras deduções		(+) Mora/multa p/ dia de atraso		(+) Outros acréscimos		Ficha de Caixa	Autenticação Mecânica
Nosso Número 28074600111514926		Nº do Documento 0345301144		Valor Cobrado R\$ 233,66			

ICMS - Base de cálculo: R\$ 0,00 Aliquota: 25,00 Valor do Imposto: R\$ 50,49

Destaque aqui





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE OLINDA
GREGÓRIO LOURENÇO BEZERRA



Olinda, 14 de Julho de 2020.

DECLARAÇÃO

Declaramos que na ficha do atendimento n°1595381, onde se lê o nome do paciente JOAO VICTOR CORREIA DE FREITAS, leia-se **JOÃO VICTOR CORREA DE FREITAS**. Informamos que o que houve uma falha na hora do cadastramento do paciente, mas que seus dados foram retificados mediante apresentação posterior do RG: 9.634.645.

Atenciosamente,

UPA - OLINDA
Milena Moura
Coordenadora Geral

FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNANDES – IMIP HOSPITALAR

UPA OLINDA

RODOVIA PE 15, S/N
CIDADE TABAJARA, OLINDA/PE
FONE: 3184-4303



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 20/02/2020 15:52

Nome Paciente: JOAO VICTOR CORREIA DE FREITAS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 22
Senha: 0129
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 20/02/2020 16:37 - 20/02/2020 16:38

WALKIRIA AMORIM REGO - COREN: 5808 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: TRAUMA MSD + MMII HOJE

Observação: ALERG -

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: WALKIRIA AMORIM REGO - COREN: 5808 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 20/02/2020 16:38

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Aendimento: 1595381

Senha da Classificação:

0129

Data e Hora: 20/02/2020 16:41

Paciente: 536731 JOAO VICTOR CORREIA DE FREITAS Sexo: MASCULINO
Nome Social: _____
Data do Nascimento: 14/01/1998 Idade: 22 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: DANIELLE RODRIGUES CORREA Nome do Pai: _____
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: RUA SESSENTA E QUATRO - 146 Bairro: JARDIM PAULISTA
Cidade/UF: PAULISTA PE Cep: 53409150 Usuário Atendimento: DANIELEMS
RG (Identidade): _____ Data de Emissão: _____
CPF (Cadastro de Pessoa Física): _____ Fone: 88532381
CRN (Certidão de Registro de Nasc): _____ Data de Emissão CRN: _____

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Apresenta queixa de dor no tornozelo direito e no tornozelo esquerdo há alguns dias. A dor é constante e piora com a movimentação. Não há inchaço nem vermelhidão.

Exame Físico

Dr. Cordeiro e o colega L. Silva

Hipótese Diagnóstica

Lesão ligamentar grau I no tornozelo direito.

Conduta Terapêutica

Reposicionamento e imobilização com gesso.

Prescrição Médica

Medicamentos: 100mg de Ibuprofeno 3x ao dia por 7 dias.
100mg de Paracetamol 3x ao dia por 7 dias.
Soluções: 10ml de Solução de Clorfeniramina 3x ao dia por 7 dias.

Luciano F. de L. Silva
CRM: 297.131-7E

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

UPA

Senha:

Carimbo Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 23138
180116087



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JOÃO VICTOR CORREIA DE FREITAS

NOME SOCIAL:

IDADE: 22 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 21/02/20

DATA NASC.: 14/01/98

REG: 134305

DATA DA ALTA: 29/2/20

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL DIREITA

TRATAMENTO REALIZADO:

- 28/02/20 RAFI COM AMARRILHA E PARAFUSOS

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR. ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO I SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) DR. TIAGO NOGUEIRA ÀS SEXTAS FEIRAS 12HS; RETORNO NÃO EX-CEDER 30 DIAS
- CURATIVO DIÁRIO
- MANTER TIPOIA E MEXER DEDOS DA MÃO/PUNHO /COTOVELO DE MEMBRO SUPERIOR. OPERADO CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA;
- NÃO LEVANTAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR OPERADO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTE, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL: BOM, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, CORADO

FERIDA OPERATÓRIA: COM CURATIVO OCLUSIVO ESTÉRIL, LIMPO, DE BOM ASPECTO

MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO

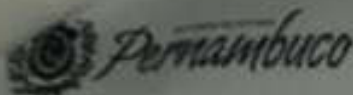
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: João Marcelo F. de A.

Médico
CRM - 17.725

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: JOÃO VITOR CORREIA DE FREITAS

DATA DE NASC.: 14/03/1998

NOME SOCIAL:

REGISTRO: 134505

SETOR:

ENFERMARIA:

LEITO:

DATA/HORA	TRAUMATOLOGIA
21/02/2020	
10:27	ADMISSÃO
	QPO/HDA: PACIENTE ENCAMINHADO DA UPA DE PAULISTA, COM RELATO DE QUEDA DE MOTOICLETA HÁ UM DIA, COM CONTUSÃO EM OMBRO DIREITO (MEMBRO DOMINANTE), EVOLUINDO COM DOR E EDEMA NO LOCAL. NEGA COMORBIDADES OU ALERGIAS.
	ANTECEDENTES PESSOAIS: NDN
	MEDICAÇÕES DE USO: NDN
	EXAME FÍSICO: EGB, LOTE, EUPNEICO E AFEBRIL. APRESENTA LIMITAÇÃO DE ELEVACÃO, ROTAÇÃO EXTERNA E ABDUÇÃO ATIVA DE OMBRO DIREITO, SEM BLOQUEIOS À MOBILIZAÇÃO PASSIVA, COM NVC PRESERVADO.
	EXAMES DE IMAGEM: RADIOGRAFIA E TOMOGRAFIA EVIDENCIAM FRATURA DA GRANDE TUBEROSIDADE DE ÚMERO PROXIMAL DIREITO
	HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL DIREITO
	CONDUTA: ORIENTADO POR DR. TIAGO MOURA: INTERNAMENTO HOSPITALAR PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO SOLICITO LAB PRÉ-OP
	<i>Dr. Tiago Moura</i> <i>CRM 17.725</i>
	<i>Moro = Lote</i> <i>14h</i> <i>Dr. S. Moura</i> <i>Pronto Soc. (Lote)</i> <i>Ex. radiografia e tomografia</i> <i>M.O. = NVC</i> <i>Dr. Aguiar</i> <i>CRM 17.725</i> <i>23/02/2020</i> <i>1440</i> <i>Dr. A. Moura</i> <i>Consultar o paciente e avaliar</i> <i>CD: Aguiar na programação cirúrgica</i>



Atendimento Cirurgião: 63170
 Paciente: 134505
 Convênio Atend: 1
 Leito: 203
 Dt. Inicio: 28/02/2020 14:06

JOAO VICTOR CORREIA DE FREITAS
SUS - INTERNACAO
ORTO-503-LEITO 003
Dt. Fim: 28/02/2020 15:29

Abandono: 515442
Carrera:
Idade: 22 Anos

FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMERO

FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMERÓ

Proceedings: SAC0000334

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERO (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS + INTERNACAO

Angiogenesis

CIRURGIO
ANESTESISTA

19865	TIAGO CERQUEIRA LIMA NOGUEIRA
5003	GRACA MARIZA COUTO RIBEIRO PESSOA

Conclusions

Descrição Clínica

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL D
CIRURGIA: REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO COM AMARRILHA E PARAFUSOS
CIRURGIÃO: DR TIAGO NOGUEIRA
1º AJUDILHO: DR SAN LACERDA
ANESTESISTA: DRA GRACA COUTO
ANESTESIA: SEDACÃO + BLOQUEIO

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM POSIÇÃO DE "CADEIRA DE PRAIA"
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSE DE MSD.
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS.
4. INCISÃO LONGITUDINAL EM SULCO DELTO-PEITORAL D
5. DIVULSAO POR PLANOS ANATÔMICOS ATÉ FOCO DE FRATURA
6. REDUÇÃO DA FRATURA
7. MONTAGEM DE AMARRILHAS COM REINERÇÃO DO MANGUITO ROTADOR
8. APOSIÇÃO DE 2 PARAFUSOS ESPONJOSOS COM ARRUELAS
9. LIMPEZA COM SF 0.9%
10. CHECADA BOA REDUÇÃO COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS
11. SUTURA POR PLANOS.
12. CURATIVO.
13. OBSERVADA BOA PERFUSÃO DISTAL

Sangue e Derivados

Qs. Solicitada

2. CONCENTRADO DE HEMACIAS

2

Achatos Cirrhopoda

Descrição Complementar

Dr. Don L. Landa
Crispian Thompson
1200 N. 10th St. W. #100



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA		SENHA <u>5881993</u>
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()		
IDENTIFICAÇÃO		
Nome do Paciente: _____		Idade: <u>22</u>
Sexo: M (x) F () Profissão: _____	Fone: _____	
Endereço Residencial: _____	Bairro: _____	
Cidade: <u>PAULISTA - R</u>		
CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)		
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta () Atropelamento: Pedestre () Ciclista () Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S() N() Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S() N() Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento () Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____ Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico () Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau () Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____ Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____ Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento		
CAUSAS CLÍNICAS		
História Clínica Atual: <u>Quebra de um osso de um dos braços direito</u> <u>e outro osso de um dos braços esquerdo</u>		
Hipótese Diagnóstica: <u>fratura de um osso de um dos braços</u>		
AValiação CLÍNICA		
Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S() N() Tiragem Intercostais S() N() Obstrução Vias Aéreas: S() N() Sibilos Expiratórios: S() N() BAN*: S() N() Deformidade do Tórax: S() N() Gemido/Estridor: S() N() Distúrbio Fala/Choro: S() N() Agitação Psicomotora: S() N() Lesões de face: S() N() Retração Xifóide: S() N() Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas () Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino () Colocação da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose () Sudorese: S() N() Desidratado: S() N() Ictérico: S() N()		
FR: RN 35-50 < 1 ano 30-50 Crianças 20-30 Adulto 12-30		FC: RN 120-160 < 1 ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 60-100



Atendimento: 518305

Senha da Classificação:

0031

Data e Hora: 20/02/2020 23:22

Paciente: 134505 JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 14/01/1998

Idade: 22 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: DANIELLE RODRIGUES CORREA

Nome do Pai:

CRM: 12348

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

Endereço: RUA CENTO E SESENTA E C -

146

Bairro: JARDIM PAULISTA

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Usuário Atendimento: JACKELINEEFL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso

Altura

Temperatura

Horas

Sinal Principal

Prontidão com reboque de quadril direito
há 9h com contusão e fratura m. S.D. (laço de)
Ortopedia (D) - laço de

Exame Físico

Prontidão com reboque de quadril direito
há 9h com contusão e fratura m. S.D. (laço de)

Hipótese Diagnóstica

Fr. de 6T? / fratura de bacia? (D)

Prescrição Médica

Tac de ombro (D)

IMIP
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 12348

IMIP
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 12348

Assinatura e Carimbo Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Senha

() Transferido Para

() Encaminhado ao setor de internação



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 20/02/2020 23:01



Nome Paciente: JOAO VITOR CORREIA DE FREITAS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 14/01/1998
Sexo: Masculino
Idade: 22
Senha: 0031
Convênio:
Atendimento:
SAME:

: 20/02/2020 23:16 - 20/02/2020 23:18

ROBERTA RODRIGUES DE OLIVEIRA - COREN: 445779 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PC ENCAMINHADO UPA DE PAULISTA COM SENHA 5887993 COM HD: FRATURA UMERO PROXIMAL D, APOS ACIDENTE AUTOMOBILISTO HA APROX 7 HORAS

Observação:

NEGA ALÉRGICAS MEDICAMENTOSA/ HAS/ DM

Exatograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR LEVE (1-3/10)
- EVENTO (TRAUMA) HA MAIS DE 6 HORAS

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 0
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 76.00 BPM
- GLICOSE: 90.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 131.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 49.00 MMHG
- SATURACAO DE OXIGENIO: 99.00 %
- TEMPERATURA(C): 35.40 °C

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não (X)
Local

RECEBIDO
HMA

Enfermeiro
Leticia Carolina Mello
COREN-PE 15.495-655

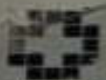
Acolhido(a) por: ROBERTA RODRIGUES DE OLIVEIRA - COREN: 445779 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 20/02/2020 23:18

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

Rua Estrada da Fazendinha, 5/N
Jaqueiribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **518442**

Usuário: ALESSANDRAPSF

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS** Prontuário: 134505
Idade: 22a 1m 7d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 14/01/1998
Profissão: Escolaridade: CEP 53407730 - PAULISTA - PE
R.G.: C.P.F.: 70421019441 Telefone: CEP 53407730 - PAULISTA - PE
Endereço: RUA CENTO E SESENTA E QUATRO, 146 - JARDIM PAULISTA
Dados da Internação
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 21/02/2020 16:27
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: S AND - ORTOPEDIA I Acomodação: ENFERMARIA 4 LEITOS Leito: ORTO-503-LEITO 004
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Endereço: Número:
Telefone: Cidade: Estado civil:

FATURADO
DATA 21/02/2020
MAGDA
FATURISTA

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 6, 2, 20 Hora da Alta: 12 : 00

Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: Bom

Diagnóstico Principal.....: Fratura do fêmur esquerdo (B)

Diagnóstico Secundário01.: _____

Diagnóstico Secundário02.: _____

Procedimento.....: RAFI + Massagem + Fisioterapia

REVISADO
SCIH-HMA

João Marcelo Xavier
Médico
CRM - 17565

Daniel de Oliveira Silva
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

X João Victor P. de Freitas
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-9

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL



João Victor E. de Freitas

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

9.634.645

DATA DE
EXPEDIÇÃO

29/06/2016

NOME

<< JOÃO VICTOR CORREA DE FREITAS >>

FILIAÇÃO

<< JOÃO BEZERRA DE FREITAS NETO >>
<< DANIELLE RODRIGUES CORREA >>

NATURALIDADE

RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO

14/01/1998

DOC. ORIGEM

<< CN 10677 L 26 F 249 CART 40DIST
PAULISTA PE 26.01.1998 >>

CPF

704.210.194-41

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

1516460723006131214.6913416

F-71 12.121

- 43





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: João Victor Gouveia de Freitas
Data do Acontecimento: 20/02/2020 CPF da vítima: 781.250.594-45
Portador da documentação:
Qualificação do Portador: ☐ Vítima ☐ Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:
Endereço do portador:
Número: Documento Bairro: 4110311998
Complemento:
Cidade: UF: CEP: Telefone: ()
E-mail:

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples 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 simples e legível)
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

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)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data:
Identidade:
Assinatura:

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples 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 recibo médico (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

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)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES:

Invalidiz Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- 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 ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data: Paulista 05 de agosto 2020
Nome: João Victor e de Freitas
Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200281379 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS **Data do acidente:** 20/02/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM AMARILHA E PARAFUSOS). PÁG 6/10
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU MODERADO DO OMBRO
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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0220855/20

Vítima: JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS

CPF: 704.210.194-41

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 20/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS : 704.210.194-41

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: 07/08/2020
Nome: JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS
CPF: 704.210.194-41

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/08/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS

RAIANNE SILVA BARBOSA

