
Rio de Janeiro, 26 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200303715

Vítima: MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MATHEUS DA SILVA 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, 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

Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200303715

Vítima: MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA

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

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) da cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou AG: 3 - CPF da vítima: 709.310.214-65 4 - Nome completo da vítima: MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA

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

5 - Nome completo: MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA 6 - CPF: 709.310.214-65
7 - Profissão: repórter de vídeo 8 - Endereço: Rua Padre Geraldo Pinto 9 - Número: 1184 10 - Complemento:
11 - Bairro: Marco Maia 12 - Cidade: Santa Rita 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58300-000
15 - E-mail: 16 - Telefone: (83) 988833027

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\$1.000,00 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 abaixo. Anexar uma cópia)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: CONTA: (informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRABESCO

AGÊNCIA: 3030 9 CONTA: 0048042 8 (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 (Lei nº 5.194/74), 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 do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

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

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: ☐ Vivos ☐ Falecidos: 30 - Vítima deixou neta(s) (filha(s) do(a) filho(s)?) ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ 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 àsqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 1000 Pq. 83, 25/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00257.01.2019.1.05.014

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00257.01.2019.1.05.014, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:56 horas do dia 25 de novembro de 2019, na cidade de Santa Rita, no estado da Paraíba, e nesta 14ª Delegacia Distrital de Santa Rita, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Leonardo Souto Maior Soares, matrícula (559940), e lavrado por Clélcio Pessoa de Carvalho, Agente de Investigação, matrícula 1418686, ao final assinado, compareceu **Matheus da Silva Oliveira**, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Reposição de Frio, filho(a) de Monica Lucas da Silva Oliveira e Joelci Francisco de Oliveira, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 30/01/1996 (23 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Padre Geraldo Pinto, Nº 1184, bairro Marcos Moura, tendo como ponto de referência Na Mesma Rua da Padaria Progresso, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98883-2037.

Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida Conde, Próximo Ao Bar do Bode, Santa Rita/PB, bairro Tihiri I; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 10/11/19 12:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que no dia, hora e lugar acima mencionados estava conduzindo sua moto HONDA/CG 125 FAN KS, PLACA MOS4354/PB, COR BRANCA, quando passou em buraco e caiu vindo a machucar o braço esquerdo. Que mesmo ferido foi fazer a prova do ENEM e no outro dia foi no HOSPITAL GERAL DA PARAÍBA, sendo neste diagnosticado com o CID10 620.

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 fé.

Santa Rita/PB, 25 de novembro de 2019.

CLÉLCIO PESSOA DE CARVALHO

Agente de Investigação

MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA

Notificante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) da cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou AG: 3 - CPF da vítima: 709.310.214-65 4 - Nome completo da vítima: MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA

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

5 - Nome completo: MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA 6 - CPF: 709.310.214-65
7 - Profissão: repórter de vídeo 8 - Endereço: Rua Padre Geraldo Pinto 9 - Número: 1184 10 - Complemento:
11 - Bairro: Marco Maia 12 - Cidade: Santa Rita 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58300-000
15 - E-mail: 16 - Telefone: (83) 988833027

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. Anexar uma cópia)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: CONTA: (informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRABESCO

AGÊNCIA: 3030 9 CONTA: 0048042 8 (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 (Lei nº 5.194/74), 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 do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

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

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 neta(s) (filha(s) do(a) filho(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 àsqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 1000 Pq. 83, 25/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Av. Júlia Freire, 1058-Expedicionários – (83) 3255-8900
CEP: 58.040-040 - João Pessoa – Paraíba
CNPJ: 12.361.267/0088-44

D E C L A R A Ç Ã O

Declaramos, para os devidos fins, que o paciente **MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA**, foi atendido neste Hospital no dia **11/11/2019**, referindo ser vítima de acidente de trânsito, conforme cópia do prontuário nº **63381744**.

João Pessoa, 04 de Dezembro de 2019.

Everton Carvalho
Faturista

Everton Pereira de Carvalho
Faturista

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

04/12/2019 11:12:14

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
12345678	MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA	M	30/07/1998	21
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
4149149 SSP PB	70431021455			2-SOLTEIRO
Endereço				
R RUA PADRE GERALDO PINTO, 184 - TIBIRI DOIS, SANTA RITA(PB) CEP 58300770				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
988632037	988632037			

DADOS DO CONVENIO

Convenio		
1822 HAPVIDA JOAO PESSOA	1 PLANO EMPRESA APARTAMENTO - COLETIVO	
Carteira	Validade	
58336000163000018		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
118151-REC EMG - HGP			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
11/11/2019	07:55		2 CONSULTA CLINICA
Médico Atendente			Clinica
3334572-DANIEL CONSERVA ARRUDA			TRAUMATOLOGIA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

04/12/2019 13:55

Paciente: MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA	Dt. Nasc.: 30/07/1996	Atendimento: 63381744	Prontuário: 12345664
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 118215/B	
Profissional(is): DANIEL CONSERVA ARRUDA CRM 11134 [1]		NP: 46743219	11/11/2019 06:55

ANAMNESE

Queixa Principal	PACIENTE COM HISTÓRIA DE DOR EM PUNHO ESQ REFERE QUEDA AO SOLO HA +- 1 DIA SEM OUTRAS QUEIXAS NO MOMENTO COM EDEMA EM PUNHO CD: SOLICITO EXAMES: ANALGESIA	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID 10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S602 CONTUSÃO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MÃO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
Comorbidades	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S602 CONTUSÃO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MÃO	[1]
CID10	S602 CONTUSÃO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MÃO	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

04/12/2019 13:56

Paciente: MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA	Dt. Nasc.: 30/07/1996	Atendimento: 63381744	Prontuário: 12345654
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 118215/B	
Profissional(is): DIEGENA SUENIA BARBOZA DE ALMEIDA COREN 271162 [1]	Nº: 46744595	11/11/2019	às 07:46

SINAIS E SINTOMAS

Administrado medicamento conforme prescrição médica. Segue sob cuidados de enfermagem.	Sim	[1]
--	-----	-----

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	CETOPROFENO IV FRAP 100MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 07:46, EM 11/11/2019 POR DIEGENA SUENIA BARBOZA DE ALMEIDA, COREN/PB 271162.	[1]
	PUNÇÃO C/ JELCO - REALIZADO AS 07:46, EM 11/11/2019 POR DIEGENA SUENIA BARBOZA DE ALMEIDA, COREN/PB 271162.	
	PUNÇÃO C/ SCALP - REALIZADO AS 07:46, EM 11/11/2019 POR DIEGENA SUENIA BARBOZA DE ALMEIDA, COREN/PB 271162.	

AValiação de RISCO

Hemorragia Puerperal	-	[1]
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)	-	[1]
Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)	-	[1]
Queda Adulto (Morse)	-	[1]
Queda Pediátrica (Humphry-Dumphy)	-	[1]
Fiebite	-	[1]
Tromboembolismo Venoso Clínico	-	[1]

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

04/12/2019 13:56

Paciente: MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA	Qt. Nasc.: 30/07/1996	Atendimento: 63381744	Prontuário: 12345684
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 118215/8	
Profissional(is): ROBERTO ANTONIO BASTOS CORREIA LIMA CRM 1725 [1]		NP: 46745096	11/11/2019 07:58

ANAMNESE

Queixa Principal	TRAUMA NO PUNHO	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	S9 - CID10 NÃO AGRUPADOS	[1]
CID10	S620 FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOIDE] DA MAO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
Comorbidades	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	S620 FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOIDE] DA MAO	[1]
CID10	S620 FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOIDE] DA MAO	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

04/12/2019 13:57

Paciente: MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA	Dt. Nasc.: 30/07/1996	Atendimento: 63381744	Prontuário: 12346684
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 118215/8	
Profissional(is): ROBERTO ANTONIO BASTOS CORREIA LIMA CRM 1728 [1]		Nº: 46745481	11/11/2019 às 08:07

ANAMNESE		
Queixa Principal	REFERE DORES NO PUNHO	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	S622 FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOIDE] DA MAO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]
Comorbidades	Não	[1]
DIAGNÓSTICO		
CID10	S622 FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOIDE] DA MAO	[1]
CID10	S622 FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOIDE] DA MAO	[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE		

ULTRA SOM SERV MED SA - HGP

04/12/2019 13:57

Paciente: MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA	Dt. Nasc.: 30/07/1996	Alandimento: 63361744	Prontuário: 12346684
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 118224/13	
Profissional(is): SERGIO LUIZ FERREIRA DA SILVA COREN 15017 (1)	Nº: 46746577	11/11/2019	## 08:28

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	CALHA OU TALA MEMBRO SUPERIOR 1 REALIZADO AS 08:28, EM 11/11/2019 POR SERGIO LUIZ FERREIRA DA SILVA, COREN/AL 15017.	(1)
--	--	-----

AValiação de RISCO

Hemorragia Puerperal	-	(1)
Lesão Por Pressão Adulto (Braden)	-	(1)
Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)	-	(1)
Queda Adulto (Morse)	-	(1)
Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)	-	(1)
Fiebite	-	(1)
Tromboembolismo Venoso Clínico	-	(1)

[illegible]

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA -- SP/SADT Nº

43326816-13501125

1 - Registro Anís 43326816 2 - Nº Usar Previsão 43326816 3 - Data de Autorização 4 - Nº Casa de Operações 5 - Cidade 6 - Estado de Validação da Saúde 7 - Data de Emissão da Guia

DADOS DO BENEFICIÁRIO

8 - Nome do Beneficiário 43326816 9 - Nome do Beneficiário 43326816 10 - Nome do Beneficiário 43326816 11 - Nome do Beneficiário 43326816 12 - Nome do Beneficiário 43326816 13 - Nome do Beneficiário 43326816

DADOS DO CONTRATANTE SOLICITANTE

14 - Nome do Contratante Solicitante 43326816 15 - Nome do Contratante Solicitante 43326816 16 - Nome do Contratante Solicitante 43326816 17 - Nome do Contratante Solicitante 43326816 18 - Nome do Contratante Solicitante 43326816 19 - Nome do Contratante Solicitante 43326816

DADOS DO CONTRATANTE EXECUTANTE

20 - Nome do Contratante Executante 43326816 21 - Nome do Contratante Executante 43326816 22 - Nome do Contratante Executante 43326816 23 - Nome do Contratante Executante 43326816 24 - Nome do Contratante Executante 43326816 25 - Nome do Contratante Executante 43326816

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

26 - Descrição do Procedimento 43326816 27 - Descrição do Procedimento 43326816 28 - Descrição do Procedimento 43326816 29 - Descrição do Procedimento 43326816 30 - Descrição do Procedimento 43326816 31 - Descrição do Procedimento 43326816

DADOS DO ATENDIMENTO

32 - Nome do Atendente 43326816 33 - Nome do Atendente 43326816 34 - Nome do Atendente 43326816 35 - Nome do Atendente 43326816 36 - Nome do Atendente 43326816 37 - Nome do Atendente 43326816

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

38 - Nome do Procedimento Realizado 43326816 39 - Nome do Procedimento Realizado 43326816 40 - Nome do Procedimento Realizado 43326816 41 - Nome do Procedimento Realizado 43326816 42 - Nome do Procedimento Realizado 43326816 43 - Nome do Procedimento Realizado 43326816

DADOS DO ATENDIMENTO

44 - Nome do Atendente 43326816 45 - Nome do Atendente 43326816 46 - Nome do Atendente 43326816 47 - Nome do Atendente 43326816 48 - Nome do Atendente 43326816 49 - Nome do Atendente 43326816

DADOS DO ATENDIMENTO

50 - Nome do Atendente 43326816 51 - Nome do Atendente 43326816 52 - Nome do Atendente 43326816 53 - Nome do Atendente 43326816 54 - Nome do Atendente 43326816 55 - Nome do Atendente 43326816

DADOS DO ATENDIMENTO

56 - Nome do Atendente 43326816 57 - Nome do Atendente 43326816 58 - Nome do Atendente 43326816 59 - Nome do Atendente 43326816 60 - Nome do Atendente 43326816 61 - Nome do Atendente 43326816

DADOS DO ATENDIMENTO

62 - Nome do Atendente 43326816 63 - Nome do Atendente 43326816 64 - Nome do Atendente 43326816 65 - Nome do Atendente 43326816 66 - Nome do Atendente 43326816 67 - Nome do Atendente 43326816

DADOS DO ATENDIMENTO

68 - Nome do Atendente 43326816 69 - Nome do Atendente 43326816 70 - Nome do Atendente 43326816 71 - Nome do Atendente 43326816 72 - Nome do Atendente 43326816 73 - Nome do Atendente 43326816

DADOS DO ATENDIMENTO

74 - Nome do Atendente 43326816 75 - Nome do Atendente 43326816 76 - Nome do Atendente 43326816 77 - Nome do Atendente 43326816 78 - Nome do Atendente 43326816 79 - Nome do Atendente 43326816

DADOS DO ATENDIMENTO

80 - Nome do Atendente 43326816 81 - Nome do Atendente 43326816 82 - Nome do Atendente 43326816 83 - Nome do Atendente 43326816 84 - Nome do Atendente 43326816 85 - Nome do Atendente 43326816

DADOS DO ATENDIMENTO

86 - Nome do Atendente 43326816 87 - Nome do Atendente 43326816 88 - Nome do Atendente 43326816 89 - Nome do Atendente 43326816 90 - Nome do Atendente 43326816 91 - Nome do Atendente 43326816

DADOS DO ATENDIMENTO

92 - Nome do Atendente 43326816 93 - Nome do Atendente 43326816 94 - Nome do Atendente 43326816 95 - Nome do Atendente 43326816 96 - Nome do Atendente 43326816 97 - Nome do Atendente 43326816

X

PRESCRIÇÃO MÉDICA

E

Paciente: MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA	Id. Nasc. 30/07/1996	Atendimento: 63381744
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Nº Prescrição: 24577312	11/11/2019 às 06:56
Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 118215/8	Peso: 63,38 kg
1. CETOPROFENO IV (100.00mg)	100 mg	1 FRAMP/FRAMP C/ 100MG/gora EV
Soro Fisiológico 0,9%	100 ml	
2. PUNCAO C/SCALP		
3. PUNCAO C/ELCO		
4. CALHA OUTALIA MEMBRO SUPERIOR	1	24/24h

Profissionais: CRM-11134 DANIEL CONSERVA ARRUDA

Atento

Atento e/ou Thais da Silva
divulgar, por meio de ETO-690,
necessário de 30 (trinta)
dias afastamento de nos
outros profissionais, e
emitir a presente ETP.

11/11/2

Dr. Roberto A.B. Correia Lima
Ondopneumologista
CRM 12.532.004-63 CBO 1723

Call Center: 4002 3633 - Call Center (Recife): 4002 2870 - Call Center (Interior): 0300 313 3633
Call Center (-Odontol): 4002 2722 - Call Center (-Odontol - Interior): 0300 313 9094

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR(A) Mathew de Silva
Oliveira COMPARECEU A URGÊNCIA DO
HOSPITAL GERAL DA PARAÍBA NO DIA 11/11 /2019, SENDO NECESSÁRIO O
AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS PELO PERÍODO DE 30
(30 / 11 / 19) DIA (S) A PARTIR DESTA DATA, TENDO COMO
CAUSA A DOENÇA IDENTIFICADA PELO CÓDIGO ABAIXO:

620

CID10

Dr. Roberto A.S. Correia Lima
Ortopedista Traumatologista
CPF: 072.650.004-83 CRM-1795

Assinatura do Médico

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-124



Matheus da Silva Oliveira

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Matheus da Silva Oliveira

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO: 4.149.149 DATA DE EMISSÃO: 01/03/2013

NOME: MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA

FLACIO JOELCI FRANCISCO DE OLIVEIRA
MÔNICA LUCAS DA SILVA OLIVEIRA

NATURALIDADE: JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO: 30/07/1996

DOC. ORDEM
MASC. N. 2615 FLS. 104 LIV. A04
CARTÓRIO SANTA RITA-PB

CPF: 04.310.214-63

João Pessôa

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014201128896

CERTIFICADO DE REGISTRO E VENCIMENTO DE VEÍCULO

1 0014450433-2 00/00000000 2018

MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA

10431021465 MOS4354/PB

NOVO 9C20C41109R036651

PA5/MOTOCICLETA/NOVO APUC COMBUSTÍVEL GASOLINA

10431021465 MOS4354/PB

2 P/124 /C1 CATEGORIA PARTIC

10431021465 MOS4354/PB

10431021465 MOS4354/PB

10431021465 MOS4354/PB

10431021465 MOS4354/PB

10431021465 MOS4354/PB

10431021465 MOS4354/PB

10431021465 MOS4354/PB

10431021465 MOS4354/PB

10431021465 MOS4354/PB

10431021465 MOS4354/PB

10431021465 MOS4354/PB

DETRAN - PB

CONTRON

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014201128896 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

1 70431021465

0144504332 HONDA/CG 125 TAN KS

2009 9 9C20C41109R036651

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURO

21/08/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

5506-0936402-20180822

5506

5506

5506

5506

5506

5506

5506

Matheus da Silva Oliveira

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0238234/20

Vítima: MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA

CPF: 704.310.214-65

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 10/11/2019

Titular do CPF: MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA : 704.310.214-65

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: 25/08/2020
Nome: MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA
CPF: 704.310.214-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/08/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

MATHEUS DA SILVA OLIVEIRA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO