

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, 16 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190025027

Vítima: YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 18/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA

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



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, 17 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190025027

Vítima: YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 18/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 16 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190025027

Vítima: YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 18/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:
736.004.974-89 Yan Bruno Pereira da Silva

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

Nome completo:

Profissão:
Garçom

Endereço:

JOSÉ DANTAS DE ALMEIDA

CPF:

716.004.974.89

Número: 30 Complemento: 101

Bairro:

JARDIM VENDEZAI

Cidade:

JOÃO PESSOA

Estado:

PARANÁ

CEP:

58084 145

E-mail:

Tel.(DDD): 48840 7085

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

DADOS CADASTRAIS

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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: Bradesco

AGÊNCIA: 3468 CONTA: 0003411 (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3468 CONTA: 0003411 (Informar o dígito se existir)

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

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vitima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vitima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
Vivos: Falecidos: Vitima deixou
nascituro (val nascer)? Sim Não Vitima deixou
pais/avós/vivros? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

Local e Data: João Pessoa - PB 10/10/11/2019
 Nome: _____
 CPF: _____

YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA
 (*) Assinatura de quem assina A ROGO
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____ 10 JAN. 2019

CPF: _____ PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 09812.01.2018.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09812.01.2018.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 10:10 horas do dia 14 de dezembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Policia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigacao, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Yan Bruno Pereira da Silva**, CPF nº 716.004.974-89, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Garçon, filho(a) de Maria das Graças da Silva e Cláudio Pereira da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 06/08/1996 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua José Dantas Almeida, Nº 30, bairro Jardim Veneza, tendo como ponto de referência Bloco B Ap 101, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98692-7477.

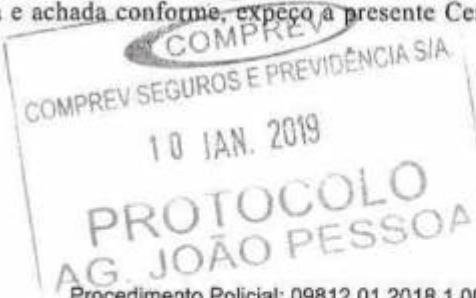
Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Diógenes Chianca, Centro Administrativo Municipal, João Pessoa/PB, bairro Água Fria; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 18/08/18 15:35h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NA TARDE DO DIA 18/08/2018, POR VOLTA DAS 15:35, O SENHOR MATIAS DOS SANTOS SILVA, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA CG FAN DE COR PRETA, ANO 2014, PLACA NPY-2621/PB, CHASSI 9C2JC4110ER108754, EM NOME DESTE NOTIFICANTE, ONDE O SENHOR YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA ESTAVA COMO GARUPA NA MOTOCICLETA; QUE ESTAVAM NA RUA DIÓGENES CHIANCA, ÁGUA FRIA, NESTA CAPITAL, QUANDO O MOTORISTA DO VEÍCULO RENAULT CAPTUR DE COR VERMELHA E PLACA QFY-9634/PB, QUE VINHA EM UMA RUA SECUNDÁRIA, NÃO RESPEITOU A PLACA DE PARADA OBRIGATÓRIA, AVANÇOU NO CRUZAMENTO E COLIDIU NA MOTOCICLETA ONDE ESTAVAM O SENHOR MATIAS E O SENHOR YAN; QUE AMBOS OS OCUPANTES DA MOTOCICLETA CAÍRAM; QUE O SENHOR MATIAS DOS SANTOS SILVA FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DOS BOMBEIROS E LEVADO AO HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM O CID T14.9 CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. TEÓFILO VANOMARK CHAVES BEZERRA; QUE O GARUPA DA MOTOCICLETA, O SENHOR YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA, FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU ATÉ O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM ABRASÃO EM PATELA ESQUERDA, PASSANDO POR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM 18/08/2018 E COM ALTA MÉDICA EM 23/08/2018, CONFORME CERTIDÃO 1610/2018 ASSINADA PELA MÉDICA FABIANA FERNANDES DE ARAÚJO CRM/PB 4516; QUE VEIO A ESTA DELEGACIA AFIM DE QUE O FATO FIQUE REGISTRADO.

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, expoco a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.



Procedimento Policial: 09812.01.2018.1.00.401

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 14 de dezembro de 2018.

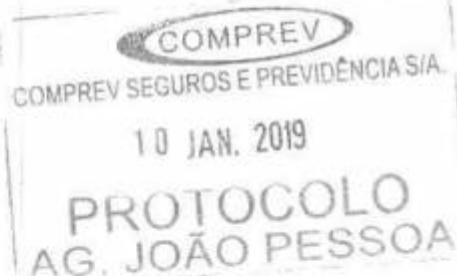
JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR

Agente de Investigacao

YAN BRUNO P. da SILVA

YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA

Noticiante



Procedimento Policial: 09812.01.2018.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:
736.004.974-89 Yan Bruno Pereira da Silva

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

Nome completo:

Profissão:
Garçom

Endereço:

JOSÉ DANTAS DE ALMEIDA

CPF:

716.004.974.89

Número: 30 Complemento: 101

Bairro:

JARDIM VENDEZAI

Cidade:

JOÃO PESSOA

Estado:

PARANÁ

CEP:

58084 145

E-mail:

Tel.(DDD): 48840 7085

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

DADOS CADASTRAIS

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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: Bradesco

AGÊNCIA: 3468 CONTA: 0003411 (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3468 CONTA: 0003411 (Informar o dígito se existir)

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

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vitima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vitima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
Vivos: Falecidos: Vitima deixou
nascituro (val nascer)? Sim Não Vitima deixou
pais/avós/vivros? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

Local e Data: João Pessoa - PB 10/10/11/2019
 Nome: _____
 CPF: _____

YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA
 (*) Assinatura de quem assina A ROGO
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____ 10 JAN. 2019

CPF: _____ PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 812/018, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2166052, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA idade 22 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 18/08/2018, na Rua Diógenes Chianca, Bairro: Água Fria - João Pessoa - aproximadamente às 15:35 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcísio Burity (Ort trauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 06 de Dezembro de 2018.

Alisson Monte
SAME SAMU 192
Matr. 629235

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A
10 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



- 09 -

CERTIDÃO

Nº. 1610/2018

Atendendo solicitação de VLADISLAN RIBEIRO DE SOUZA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 155195 e Prontuário nº 2018.08.002782 pertencentes a **YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA** que foi atendido dia 18/08/2018 às 16H47min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em perna esquerda.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou abrasão em patela esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 18/08/2018 com alta médica dia 23/08/2018.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 23 de novembro de 2018


Médica
CRM/PB 4516



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 155195 Atd: Nao Regulac
Data: 18/08/2018
Hora: 16:47:25
Repcionista: CLEBIA FERREIRA RODRIG
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1
Nome: YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA Num. Prontuario: 2018.08.002782
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 4053342 Fone: 986927477
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 06/08/1994 Id: 24 ano(s)
End.: CONDOMINIO VIEIRA DINIZ, QAPTO 102
Bairro: JARDIM VENEZA Cidade: JOAO PESSOA UF :PB
Mae: MARIA DAS GRACAS DA SILVA Pai: CLAUDIO PEREIRA DA SILVA
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: CASADO(A)
Ocupação:
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: O MESMO - ESPERANDO ALGUEM DA FAMILIA CHEGAR- INFORMACOES DO PACIENTE
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Endereco: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO COM MOTO DE FRENTE A

Vitima de violência por: PREFEITURA EM AGUA FRIA , ERA CARONA DA MOTO

1.1 Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsas
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Observacão COMPREV. SEC.

Q ta Principal

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Povent n'avers de quads de moto hi ± 2h com s'ha en la
F com pèrdu de voluntat i limitació de moviment. Així mateix
en pàrro P i vaixellatge i d'exercici pàrro P. Neix veritat -
Diagnostic de còrseca. ABP: placa de còrseca dels. MVO si RA. Tots x són
alterats. Si indicats Rx

Prescrição

| Horario da medicacao

Brennen 100 mg + 100 ml 5% O₂, ev A160 & A. 1600 Capone

Rx = No visiting Farmers or Laxatives

Dra. Janartha Lissery
Esfurgia-Gerard
CRM-PB 8074

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

|-----| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem |

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

Nome: Yan Bruno Pereira da Silva				Registro: 201808002782	
Idade: 24 A	Sexo: m	Cor: br	Clínica: ORTOPEDIA	EMP:	LR:
Data: 18 / 08 / 2018			Cirurgião: DR Thiago Danillo R. Almeida		
1º Assistente: Ingrid Catalini			2º Assistente:		
Anestesista: Dr. Everardo			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					
<p><i>Abrasão de Patela esq</i></p> <p>esão parcial de mecanismo extensor (Tendão patelar) esq</p> <p>Extenso Ferimento em joelho esquerdo</p>					
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					
<p><i>O mesmo</i></p>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					
<p><i>Tratamento cirúrgico de Fratura abrasiva de patela esq</i></p> <p>Reconstrução de mecanismo extensor</p> <p>Sutura de extenso ferimento</p>					
<p>Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não</p> <p>Descreva:</p> <p>Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não</p> <p>Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:</p> <p>1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico</p>					

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Observado extenso ferimento em joelho esquerdo com lesão de 20% de tendão patelar + vasto lateral

Desbridamento de extenso ferimento com alto grau de contaminação

Lavagem abundante de Ferida com SF 0,9%

Reconstrução de tendão patelar E retensionamento de vasto lateral com vicryl 0-0

Sutura de pele com nylon 2-0

Curativo

Boa perfusão distal e pulsos distais palpáveis após procedimento cirúrgico

Conduta:

Ir enfermaria após recuperação anestésica em SRPA

OBS:

Data: 18 / 08 / 2018

MÉDICO/CRM

DR THIAGO DANILO D R ALMEIDA
Ortopedista (5802-15945)
CRM-PB 11776
Suzano 2019 / CRM-PB 11776

COMPREV
COMPREV/SEGUROS E PREVIDÊNCIAS
18 JAN 2019
PROTÓCOLO
AO JOÃO PESSOA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0010499/19

Vítima: YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA

CPF: 716.004.974-89

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/08/2018

Titular do CPF: YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação

YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA : 716.004.974-89

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/01/2019
Nome: YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA
CPF: 716.004.974-89

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/01/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

YAN BRUNO PEREIRA DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA