



Número: **0809791-73.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **30/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LUCAS ARAUJO DE SOUZA (AUTOR)	MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38481 909	18/01/2021 15:05	<a href="#">2775220_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 25 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200393055 Vítima: LUCAS ARAUJO DE SOUZA

**Data do Acidente:** 01/03/2020      **Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LUCAS ARAUJO DE SOUZA**

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **LUCAS ARAUJO DE SOUZA**

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003487

Conta: 0000046822-2

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale a 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, retorno 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](http://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:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:  6 - CPF:  7 - Profissão:  8 - Endereço:  9 - Número:  10 - Complemento:  11 - Bairro:  12 - Cidade:  13 - Estado:  14 - CEP:  15 - E-mail:  16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIARIO 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir 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 atende 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 de 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 de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão 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)  Divorciado  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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?  Sim  Não 30 - Vítima deixou 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar teve irmãos?  Sim  Não 33 - Vítima deixou  Sim  Não 34 - Vivos: Falecidos:  Sim  Não  Vivos: Falecidos:  Sim  Não  Vivos: Falecidos:  Sim  Não pais/avós vivos?  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



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



Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

### **CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 04688.01.2020.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04688.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 09:34 horas do dia 01 de outubro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu Lucas Araujo de Souza, CPF nº 705.169.674-28, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, filho(a) de Rosilene Maria de Araujo e Ailton Cláudiano de Souza, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 28/04/2000 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Valentina, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB.

#### **Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Jose Felix da Silva, Xxx, João Pessoa/PB, bairro Muçumagro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/03/20 00:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

#### **E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 01/03/2020, POR VOLTA DAS 00:30, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR PRETA, ANO 2018, PLACA QSD-2815/PB, CHASSI 9C2KC2200JR156331, REGISTRADA EM NOME DE TANIA MARIA PEREIRA DE LIMA, NA RUA JOSE FELIX DA SILVA, MUÇUMAGRO, NESTA CAPITAL, QUANDO SOFREU UM ACIDENTE; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO CORPO DE BOMBEIROS AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBETO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDA E DIAGNOSTICADA COM FRATURA DIAFISÁRIA DE FÉMUR ESQUERDO, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSE DE ALMEIDA BRAGA.

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

João Pessoa/PB, 01 de outubro de 2020.

JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

LUCAS ARAUJO DE SOUZA  
Noticiante

Procedimento Policial: 04688.01.2020.1.00.401

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 15:05:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101181505270700000036695206>  
Número do documento: 2101181505270700000036695206

Num. 38481909 - Pág. 3



## 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:  705169674-08 4 - Nome completo da vítima:  Jucos Araújo de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:  Jucos Araújo de Souza 6 - CPF:   
 7 - Profissão:  Estudante 8 - Endereço:  Rua das Três Manas  
 11 - Bairro:  Mangabeira 12 - Cidade:  João Pessoa  
 15 - E-mail:  cintia\_gubo@hotmail.com 9 - Número:  51 9 0246-1250  
 10 - Complemento:  13 - Estado:  PB 14 - CEP:  58059-719  
 16 - Tel. (DDD):  83 9 3381 2056

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIARIO 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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:  3487

CONTA:  46822-2

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atende 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 de 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. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão 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)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?  Sim  Não 30 - Vítima deixou Vivos:  Falecidos:  Nascitur (não recorrer)  Sim  Não 31 - Vítima teve imãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos:  33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:  João Pessoa, 20 de outubro de 2020

Lúcia Araújo de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



# 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: 18/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCAS ARAUJO DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000046822-2

---

Nr. da Autenticação 76965F85C1526C57



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 15:05:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011815052707000000036695206>  
Número do documento: 21011815052707000000036695206

Num. 38481909 - Pág. 5



## 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:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:  6 - CPF:  7 - Profissão:  8 - Endereço:  9 - Número:  10 - Complemento:  11 - Bairro:  12 - Cidade:  13 - Estado:  14 - CEP:  15 - E-mail:  16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIARIO 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir 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 atende 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 de 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 de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa 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)  Divorciado  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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?  Sim  Não 30 - Vítima deixou 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar teve irmãos?  Sim  Não 33 - Vítima deixou  Sim  Não 34 - Vivos: Falecidos:  Sim  Não  Vivos: Falecidos:  Sim  Não  Vivos: Falecidos:  Sim  Não pais/avós vivos?  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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

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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

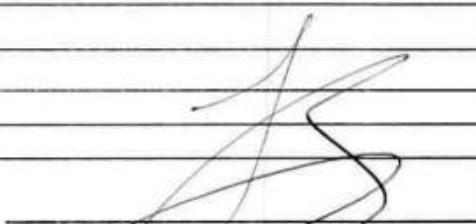
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

João Pessoa, 20 de outubro de 2020  
Lucas Araújo de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



	GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DIVISÃO MÉDICA	
<b>LAUDO MÉDICO</b>		
<b>INFORMAÇÕES PESSOAIS</b>		
<b>NOME DO PACIENTE</b>	LUCAS ARAUJO DE SOUZA	
<b>DATA DE NASCIMENTO</b>	28/04/00	
<b>NOME DA MÃE</b>	ROSIENE MARIA DE ARAUJO	
<b>DADOS EXTRAÍDOS</b>		
<b>PRONTUÁRIO N.º</b>	121.441	
<b>BOLETIM DE ENTRADA N.º</b>	1.226.226	
<b>DATA DO ATENDIMENTO</b>	01/03/20	
<b>HORA DO ATENDIMENTO</b>	01:58	
<b>MOTIVO DO ATENDIMENTO</b>	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	
<b>DIAGNÓSTICO (S)</b>	FRATURA DIAFISÁRIA DE FÉMUR ESQUERDO	
<b>CID 10</b>	S72.3	
<b>AVALIAÇÃO INICIAL:</b>		
Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com dor em coxa esquerda. Presença de fratura diafisária de fêmur esquerdo, com indicação de cirurgia. Internação. Colocado em tração tibial esquerda. Tratamento cirúrgico da fratura.		
<b>EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:</b>		
RX de bacia		
RX de coxa esquerda		
TC de face		
<b>RESULTADOS DOS EXAMES:</b>		
Fratura diafisária de fêmur esquerdo.		
<b>TRATAMENTO:</b>		
Tratamento cirúrgico de fratura diafisária de fêmur esquerdo.		
<b>ALTA HOSPITALAR:</b>	11/03/20	
<b>DATA DA EMISSÃO:</b>	03/06/20	
 <b>Dr. José de Almeida Braga</b> CRM: 2329/PB		

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





<b>Identificação do paciente</b>				
ID 1490611	Nome LUCAS ARAUJO DE SOUZA			Sexo: Masculino
Data de nascimento 28/04/2000	Idade 19 anos 10 meses 2 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mae ROSILENE MARIA DE ARAUJO				Pai AILTON CLAUDIO DESOUZA
Escolaridade				Responsável (Parentesco) ROSILENE - MAE
DDD Celular: 83	Celular 999654098	DDD	Telefone	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4121576	Nº Cns		
Local de procedência VALENTINA FIGUEIREDO				Tipo BAIRRO
	Naturalidade	UF PB		
CBO/R				
<b>Dados</b>				
CEP 58059719	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DAS TRÊS MARIAS	
Número 694	Complemento	Bairro MANGABEIRA		
<b>Admissão</b>				
Data e Hora 01/03/2020 01:58:37	Número da pulseira 1000008838826	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco				Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
<b>Indicadores e Transporte</b>				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte RESCATE - BOMBEIROS	Quem transportou			
<b>Dados Vitais</b>				
X	mmHg	P脉	Temperatura	
<b>Exames complementares</b>				
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Líquor [ ] ECG [ ] Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos				
<p>Paciente vítima acid. moto, deslocado e encontra-se melhorado. Os exames. Nega alergia.</p> <p><i>ST. E. 2021.03.01 COBENZOL</i></p>				
Diagnóstico				
Atendido por JOSE LINS DE ALBUQUERQUE NETO	Tempo			

Imprimir



Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

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



Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
LUCAS ARAUJO DE SOUZA	1226226	01/03/2020 01:58:37	
Data de nascimento	Idade	CNS	Telefone de Contato
28/04/2000	19a 10m 2d	Masculino	(83) 999654098
Mãe			Prontuário
ROSILENE MARIA DE ARAUJO			
Endereço	Bairro	Município	UF
DAS TRÊS MARIAS, 694	MANGABEIRA	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	THAYLANDIE BASILIO CAVALCANTE CRUZ	10050/
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
01/03/2020 01:58:37		01/03/2020 02:11:51	

## ANAMNESE

#cir.geral PACIENTE TRAZIDO PELOS BOMBEIROS, COM RELATO DE QUEDA DE MOTO HÁ CERCA DE 02 HORAS, TRAUMA EM FACE E  
EM COXA ESQUERDA VIAS AEREAIS PERTURBADAS, SEM CERVICALGIA AR-MV+AHT S/IR ABDOME FLACIDO A PALPAÇÃO, PAS>90MMHG POR  
PALPAÇÃO DE PULSO RADIAL, SEM SINAL DE SANGRAMENTO ATIVO, BACIA ESTÁVEL ECG 15 PUPILAS ISOCORICAS E  
FOTORREAGENTES LESÃO CORTANTE EM FACE MMII E IMOBILIZADO 1/TC DE FACE E RAIOS DE COXA ESQUERDA E BACIA  
)PARECER DA BMF, ORTOPEDIA ORIENTAÇÃO DR FABIO KENEDY

## MEDICAÇÃO

SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSM)

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

## CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação

Enfermeiro

THAYLANDIE BASILIO CAVALCANTE CRUZ  
(CRM: 10850/)

Boletim registrado por: JOSE LINS DE ALBUQUERQUE NETO em 01/03/2020 01:58:37





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



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

Paciente		BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
LUCAS ARAUJO DE SOUZA		1226226	01/03/2020 01:58:37	
Data de nascimento:	Idade:	Sexo:	CNS:	Telefone de Contato
28/04/2000	19a 10m 2d	Masculino		(83) 999654098
Mãe				Prontuário
ROSILENE MARIA DE ARAUJO				121441
Endereço		Bairro:	Município:	UF:
DAS TRÊS MARIAS, 694		MANGABEIRA	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo:		Profissional:	Nº Cons. Regional:
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA		JOAO PAULO SOUTO CASADO	11598/PB
Data/Hora Classificação			Data/Hora Prescrição	
01/03/2020 01:58:37			01/03/2020 09:43:50	

## ANAMNESE

vítima de acidente trauma de face e coxa d dor local rx fratura diafisaria fechada de femur cd programar traçao as 9h ( jejum a partir de 1h da manha) REALIZADO TRAÇÃO TRANSTIBIAL EM PERNAS ESQ POR DR JOAO PAULO PRIMO CD: INTERNAMENTO

## DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

## MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V, 24H

OMEPRAZOL 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

CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA

ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 0,4 ML VIA S.C., 1X AO DIA

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 6/6H, POR 3 DIA(S)

CAPTOPRIL 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

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES:: DIARIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

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

SSVV + CCGG

RADIOGRAFIA DE Perna ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E P)

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E P)

## EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 15:05:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101181505270700000036695206>  
 Número do documento: 2101181505270700000036695206

Num. 38481909 - Pág. 10

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)  
TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)  
IONÓGRAMA  
UREIA

**Conduta**

Internar Paciente

Enfermeiro

JOAO PAULO SOUTO CASADO  
(CRM: 11598/PB)

Boletim registrado por: JOSE LINS DE ALBUQUERQUE NETO em 01/03/2020 01:58:37



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 15:05:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011815052707000000036695206>  
Número do documento: 21011815052707000000036695206

Num. 38481909 - Pág. 11



Hospital Regional de  
Emergência e Trauma  
Lucena - Litorânea

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



Governo do Estado  
**PARAÍBA**

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
<b>LUCA'S ARAUJO DE SOUZA</b>	<b>1226226</b>	<b>01/03/2020 01:58:37</b>	
Data de nascimento	Sexo	CNS	Telefone de Contato
28/04/2000	Masculino		(83) 999654098
Mae	Bairro	Município	Prontuário
<b>ROSILENE MARIA DE ARAUJO</b>	<b>MANGABEIRA</b>	<b>JOAO PESSOA</b>	
Endereço	Motivo	Profissional	UF
<b>DAS TRÊS MARIAS, 694</b>	<b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	<b>ANDRE CRISTIANO DA COSTA LIMA</b>	<b>PB</b>
Acidente			Nº Cons. Regional
<b>VEICULO X MOTO</b>			<b>9714/PB</b>
Data/Hora Classificação			
01/03/2020 01:58:37			

## ANAMNESE

Vítima de acidente trauma de face e coxa d dor local rx fratura diafisaria fechada de femur cd programar traçao as 9h ( jejum a partir de 1h da manhã)

## Conduta

Em observação

Enfermeiro

ANDRE CRISTIANO DA COSTA LIMA  
(CRM: 9714/PB)

Dr. André Cristiano C. Lima  
CRM-PB 9714 / TEOT  
Ortopedia Pediátrica

Boletim registrado por: JOSE LINS DE ALBUQUERQUE NETO em 01/03/2020 01:58:37



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 15:05:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101181505270700000036695206>  
 Número do documento: 2101181505270700000036695206

Num. 38481909 - Pág. 12



Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Servir todos  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

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

Impresso por: THAYSA DE SOUSA COSTA  
Em: 08/03/2020 08:36:39

Nome <b>LUCAS ARAUJO DE SOUZA</b>		Boletim de Atendimento <b>1226226</b>	Data/Hora Entrada <b>01/03/2020 01:58:37</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>28/04/2000</b>	Idade <b>19</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Prontuário <b>121441</b>
Tempo de Internação <b>6d 22h 53min</b>		Convênio <b>SUS</b>		Plantão <b>DIURNO</b>
Data de Entrada <b>01/03/2020 01:58:37</b>	Data Internação <b>01/03/2020 09:43:42</b>	Permanência na Unidade: <b>7d 6h 38min</b>		Permanência no Leito <b>4d 15h 21min</b>

**EVOLUÇÃO MEDICA (THAYSA DE SOUSA COSTA - 08/03/2020 08:36:35)**

**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRÍCÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA

# FRATURA DIÁFISE FÉMUR ESQUERDO

PACIENTE SEGUE ESTÁVEL E SEM QUEIXAS.

EXAMES OK

CIRURGIA AGENDADA PARA DIA 09/03

CD:VPM

Seção: POSTO IB - ENF 15 Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: THAYSA DE SOUSA COSTA

*Thaysa Costa*  
Dr. Augusto G. Sarmento Jr.  
MÉDICO  
CRM-PB 12411  
Número Conselho: 12799



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 15:05:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101181505270700000036695206>  
Número do documento: 2101181505270700000036695206

Num. 38481909 - Pág. 13



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



Governo do Estado  
**PARAÍBA**

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

Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: CLEMENTINO ALEXANDRE DE CALDAS NETO

Em: 04/03/2020 07:22:25

Nome <b>LUCAS ARAUJO DE SOUZA</b>		Boletim de Atendimento <b>1226226</b>	Data/Hora Entrada <b>01/03/2020 01:58:37</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>28/04/2000</b>	Idade <b>19</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Prontuário <b>121441</b>
Tempo de Internação: <b>2d 21h 39min</b>		Convênio <b>SUS</b>		Plantão: <b>DIURNO</b>
Data de Entrada <b>01/03/2020 01:58:37</b>	Data Internação <b>01/03/2020 09:43:42</b>	Permanência na Unidade: <b>3d 5h 24min</b>		Permanência no Leito: <b>14h 7min</b>

### Evolução Médica (CLEMENTINO ALEXANDRE DE CALDAS NETO - 04/03/2020 07:22:17)

#### **EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA

# FRATURA DIÁFISE FÉMUR ESQ

PACIENTE EVOLUI BEM SEM INTERCORRENCIAS, SEM QUIEXAS CLINICAS.

AGUARDANDO AGENDAMENTO P/ CIRURGIA.

CD:VPM

Seção: POSTO IB - ENF 15 Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: CLEMENTINO ALEXANDRE DE CALDAS NETO

Número Conselho: 7596

*Dr. Clementino Alexandre de C. Neto  
Médico  
CRM/PB 7596*



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 15:05:29

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101181505270700000036695206>

Número do documento: 2101181505270700000036695206

Num. 38481909 - Pág. 14



<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>	Folha 1/2
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>		2 - DIAS	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <i>Heetsal</i>		3 - DIAS	
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <i>Heetsal</i>			
<b>Identificação do Paciente</b>		026226	
1 - NOME DO PACIENTE <i>Lucas Arsup da Souza</i>		2 - DATA DE NASCIMENTO / /	
3 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		3 - SEXO MASC <input checked="" type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/>	
4 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		5 - TELEFONE DE CONTATO RDS TELEFONE:	
6 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)		7 - COD. IBGE MUNICÍPIO - 8 - UF	
9 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		10 - CEP	
<b>17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)</b>			
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		23 - CID-10 PRINCIPAL	24 - CID-10 SECUNDÁRIO
		25 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS	
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III		30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		32 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
<b>38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b>			
<p>01 CX 4,5      05 Ceftriaxone 38      01 Ceftriaxone 40 }      01 Ceftriaxone 36 }</p>			
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>			
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO 01/03/20	
41 - DOCUMENTO (CNS / CPF)		42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		Dr. JOSÉ PAULO S. CAVALCANTE	
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - COD. ORGÃO EMISOR	
46 - DOCUMENTO (CNS / CPF)		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	
48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME: LUCAS ARAUJO DE SOUZA BE/PRONTUÁRIO 1226226  
 IDADE: 19 SEXO: M COR: \_\_\_\_\_ DATA: 9/3/2020  
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA LEITO 2  
 CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DO FEMUR ESQUERDO  
 CIRURGIÃO: DR MARCOS VINICIUS 1º ASS: DR GUSTAVO  
 2º ASS: MR1 THAYSA 3º ASS: \_\_\_\_\_  
 INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_ ANESTÉSISTA: \_\_\_\_\_  
 TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
<u>FRATURA DIAFISÁRIA DO FEMUR ESQUERDO</u>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<u>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DO FEMUR ESQUERDO</u>	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO NÃO

Descrição: \_\_\_\_\_

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA      \_\_\_\_\_ TERAPIA INTENSIVA  
 \_\_\_\_\_ RESIDÊNCIA      \_\_\_\_\_ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: \_\_\_\_\_ DATA: 9/3/2020

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Descrição da Cirurgia	
Posição e Preparo:	
<b>PACIENTE EM DDH SOB RAQUEANESTESIA</b>	
<b>ASSEPSIA E ANTISSEPSIA</b>	
<b>APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS</b>	
Incisão:	
<b>VIAS DE ACESSO LATERAL DE COXA DIREITA (TRANSVASTOLATERAL)</b>	
<b>DISSECÇÃO POR PLANOS</b>	
<b>CUIDADO DE HEMOSTASIA</b>	

Achados:	
<b>FRATURA DIAFISÁRIA DO FEMUR ESQUERDO</b>	

Conduta:	
<b>REDUÇÃO ABERTA</b>	
<b>FIXAÇÃO COM PLACA DCP LARGA 16 FUROS DA CAIXA 4,5 + 7 PARAFUSOS CORTICais COM</b>	
<b>AUXILIO DE ESCOPIA</b>	
<b>LMC EXAUSTIVA COM SF 0,9%</b>	
<b>REVISÃO DE HEMOSTASIA</b>	
<b>SUTURA POR PLANOS</b>	

Fechamento:	
<b>CURATIVOS ESTÉREIS</b>	

Observação:	
<b>RX DE CONTROLE</b>	
<b>HMG</b>	

Médico/CRM:

João Pessoa,

9/3/2020

113 113 113 113  
113 113 113 113  
113 113 113 113  
113 113 113 113







**REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATE, <sup>AS</sup>  
ORTESSES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME**

Prontuário \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
Data: 01/03/2020 Caixa Pronta: \_\_\_\_\_  
Reposição: \_\_\_\_\_

Caixa Pronta: \_\_\_\_\_

ESSIMATURA DOCUMENTO - CRM

PERMAGEM COREN  
COTON 11786

*Lev. 10:1*  
TURACIRCULANTE RESPE

ENCAVPC 013-2



SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HECTSHL			2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES		
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE Lucas Anay de Souza			6 - N° DO PONTOUÁRIO 1226226		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO Masculino
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			11 - TELEFONE DE CONTATO Nº. DE TELEFONE		
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF
			16 - CEP		
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)					
<b>DETALHAMENTO DO PROCEDIMENTO</b>					
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR		
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA		
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL			23 - CID 10 PRINCIPAL      24 - CID 10 SECUNDÁRIO      25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>					
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL Tacav trans tibial ergunda			27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III					
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			34 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO 01 agulha pleno n. 50 01 Fio Steinman n. 4.0					
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>					
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			40 - DATA DA SOLICITAÇÃO		
41 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF			42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
			43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		
<b>AUTORIZAÇÃO</b>					
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR		
46 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF			47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
			48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHI

NOME: LUCAS ARAUJO DE SOUZA BE/PRONTUÁRIO 1226226  
 IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: MAS COR: \_\_\_\_\_ DATA: 1/3/2020  
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 CIRURGIA: TTO CIR. DE FRATURA DIAFISÁRIA DO FÉMUR ESQUERDO

CIRURGIÃO: DR JOAO PAULO PRIMO 1º ASS: DR ANDRE CRISTIANO  
 2º ASS: \_\_\_\_\_ 3º ASS: \_\_\_\_\_  
 INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_ ANESTESISTA: \_\_\_\_\_  
 TIPO DE ANESTESIA: SEDAÇÃO HORÁRIO INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
<u>FRATURA DIAFISÁRIA DO FÉMUR ESQUERDO</u>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<u>TRAÇÃO TRANSTIBIAL</u>	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

Descrição:

BIOPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA  
 RESIDÊNCIA

TERAPIA INTENSIVA  
 ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA: 1/3/2020

## Nota de Saia Cirúrgica



DE 0000

NOSSO DO PACIENTE	<i>Isacos Araújo de Souza</i>				
GEN. 19	DT. 122.622.6	INFUSÓRIA	LEVO		
DR. PAUL	<i>Turco Luiz Fernando Segunda</i>				
DR. PAUL	<i>Dr. Joao Paulo</i>				
INVESTIGADOR	<i>Dr. Mauro</i>				
ANESTESISTA	<i>Pérola + Adacar</i>				
ESTERILIZADOR					
DATA	01-03-2020	TIPO DE ANESTESIA	IND. FIM	CIRURGIA	IND. FIM
INDICE DE CLASSE DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)					
CLASS. ASA 2 (ASAL 1.544.144.545.1)					
GRADO DE CONTAMINAÇÃO: LIMPIDA / ESTERILIZADA / INFECTADA / POTENCIALMENTE CONTAMINADA					
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.					
ALFENTANILA		MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
BUTALBITA ALFA ISOBÁRICA		JELCO N°20		FIO CAT GLT CROMADON	
BUTALBITA ALFA PESADA		JELCO N°22		FIO CAT GLT CROMADON	
ETANALINA		JELCO N°24		FIO DE ACO N	
DROPERIDOL		KIT RIST DREN TORÁNICA N°		FIO DE NYLON N	
ETODIATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°11	FIO DE NYLON N	
ENOBARBITAL	ÁLCOOL ETÍLICO 70%	<i>OK</i>	LÂMINA BISTURI N°12	FIO DE NYLON N	
FENTANILA	POPI DEGERANTE	<i>OK</i>	LÂMINA BISTURI N°23	FIO POLIGLACTINA N	
FUMAZENIL	POPI TINTURA		LÂMINA BISTURI N°24	FIO POLIGLACTINA N	
LEVORANO	POPI TOPICO		LÂMINA DE DERMATÔMICO	FIO POLIGLACTINA N	
LEVOPIVACAINA E VASO	SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERG	FIO POLIPROPILENO N	
LEVOPIVACAINA E VASO	MATERIAIS	QTD.	LLVA DE PROCEDIMENTO PAR	<i>RR</i>	
DORACINA E VASO	AGL LHA 15X4,5		LLVA ESTERIL N°6	FIO POLIPROPILENO N	
EDOCAINA E VASO	AGL LHA 25X6,7		LLVA ESTERIL N°7	FIO POLIGLECAPRONE N	
EDUAZOLAN	AGL LHA 25X6,6		LLVA ESTERIL N°8	FIO SEDA N	
MORFINA	AGL LHA 40X12		LLVA ESTERIL N°9	FITA CARDIACA	
NIMIBIL	AGL LHA PERIDURAL N°16		MASCARA CIRURGICA	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCRÔNIO	AGL LHA PERIDURAL N°17		MULTITATAS	CATETER DE PIC	
PETHIDINA	AGL LHA PERIDURAL N°18		PERFILADORE DE SURG	CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPÓUFOL	AGL LHA RAQUÍNICO		SCALP N°10	CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAXIFENTANILA	AGL LHA RAQUÍNICO		SCALP N°21	FIO DE KIRSCHNER N	
ROCLÔRÔNIO	AGL LHA RAQUÍNICO		SERINGA 3ML	FIO DE KIRSCHNER N	
SE OFURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML	FIO STEINMAN N° 90	1
SLVANMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML	FIO STEINMAN N	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	GRAMPEADOR CIRURGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA	SONDA ASPI TRAQUEAL N°8	HEMOST ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNLAPA TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASPI TRAQUEAL N°10	KIT DERIVA VENTRICULAR	
AGE A DESTILADA	<input checked="" type="checkbox"/>	CATETER DE OXIGÉNIO	SONDA ASPI TRAQUEAL N°12	PROTESE VASCULAR	
ATROPINA	<input checked="" type="checkbox"/>	CATETER ENBOLE ARTERIAL N	SONDA ASPI TRAQUEAL N°14	KIT PAM	
BENTRA	<input checked="" type="checkbox"/>	CATETER ERIDURAL N°16	SONDA ASPI TRAQUEAL N°16	FIXADOR EXTERNO	
CEP. OLIVA	<input checked="" type="checkbox"/>	CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 21X5 N°10	EMPRESA	
DL METASONA	<input checked="" type="checkbox"/>	CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 21X5 N°14		
TRONA SÓDICA	<input checked="" type="checkbox"/>	CERA PARA OSSO	SONDA NASOG FLRTA	PARAFUSOS CORTICais	
EDRINA	<input checked="" type="checkbox"/>	FOLET URINA FECHADO	SONDA NASOG LONGA	PARAFUSOS CORTICais	
UROSEMIDA	<input checked="" type="checkbox"/>	COMPRESSAS CIRURGICAS	SONDA URETRAL N	PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%	<input checked="" type="checkbox"/>	COMPRESSAS CIRURGICAS	TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CALCIO	<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE PENROSE	TLBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA	<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE SUCÇÃO	TLBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAINA GELEIA	<input checked="" type="checkbox"/>	ELETRODOS	TLBO ENDOTRAQUEAL N°	PLACA	
ONDASENTRONA	<input checked="" type="checkbox"/>	EQUIPO MACROGOTAS	TLBO SILICONE (LATEX)	PLACA	
PLASIL	<input checked="" type="checkbox"/>	EQUIPO TRANSF SANGUE		EQUIPAMENTOS	
PROSTIGMINE	<input checked="" type="checkbox"/>	EQUIPO MICROGOTAS			
PROTANINA	<input checked="" type="checkbox"/>	ESPONJA DE PVC	FIOS	ASPIRADOR	
TEGONICAN	<input checked="" type="checkbox"/>	ESPARADRAPO	QTD.	( ) BISTURI ELÉTRICO	
	<i>OK</i>	GAZES	FIO ALGODÃO 5 X 4 N°	( ) CAPNÓGRAFO	
	<i>OK</i>	GAZES ALGODDADAS	FIO ALGODÃO 5 X 4 N°	( ) CARDIOMONITOR	
	<input checked="" type="checkbox"/>	GEL ELETROLÍTICO	FIO ALGODÃO 5 X 4 N°	( ) DESFIBRILADOR	
	<input checked="" type="checkbox"/>	JELCO N°14		( ) FOCO AUXILIAR	
	<input checked="" type="checkbox"/>	JELCO N°16		( ) FOCO CENTRAL	
	<i>01 aquela placa n 50</i>			( ) MICROSCOPIO	
				( ) OXÍMETRO DE PULSO	
				( ) TPA INVASIVAO/NA ACTIVA	
				( ) ULTRAFRATOR ELETTRICO	
				( ) SERRA	
				CIRCULANTE	

## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 01/03/20

PRONTUÁRIO:

IDADE: 19



PACIENTE:	Nicolas Arango da Souza	SEXO: M	COR:		
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA PESO	GRUPO SANGUÍNEO	
ESTADO GERAL	BOM / IRREGULAR / MAU / PESSIMO	RISCO CIRÚRGICO	BOM / IRREGULAR / MAU / PESSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES					
AP. RESPIRATORIO	AP. CIRCULATORIO				
AP. DIGESTIVO	ESTADO MENTAL		DROGAS EM USO		
PRE-ANESTÉSICO					ESTADO FÍSICO
DOSE/HORA					
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO					
CIRURGIA REALIZADA	Tumor na tibia e auxiliares				
CIRURGIA	Dr. Marcelo				
INÍCIO DA ANESTESIA	08:45	TÉRMINO DA ANESTESIA	09:10	DURAÇÃO DA ANESTESIA	00:25
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QANT. DE CH.		VALORES RS		
ANESTÉSISTA	Dr. Marcelo		CRM-PB		
AGENTES HORA					
O <sub>2</sub> N <sub>2</sub> O					
DOSES ENVIOS					
EXAMES ● PESO O ● ENTRADA	220	235	180	165	175
X PERTURBAÇÕES FÍSICAS	120	100	80	60	40
ANESTÉSICO X	20				
ANESTESIA					
ANOTACOES					
<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/> FAKIUDIANA <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input type="checkbox"/> BLOCO PLEXO <input type="checkbox"/> BLOCO NERVOS <input type="checkbox"/> OUTROS					
VOLUME	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATD ANESTÉSICO				
1	Fentanil 100 mcg				
2	Prop. 100 mg				
3	Cetazolina 2 mg				
4	Decadron 10 mg				
5	Midazolam 8 mg				
6	Norodrop com rota 20 ml				
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES					
Sedação + bloqueio de nervo femoral E, com neuroestimulador e agulha arco A50; infusão de 6% para analgesia pós operatória					

ASSINATURA DO ANESTÉSISTA

Dr. Marcelo K. Machado CRM-PB 026-1  
 Médico Anestesiologista CRM-PB 9784



RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	REUTSMA
<b>PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA</b>	
<b>ASSEPSIA E ANTISSEPSIA</b>	
<b>APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS</b>	
Incisão:	
<b>PERCUTANEA PARA PASSAGEM DE FIO DE KC</b>	
Achados:	
<b>FRATURA DIAFISÁRIA DO FEMUR ESQUERDO</b>	

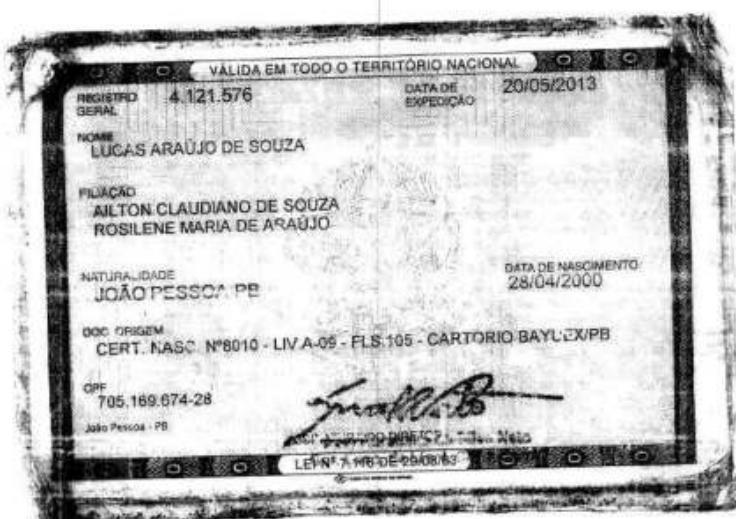
Conduta:	
<b>PASSAGEM DE FIO DE KC N4 TRANSTIBIAL, EM REGIAO PROXIMAL</b>	
<b>CURATIVOS ESTÉREIS</b>	
Fechamento:	
RX CONTROLE	
Observação:	
<b>TRAÇÃO COM 10KG</b>	

Médico/CRM:

João Pessoa,

1/3/2020





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 15:05:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101181505270700000036695206>  
Número do documento: 2101181505270700000036695206

Num. 38481909 - Pág. 27

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3200393055 Cidade: João Pessoa Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: LUCAS ARAUJO DE SOUZA Data do acidente: 01/03/2020 Seguradora: AMERICAN LIFE  
COMPANHIA DE SEGUROS

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER/PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 11/12/17/20 \_CIRURGIA

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 15:05:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011815052707000000036695206>  
Número do documento: 21011815052707000000036695206

Num. 38481909 - Pág. 28

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0312176/20

**Vítima:** LUCAS ARAUJO DE SOUZA

**CPF:** 705.169.674-28

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 01/03/2020

**Titular do CPF:** LUCAS ARAUJO DE SOUZA

**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**LUCAS ARAUJO DE SOUZA : 705.169.674-28**

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](http://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: 03/11/2020  
Nome: LUCAS ARAUJO DE SOUZA  
CPF: 705.169.674-28

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/11/2020  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

LUCAS ARAUJO DE SOUZA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

