

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, 06 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200373366

Vítima: RENAN PIERRE DE LIMA SANTOS

Data do Acidente: 28/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RENAN PIERRE DE LIMA SANTOS

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 superiores 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: RENAN PIERRE DE LIMA SANTOS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003487

Conta: 000003780-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

Nº 00256.01.2020.1.02.008

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00256.01.2020.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:30 horas do dia 12 de outubro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8<sup>a</sup> Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Geraldo Batinga da Silva, matrícula 1332775, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia Civil, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu **Renan Pierre de Lima Santos**, conhecido(a) por Renan, CNH nº 06576951212, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Porteiro, filho(a) de Rosineide Clementino de Lima e Severino do Ramo da Silva Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 15/04/1995 (25 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua São Pedro, Nº 210, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Igreja Universal do Reino de Deus., na cidade de João Pessoa/PB.

**Dados do(s) Fato(s):**

Local: Avenida Epitácio Pessoa, Igreja Universal do Reino de Deus., João Pessoa/PB, bairro Tambauzinho; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/05/20 13:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 129, § 6º do CPB (Lesão corporal culposa).

**Objeto(s) Envolvido(s):**

(1) Moto, modelo POP 110I, marca Honda , tipo de veículo motocicleta, cor Branca, ano 2019, UF: PB, placa QSD-2964, chassi 9C2JB100KR005627, renavam 011899396103, características gerais: Cadastrada Em Nome de José Batista da Silva.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que, no inicio da tarde do dia 28 de maio do ano de 2020, se conduzia na motocicleta Honda POP de placa QSD 2964/PB, já discriminada pela avenida Epitácio Pessoa nesta capital, sentido praia centro e, no cruzamento com a avenida Prefeito José Leite, foi surpreendido com uma freada brusca por parte de um veículo que se conduzia na frente, logo após o fechar de um semáforo, consequentemente, colidiu na traseira deste, consequentemente, feriu-se gravemente e assim, o socorrido às pressas para o Complexo Hospitalar Tarcísio de Miranda Burity em Mangabeira, conforme Laudo Médico apresentado.

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

João Pessoa/PB, 12 de outubro de 2020.

EVERALDO MARTINS DA COSTA  
Escrivão de Polícia Civil

RENAN PIERRE DE LIMA SANTOS  
Noticiante

# 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:  100.233.894-86 4 - Nome completo da vítima:  Renan Pierre de Lima Santos

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

5 - Nome completo: <input type="text"/> Renan Pierre de Lima Santos	6 - CPF: <input type="text"/> 100.233.894-86		
7 - Profissão: <input type="text"/> Repórter	8 - Endereço: <input type="text"/> Rua São Pedro	9 - Número: <input type="text"/> 210	10 - Complemento: <input type="text"/> casa
11 - Bairro: <input type="text"/> Mangabeira	12 - Cidade: <input type="text"/> João Pessoa	13 - Estado: <input type="text"/> PB	14 - CEP: <input type="text"/> 58097-376
15 - E-mail: <input type="text"/>		16 - Tel. (DDD): <input type="text"/> (31) 88551046	

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:  3787

CONTA:  3780

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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 prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:  Filho(a)  Irmão(a)  Neta(neto)  Primo(a) 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 Vivos:  Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não teve filhos? teve irmãos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data:  João Pessoa - PB, 15/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# 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: 29/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: RENAN PIERRE DE LIMA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 00000003780-9

---

Nr. da Autenticação 510D946A5476FCF0

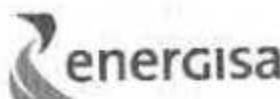
# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Boleto para simples pagamento da nota  
fiscal/carta de energia elétrica

Nº 049.488.678



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.495.183 / 0001-40 - Insc Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE:

ROSINEIDE C\*\*\*\*\*

RUA 5° PE\*\* 210

JOÃO PESSOA

Identificador para Débito Automático: 0000671435-6

Nº DA CONTA/UNIDADE CONSUMIDORA  
**5/671435-6**

[www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br) [@energisa](#)

REFERÊNCIA <b>AGO/2020</b>	APRESENTAÇÃO <b>21/08/2020</b>	CONSUMO <b>98</b>	VENCIMENTO <b>31/08/2020</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 51,09</b>
-------------------------------	-----------------------------------	----------------------	---------------------------------	-----------------------------------

[Dirigir aqui!](#)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 31/08/2020

Pagador: ROSINEIDE C\*\*\*\*\* CNPJ/CPF: 035.\*\*\*.\*\*\*-\*\*

RUA 5° PE\*\* 2° - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
32689150000229567	000671435202008	31/08/2020	R\$ 51,09	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, 5 N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



# OKTOBERPICT

Villas de Occidente no 10.

NO F8 TIBIA (D)

CD: Internos

Dr. Yury Cordelio  
CRM 11.507 PB  
Ortopedia e Traumatologia

## **ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

Assinatura e Carimbo da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão:

#### **PROCEDIMENTO REALIZADO:**

**DESTINO DO PACIENTE:**

- ( ) Residência      ( ) Transferido      ( ) Desistência      ( ) U.T.I  
( ) Alta a Pedido      ( ) Enfermaria      Óbito: ( ) Atestado      ( ) S.V.O      ( ) I.M.L

~~Dr. Raul Fernandes Lima~~  
Assinatura do Paciente / Responsável

Assinatura do Paciente / Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 28/05/20

Nome: RENAN PIEME DE LIMA SANTOS  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: / /

QPD: DON G - Perna ②

HDA: VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO, DON  
G - Perna ②.

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### **Interrogatório Sintomatológico:**

Geral: [ ]Febre [ ]Astenia [ ]Anorexia [ ]Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ [ ]Prurido [ ]Sudorese  
[ ]Calafrios [ ]Alopecia [ ]Adenomegalias [ ]Icterícia [ ]Tonturas [ ]Outros: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

Cabeça e PESCOÇO: [ ]Cefaléia [ ]Espirros [ ]Rinorréia [ ]Obstrução Nasal [ ]Epistaxe  
[ ]Dor de Garganta [ ]Bócio [ ]Rouquidão [ ]Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

AR e ACV: [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Tosse [ ]Expectoração [ ]Hemoptise  
[ ]Dispneia [ ]Palpitações [ ]Desmaio [ ]Cianose [ ]Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

ABD: [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Pirose [ ]Soluço [ ]Regurgitação [ ]Hematêmese [ ]Náuseas  
[ ]Vômitos [ ]Dispepsia [ ]Diarréia [ ]Melena [ ]Enterorragia [ ]Constipação [ ]Aumento de volume

AGU: [ ]Disúria [ ]Incontinência [ ]Retenção [ ]Poliúria [ ]Oligúria [ ]Noctúria [ ]Hematúria  
[ ]Mal Cheiro [ ]Corrimento [ ]Outras: \_\_\_\_\_

SME: [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Rigidez pós-reposo [ ]Deformidades  
[ ]Artralgia [ ]Calor [ ]Rubor [ ]Edema [ ]Crepitação [ ]Fraqueza [ ]Atrofia [ ]Espasmos

SN e PSQ: [ ]Insônia [ ]Sonolência [ ]Convulsões [ ]Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
[ ]Amnésia [ ]Libido [ ]Humor

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_ [ ]HTF

Cirurgias: \_\_\_\_\_

[ ]HAS [ ]DM [ ]TB [ ]HEP [ ]Dislipidemia [ ]Banco de Rio [ ]Casa de Taipa \_\_\_\_\_

[ ]Trauma \_\_\_\_\_ [ ]Neo \_\_\_\_\_ [ ]Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ]Alcoolismo \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**Peso: \_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_ PA= \_\_\_\_ mmHg  
FC= \_\_\_\_ FR= \_\_\_\_ TEMP(°C)= \_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_ PELE INTEGRAL

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_ NEUROVASCULAR NORMAL.

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

<b>Nome:</b> <i>Renan Henrique de Lima Manta</i>				<b>Registro:</b>
<b>Idade:</b> <i>25</i>	<b>Sexo:</b> <i>M</i>	<b>Cor:</b>	<b>Clinica:</b> <i>Ortopedia</i>	<b>EMP:</b>
<b>Data:</b> <i>07/06/2020</i>		<b>Cirurgião:</b> <i>Dra. Cláudia Ferreira</i>		<b>LR:</b>
<b>2º Assistente:</b> <i>Dra. Antônia R.F.</i>		<b>3º Assistente:</b>		<b>1º Assistente:</b> <i>Dra. Kuni R.F.</i>
<b>Anestesista:</b>		<b>Tipo Anestesia:</b>		<b>Instrumentador:</b>
				<b>Horário:</b> I: <i></i> T: <i></i>
<b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>				
<i>Fratura de Fíbula Direita</i>				
<b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b>				
<b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b>				
<i>Haste Intramedular</i>				
<b>Acidente durante Ato Cirúrgico</b>		<b>1 ( ) Sim</b> <b>2 (x) Não</b>	<b>Descriva:</b>	
<b>Biópsia de Congelação:</b>		<b>1 ( ) Sim</b> <b>2 (x) Não</b>		
<b>Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:</b> <b>1 (x) Enfermaria</b> <b>2( ) Terapia Intensiva</b> <b>3( ) Residência</b> <b>4( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico</b>				

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Lacente em decúbito dorsal sob anestesia  
Auxílio e Antíxipo  
Capacete de campo estéril

Incisão:

Achados:

- Fratura do tíbia

Conduta:

- Redução e fixação com Haste intramedular e parafuso sob visualização direta
- Sutura R1 de control
- Sutura
- Curativo

Fechamento:

OBS:

RJ + RR Umberto Júnior  
Antônio P. S. Neri  
Médico  
CRM-PB - 13.125

Data: 07/06/2020

MÉDICO/CRM



## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: RENAN PIERRE DE LIMA SANTOS				PRONTUÁRIO N°	
IDADE: 25A	SEXO: MASC	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.: 09	LEITO: 133
DATA DE ADMISSÃO 28/05/2020		DATA DE ALTA: 03/06/2020		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura Diafisária de Tibia DIREITA</i>				CID S82.2	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de Perna demonstrando solução de continuidade óssea da Tibia</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO		COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO		( ) REMOVIDO	( ) A PEDIDO	( ) CURADO	( )
ÓBITO					

### RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura diafisária da Tibia DIREITA foi submetido(a) a tto cirúrgico. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombositica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

**DIETA:** Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

**REPOUSO:** Relativo em casa por 15 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

**CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:** Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

**MEDICAÇÕES PARA CASA:** CEFALEXINA E AIINES.

**RETORNO:** Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 07 dias para revisão DR UMBERTO JANSEN

Antônio P. S. Neto  
Médico  
CRM-PB 12.175

03/06/2020

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

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



Ministério da  
Saúde  
MANGABEIRA

### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) RENAN

**PIERRE DE LIMA SANTOS** portador(a) da identidade RG \_\_\_\_\_  
que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, portador(a) da patologia  
**CID10: S 82.2** devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas  
por um período de 60 dias, a partir desta data.

João Pessoa: 28-05-2020

Antônio R. S. Neto  
Médico  
CRM - PI - 13.125

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o(a)  
Dr.(a) \_\_\_\_\_, a registrar o diagnóstico  
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

PROIBIDO PLASTIFICAR

1489067672

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1489067672



RODRIGO PELLEGRINI

BRASIL

BR

PARAÍBA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN-PB

DETRAN - PB

Nº 014566034923

64134540204

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

P.R.T. 20190000171076-4

1

0118939610-3

00/00000000

JOSE BATISTA DA SILVA  
RUA SAO PEDRO 230  
MANGABEIRA  
58057415 JOAO PESSOA - PB

06005643479

PLACA  
QSD2964/PB

NOVORUMO MOTORES E PEÇAS LTDA

NOVO PB 9C2JB0100KR005627

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL  
GASOLINA

HONDA/ POP 110I

ANO FABR. / ANO MONT.  
2019 2019

LARCTICE  
2 P/109 /CI

CAIXA  
PARTIC

COA PRECOVANTE  
BRANCA

A.F ADM DE CONCEPÇÃO HONDA LTDA

N.Motor : JB01EDK005640

JOAO PESSOA - PB

9999999



DATA

08/02/2019

7003781

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN-PB

DETRAN - PB

Nº 014566034923

64134540204

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

P.R.T. 20190000171076-4

1

0118939610-3

00/00000000

JOSE BATISTA DA SILVA  
RUA SAO PEDRO 230  
MANGABEIRA  
58057415 JOAO PESSOA - PB

06005643479

PLACA  
QSD2964/PB

NOVORUMO MOTORES E PEÇAS LTDA

NOVO PB 9C2JB0100KR005627

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL  
GASOLINA

HONDA/ POP 110I

ANO FABR. / ANO MONT.  
2019 2019

LARCTICE  
2 P/109 /CI

CAIXA  
PARTIC

COA PRECOUANTE  
BRANCA

A.F ADM DE CONCEPÇÃO HONDA LTDA

N.Motor : JB01EDK005640

JOAO PESSOA - PB

9999999



DATA

08/02/2019

7003781

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3200373366 Cidade: João Pessoa Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: RENAN PIERRE DE LIMA SANTOS Data do acidente: 28/05/2020 Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

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

Data da análise: 26/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (HASTE INTRAMEDULAR) E ALTA MÉDICA. PÁG 3/5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3200373366 Cidade: João Pessoa Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: RENAN PIERRE DE LIMA SANTOS Data do acidente: 28/05/2020 Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

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

Data da análise: 23/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (HASTE INTRAMEDULAR) E ALTA MÉDICA. PÁG 3/5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0295152/20

**Vítima:** RENAN PIERRE DE LIMA SANTOS

**CPF:** 100.233.894-86

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 28/05/2020

**Titular do CPF:** RENAN PIERRE DE LIMA SANTOS

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**RENAN PIERRE DE LIMA SANTOS : 100.233.894-86**

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: 19/10/2020  
Nome: RENAN PIERRE DE LIMA SANTOS  
CPF: 100.233.894-86

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/10/2020  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

\_\_\_\_\_  
RENAN PIERRE DE LIMA SANTOS

\_\_\_\_\_  
NATALIA SOARES ALVES DA SILVA