

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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 (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 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: 15 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anotar uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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 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 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 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: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 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 8ª 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) Fatos:

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 início 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, foi 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

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: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 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: 15 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anote uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 3787 CONTA: 3780 9 AGÊNCIA: CONTA:

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 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 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 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: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

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

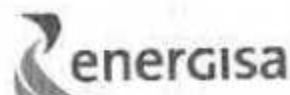
CONTA: 000000003780-9

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/conta de energia elétrica.

Nº 049.488.678



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.095.183/0001-40 Insc. Est. 15.015.023-0

DADOS DO CLIENTE:

ROSINEIDE C*****
RUA S* PE** 210
JOAO PESSOA



Nº DA CONTA/UNIDADE CONSUMIDORA
5/671435-6

www.energisa.com.br @energisa

Identificador para Débito Automático: 0000671435-6



REFERÊNCIA

AGO/2020



APRESENTAÇÃO

21/08/2020



CONSUMO

98



VENCIMENTO

31/08/2020



TOTAL A PAGAR

R\$ 51,09

Detalhes 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 S* PE** 2* - MANGABEIRA - JOAO 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 PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				

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

Ficha Nr: 319992 Atd: Nao Regulado
Data: 28/05/2020
Hora: 14:35:31
Recepcionista: ANA KARLA DE OLIVEIRA LO
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: RENAN PIERRE DE LIMA SANTOS

Num. de vezes atendido: 1

Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 100.233.894-86

Num. Prontuario: 2020.05.001903

CPF: 206111321890002 Sexo: M IDENTIDADE: 374668 Fone: 987800326

End.: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 15/04/1995 Id: 25 ano(s)

End.: RUA SAO PEDRO, 210

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: ROSINEIDE CLEMENTINO DE LIMA

Pai: SEVERINO DO RAMO DA SILVA SANTOS

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PORTEIRO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: SUPERIOR INCOMPLETO

Resp.: RENAN PIERRE DE LIMA SANTOS

Tel/Doc. Responsavel: 987800326 / IDENTIDADE: 374668

Procedência: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violência por: NAO

Caso Policial

CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave

☐ Politraumatizado ☐ Convulsao

☐ Hemorragia ☐ Dispneia

☐ Diarreia ☐ Agitado

☐ Regular ☐ Chocado

☐ Vomito

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

~~Paciente vítima de acidente de moto, usando capacete, com~~
~~queixa dor em perna direita. Nota perda da consciencia, náusea,~~
~~vômito tipo dor abdominal e dor torácica.~~

Exame físico:

Respiração 15

DR e DCV sem alterações

Abdome indolor

Na palpação da perna direita
sem FCC, com exoneurose em MTD

Horario da medicação

① Rx de perna ②

③ Avaliação de ortopedia

④ Alta de C. geral

Dra. Alaine M. de Araújo
Residente em Cirurgia Geral
CRM 100000

ORTOPEDIA

Última de acidente moto

no Fx TÍBIA (D)

CD: INTERNAÇÃO

Dr. Yury Cordero
CRM 11.507 PB
Ortopedia e Traumatologia

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Qtd.	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução

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


Assinatura do Paciente / Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 28/05/20

Nome: RENAN PIERRE 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: 1/1/

QPD: DOA EM PERNA @

HDA:

VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO, DOA
EM PERNA @

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
 [] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] 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-reposou [] 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 [] Banho 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: _____

ACV: PELE ÍNTEGRA

AR: NEUROVASCULAR NORMAL

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: PS OSSOS DO PÉ (TÍBIA)

Conduta: ATO CIRÚRGICO

Dr. Yury Cordeiro
CRM 11.607 PB
Ortopedia e Traumatologia

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Renan Pereira de Lima Santa</u>				Registro:	
Idade: <u>25</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor:	Clínica: <u>Ortopedia</u>	EMP:	LR:
Data: <u>07/06/2020</u>	Cirurgião: <u>Dr. Umberto Jansen</u>			1º Assistente: <u>Dr. Yuri R3</u>	
2º Assistente: <u>Dr. Antonio R4</u>		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<u>Fratura de Tibia Direita</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<u>Haste Intramedular</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico			1 () Sim	Descreva:	
			2 (x) Não		
Biópsia de Congelação:			1 () Sim		
			2 (x) Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (x) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

paciente em decúbito dorsal sob anestesia
Gerais e Antiespasmódicos
Apuração do campo cirúrgico

Incisão:

Achados:

- Fratura do Tibio

Conduta:

- Redução e fixação com haste intramedular
e parafusos sob visualização de escopo
- Solicito Rx de controle
- Sutura
- Curativo

Fechamento:

OBS:

R9 + Dr. Umberto Jensen
Antônio S. Neto
Médico
CRM - PB - 13.125

Data: 07/06/2020

MÉDICO/CRM

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: RENAN PIERRE DE LIMA SANTOS				PRONTUÁRIO Nº	
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>					
TERAPÊUTICA 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, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura diafisária da Tibia DIREITA foi submetido(a) a tto cirurgico. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombotica 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: CEFALOXINA E AINES.

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 20.12.15

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
SECRETARIA DE SAÚDE

Comissão Municipal
MANGABEIRA
COORDENADOR TÁRCISIO BARETTI

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 P.S. Neto
Médico
CRM - PE - 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

PARAIBA

CPF: 0677951212
DATA EMISSÃO: 06/07/2017
RUBRICADO: 06755664908
RUBRICADO: 06755664908
RUBRICADO: 06755664908

Assinatura do Titular



RENATO DIAS DE LIMA SANTOS
CPF: 0677951212
DATA EMISSÃO: 06/07/2017
RUBRICADO: 06755664908
RUBRICADO: 06755664908
RUBRICADO: 06755664908



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 014566034923

64134540204

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

PRT 20190000171076-4

1

0118939610-3

00/00000000

JOSE BATISTA DA SILVA

RUA SAO PEDRO 230

MANGABEIRA

58057415 JOAO PESSOA - PB

06005643479

QSD2964/PB

NOVORUMO MOTORES E PECAS LTDA

NOVO

PB

9C2JB0100KR005627

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

GASOLINA

HONDA/POP 110I

2019 2019

2 P/109 /CI

PARTIC

BRANCA

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

N.Motor : JB01E0K005640

JOAO PESSOA - PB

9999999

02/02/2019

7003781

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 014566034923

64134540204

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

PRT 20190000171076-4

1

0118939610-3

00/00000000

JOSE BATISTA DA SILVA

RUA SAO PEDRO 230

MANGABEIRA

58057415 JOAO PESSOA - PB

06005643479

QSD2964/PB

NOVORUMO MOTORES E PECAS LTDA

NOVO

PB

9C2JB0100KR005627

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

GASOLINA

HONDA/POP 110I

2019

2019

2 P/109 /CI

PARTIC

BRANCA

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

N.Motor : JB01E0K005640

JOAO PESSOA - PB

9999999

02/02/2019

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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0295152/20

Vítima: RENAN PIERRE DE LIMA SANTOS

CPF: 100.233.894-86

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 28/05/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RENAN PIERRE DE LIMA SANTOS

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 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

RENAN PIERRE DE LIMA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA