
Rio de Janeiro, 05 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200165927

Vítima: LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA

Data do Acidente: 12/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200165927

Vítima: LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA

Data do Acidente: 12/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200165927

Vítima: LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA

Data do Acidente: 12/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200165927

Vítima: LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA

Data do Acidente: 12/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LAUDICEA DA SILVA MELO 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\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000036

Conta: 0000089815-3

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: 271-202-208-75 3 - CPF da vítima: 271.202.208-75 4 - Nome completo da vítima: Laudicéia da Silva Melo Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2022

5 - Nome completo: Laudicéia da Silva Melo Souza 6 - CPF: 271.202.208-75
7 - Profissão: Aposentada 8 - Endereço: Rua Luiz Gonzaga Mendes Lima 9 - Número: 330 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Jds América 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58074-625
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (85) 98855-1045

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. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 0036 CONTA: 89839 3
(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) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 (vai nascer)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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: João Pessoa - PB 04/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02468.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02468.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 17:56 horas do dia 05 de março 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 Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Laudicéa da Silva Melo Souza**, CPF nº 271.202.208-45, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Vendedora, filho(a) de Laudénice da Silva Melo e José Teodoro de Melo, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 07/11/1971 (48 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Luiz Gonzaga Mendes Lira, Nº 310, complemento casa térreo, bairro José Américo, tendo como ponto de referência Próximo Ao Cemitério Parque das Acácias, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98890-3085.

Dados do(s) Fatos:

Local: Mangabeira Ii Em Frente Ao Posto Santa Maria, Mangabeira Ii, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira;
Tipo do Local: outros; Data/Hora: 12/09/19 12:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **Art. 303 Caput da Lei 9.503/97 (Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor)**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE o notificante relata que trafegava com o veículo/motocicleta de Placa: QFU7317, -PB Combustível: GASOLINA Marca/Modelo: MOTO TRAXX/JL50Q-8 Espécie/Tipo: PASSA / CICLOMOTOR Ano de Fabricação: 2012 Ano Modelo: 2013 Categoria: PARTICULAR Cor Predominante: VERMELHA Vencimento Licenciamento: 30/09/2020 Observação: chassi 951XKBA8DB000980, registrado em nome de Tiago Moura Furtado Município: JOÃO PESSOA Situação: EM CIRCULAÇÃO; QUE RELATA QUE VINHA DE CARONA e quem pilotava era a pessoa de Anderson Lima, marido da notificante; QUE relata que seguia normalmente, quando estava fazendo o contorno em frente ao restaurante popular em mangabeira, quando um veículo/motocicleta colidiu na moto em que estava a notificante, fazendo com que notificante e carona viessem a cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DE 15/01/2020, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo terceiro Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S82,1 ;

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



João Pessoa/PB, 05 de março de 2020.

JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

LAUDICÉA DA SILVA MELO SAUZA
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:

271.202.208-75

4 - Nome completo da vítima:

Laudicéia da Silva Melo Souza

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

5 - Nome completo:

Laudicéia da Silva Melo Souza

6 - CPF:

271.202.208-75

7 - Profissão:

Desemp.

8 - Endereço:

Rua Luiz Gonzaga Mendes Lima

9 - Número:

330

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

João Américo

12 - Cidade:

João Pessoa

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58074-625

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(85) 98855-1045

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0036

CONTA:

89859

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 (val nascer)?

☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não afibrocado

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:

João Pessoa - PB 04/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGUE
o trabalho**

AV. ORESTES LISBOA,, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1189665



Identificação do paciente					
ID 1438243	Nome LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA				Sexo Feminino
Data de nascimento 07/11/1971	Idade 47 anos 10 meses 24 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 118050	
Mãe LAUDENICE DA SILVA GOMES	Pai NAO INFORMADO				
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ANDERSON LIMA DE OLIVEIRA - ESPOSO(A)				
DDD Celular 83	Celular 87233144	DDD	Telefone		
Tipo documento	Número documento	Nº Cns 708008307582628			
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA	TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)		Tipo UNIDADESAUDE	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R			
Endereço					
CEP 58074625	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro LUIZ GONZAGA MENDES LIRA		
Número 310	Complemento		Bairro JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA		
Admissão					
Data e Hora 12/09/2019 20:01:01	Número da pulseira 100007601001		Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica				
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE				
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente MOTO X MOTO		
Indicadores e Transporte					
Caso policial N	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não		Trauma Não	
Quem transportou AMBULANCIA					
Sinais Vitais					
PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares					
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []
Ultrasonografia []					
Dados clínicos					
Diagnóstico					CID
Atendido por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO					Tempo 51seg

Imprimir

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: 04/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000089815-3

Nr. da Autenticação 76F95A89661AF58F



STRENGTHENING OF STRENGTH OF CONCRETE
Br 20, Km 25 - On the Highway - San Pedro / PB - CEP 51.516-000
CNPQ 303 102/1991-01 - Tel: 35 315.2200

Nota Fiscal de Consumo Externa Emissão: 7/09/11 12h:28:06
Cód. par. Dig. Autenticação: 00015182734

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2019	16/09/2019	16/10/2019	271.202.208-45

UC (Unidade Consumidora): 5/1016277-4

Canal de contato

Junta de an MOVIMENTO VACA BRASIL. Saiba mais em
EUJOS GOVERNAMENTAIS

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
15/06/19	17772	16/06/19	17222	1	143	23
Demonstrativo						
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa (R\$)	Tarifa Base (R\$)	Custo (R\$)	Valor (R\$)
0501	Consumo em kWh	142,000	0,222225	117,72	117,72	31,28
0501	Adic B Yamaha	0,45	0,40	0,18	0,45	0,18
LANÇAMENTO DE SERVIÇOS						
0507	CONTRIB SERV LLM P. PÚBLICA	1,05	0,00	0,00	0,00	0,00
0504	JUROS DE MORA 07/2018	2,34	0,00	0,00	0,00	0,00
0504	JUROS DE MORA 08/2018	1,10	0,00	0,00	0,00	0,00
0505	MULTA 07/2018	3,42	0,00	0,00	0,00	0,00
0505	MULTA 08/2018	2,48	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI-Código de Clasificación del bien	70740	100.00	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Tarifa al Tránsito	0.000000						

Media últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
182	23/09/2019	R\$ 139,84

Histórico de Consumo (kWh)

186	185	180	170	160	150	140	130	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0
Set18	Out18	Nov18	Dec18	Jan19	Feb19	Mar19	Apr19	May19	Jun19	Jul19	Aug19	Sep19	Oct19	Nov19	Dec19	Jan20	Feb20	Mar20	Apr20	May20

a280.056b.f0f7.6510.07e3.d009.3c0e.6bd0

Indicadores de Qualidade			Módulo - Carga			
	Limites da ANEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Dieterlinhaço	Valor (R\$)	%
DC MENOR	5,77	0,00	NOMINAL	200	Bençãos do dia de hoje	27,26
DC TRIMESTRAL	10,15				Companhia de Saneamento	21,94
DC ANUAL	22,30				Bençãos de Fomento	3,21
DC SÍNCRONIZADO	3,30	0,00			Equipe de Saneamento	22,15
DC TRIMESTRAL	6,80		CONTRATADA LIMITE INFERIOR LIMITE SUPERIOR	200	Equipe de Saneamento	22,15
DC ANUAL	13,20				Equipe de Saneamento	0,20
DC SÍNCRONIZADO	2,48	0,00				
DC SÍNCRONIZADO	13,20					
				Total	138,64	100,00

“中国地质博物馆” 2004 年 12 月

ATENÇÃO

Resposta Terceira-Volante 280213-Rec AUEL -#2.595-Barrs Terrell-4.22% Medo

Faturas em atraso



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA
DATA DE NASCIMENTO	07/11/71
NOME DA MÃE	LAUDENICE DA SILVA MELO

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	1.189.665
BOLETIM DE ENTRADA N.º	118.050
DATA DO ATENDIMENTO	12/09/19
HORA DO ATENDIMENTO	20:01
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDO
CID 10	S82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, procedente do trauminha, apresentando dor em joelho esquerdo e em ombro esquerdo. Diagnóstico de fratura do planalto tibial esquerdo, com indicação de cirurgia. Com luxação acromioclavicular esquerda G1. Realizado cirurgia da tibia. Sem alterações.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de joelho esquerdo
RX de ombro esquerdo
TC de joelho esquerdo

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de extremidade proximal de tibia esquerda.

TRATAMENTO:

Tratamento cirurgico de fratura do planalto tibial esquerdo.

ALTA HOSPITALAR: 25/09/19
DATA DA EMISSÃO: 15/01/20

Dr. José de Almeida Braga
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



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGUE
o trabalho**

AV. ORESTES LISBOA,, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1189665



Identificação do paciente						
ID 1438243	Nome LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA				Sexo Feminino	
Data de nascimento 07/11/1971	Idade 47 anos 10 meses 24 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 118050		
Mãe LAUDENICE DA SILVA GOMES	Pai NAO INFORMADO					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ANDERSON LIMA DE OLIVEIRA - ESPOSO(A)					
DDD Celular 83	Celular 87233144	DDD	Telefone			
Tipo documento	Número documento	Nº Cns 708008307582628				
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA	TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)		Tipo UNIDADESAUDE	UF PB		
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58074625	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro LUIZ GONZAGA MENDES LIRA			
Número 310	Complemento	Bairro JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA				
Admissão						
Data e Hora 12/09/2019 20:01:01	Número da pulseira 100007601001		Convênio SUS			
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial N	Plano de saúde Não	Velo de ambulância Não	Trauma Não			
Quem transportou AMBULANCIA						
Sinais Vitais						
PA X mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico					CID	
Atendido por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO					Tempo 51seg	

Imprimir



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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Documento de Alta

Nome: LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA			Número Prontuário: 118050
Data de Nascimento: 07/11/1971	Sexo: Feminino	Data de Internação: 13/09/2019 00:03:23	Data de Alta: 25/09/2019 06:59:37
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: OSTEOSSINTESE DE PLATO TIBIAL			
Resumo da Internação: TRAUMA EM MEMBRO INERIOR COM FRATURA EM JOELHO OSTEOSSINTESE DE PLATO TIBIAL			
Resultado de Exames: RX MOSTRA FRATURA			
Tratamento: OSTEOSSINTESE DE PLATO TIBIAL			
Diagnóstico: S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tíbia			
Recomendações: USO DE MEDICAÇÃO E RETORNO AMBULATORIAL			

Data: 25/09/2019

SAVIO BRUNO SILVA BARROS
CRM: 5615 - PB

Savio Bruno
Ortopedia / Traumatologia
CRM 5615



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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGUE
o trabalho**

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1189665



Identificação do paciente

ID 1438243	Nome LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA	Sexo Feminino
Data de nascimento 07/11/1971	Idade 47 anos 10 meses 5 dias	Estado civil
Mãe LAUDENICE DA SILVA GOMES	Pai NAO INFORMADO	Religião
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ANDERSON LIMA DE OLIVEIRA - ESPOSO(A)	Prontuário
DDD Celular 83	Celular 87233144	DDD
Tipo documento	Número documento	Telefone
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)	Nº Cns 708008307582628	Tipo UNIDADES SAUDE
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	UF PB
	CBO/R	

Endereço

EP 3074625	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB
Número 310	Complemento	Logradouro LUIZ GONZAGA MENDES LIRA
		Bairro JOSE AMÉRICO DE ALMEIDA

Admissão

Data e Hora 12/09/2019 20:01:01	Número da pulseira 100007601001	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X	mmHg	Pulso	Temperatura
---------	------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos paciente trazido do LHM em emergência com trauma de cabeça e membros superiores e inferiores da extremidade. Diagnóstico Atendido por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO						
						CID
						Tempo 51seg

Marcelo Filho
Enfermeiro
ORESTES LISBOA 413

Atendido por
HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO



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



**GOVERNO
DA PARAIBA**

**SEGUE
o trabalho**

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

Tel:

CNPJ: 08778268003771

Paciente LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA	BAE 1189665	Data/Hora Entrada 12/09/2019 20:01:01	Data Baixa
Data de nascimento 07/11/1971	Idade 47a 10m 6d	CNS 708008307582628	Telefone de Contato (83) 87233144
Mãe LAUDENICE DA SILVA GOMES	Sexo Feminino		Prontuário
Endereço LUIZ GONZAGA MENDES LIRA, 310	Bairro JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional BRUNO DE LUNA ROMA	Nº Cons. Regional 10075/PB
Data/Hora Classificação 12/09/2019 20:01:01		Data/Hora Prescrição 12/09/2019 22:53:04	

ANAMNESE

ORTOPEDIA PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTA DOR EM JOELHO E OMBRO ESQUERDOS ENCAMINHADA PELO TRAUMINHA COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA PLANALTO TIBIAL E LAC GI RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO COM FRATURA DE PLATO TIBIAL CD: INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORIENTADO POR DR. ODILON

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 8,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

CAPTAPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110 ; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V, 24H, 0.0 (MGTSM)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT <60)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

HEPARINA SODICA 5.000UI/0,25ML (AMPOLA 0,25 A 0,30ML) - ALTO RISCO, ADMINISTRAR 0,25 ML VIA S.C., 12/12H, 0.0 (MGTSM)

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

ELETROCARDIOGRAMA

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO
CREATININA
GLICOSE
HEMOGRAMA COMPLETO
TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)
TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)
IONOGRAMA
UREIA

Conduta

Internar Paciente

Dr Bruno de Luna Roma
Médico
CRM: 10075

Enfermeiro

BRUNO DE LUNA ROMA
(CRM: 10075/PB)

Letim registrado por: HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO em 12/09/2019 20:01:52



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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

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

Tel:

CNPJ: 08778268003771

Paciente LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA	BAE 1189665	Data/Hora Entrada 12/09/2019 20:01:01	Data Baixa
Data de nascimento 07/11/1971	Idade 47a 10m 5d	CNS 708008307582628	Telefone de Contato (83) 87233144
Mãe LAUDENICE DA SILVA GOMES	Sexo Feminino		Prontuário
Endereço LUIZ GONZAGA MENDES LIRA, 310	Bairro JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EDSON DELGADO TINOCO	Nº Cons. Regional 7142/PB
Data/Hora Classificação 12/09/2019 20:01:01		Data/Hora Prescrição 12/09/2019 20:22:39	

ANAMNESE

ORTOPEDIA PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTA DOR EM JOELHO E OMBRO ESQUERDOS ENCAMINHADA PELO TRAUMINHA COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA PLANALTO TIBIAL E LAC GI SOLICITO RX DO JOELHO ESQUERDO (SEM TALA), OMBRO ESQUERDO, BACIA , TC DO JOELHO ESQUERDO

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: RETIRAR A TALA ANTES DO RX)
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO
RADIOGRAFIA DE BACIA

CID10

S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia

Conduta

Em observação

Enfermeiro

EDSON DELGADO TINOCO
(CRM: 7142/PB)

Boletim registrado por: HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO em 12/09/2019 20:01:52



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA



SEGUE
o trabalho

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700

Impresso por: LUCIANO
JOSE LIRA MENDES
Em: 13/09/2019 08:07:25

Nome LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA	Boletim de Atendimento 1189665	Data/Hora Entrada 12/09/2019 20:01:01	Data/Hora Saída
Data de nascimento 07/11/1971	Idade 47	Sexo Feminino	CNS 708008307582628
Tempo de Internação 8h 4min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 118050
Data de Entrada 12/09/2019 20:01:01	Data Internação 13/09/2019 00:03:23	Permanência na Unidade: 12h 6min	Permanência no Leito: 8h 4min

EVOLUÇÃO MEDICA (LUCIANO JOSE LIRA MENDES - 13/09/2019 08:07:19)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

FRATURA DO PLATOR TIBIAL

EXAME LAB OK

AGUARDANDO RISCO

CD: SUPORTE CLINICO E ANALGESIA

Seção: AREA LARANJA - UDC A Leito: LEITO EXTRA 03

Profissional responsável pela informação: LUCIANO JOSE LIRA MENDES

Dr. Luciano J Lira Mendes
Ortopedista - Traumatologista
CRM 4290
Número Conselho: 4290



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HECTIL

Nome: Laudiceia da Silva Melo Souza BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino (X) Feminino Cor: _____ Data: 23/09/19
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Fratura de Platô Tibial Esquerda
Cirurgião: Dr. Stefferson Diniz 1º Assistente: Dr. Luiz Portela
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Camila
Tipo de Anestesia: Raqui Horário: Início _____:_____:_____ Término _____:_____:_____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de Platô Tibial Esquerda</u>	<u>S82.1</u>

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>RAFI com placa em L de 5 furos</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(X) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Stefferson Diniz
Traumato-ortopedista
CRM-PB 5762

Médico/CRM: _____

Diniz

João Pessoa, 23/09/19

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

paciente em DDH sob raquiomanometria;
deformação de todo memb. inf. ex. e presença de garrate;
anepia e antiepia com campo estéril;

Incisão:

postero medial em tibia proximal ex. de aprox. 10
cm;

Achados:

Fratura de platô tibial medial

Conduta:

1. Deseccão por plano até pro de fratura.
2. Redução sob escopia e fixação com placa em L
de 5 furos, com 3 parafusos corticais e 2 esponjosos;
3. Retirada do garrate e fechamento por planos;
4. Curativo com gaze e enfaixamento expem.

Fechamento:

com vicryl n.º 0 e mononylon 20;
Retirada do garrate;

Observação:

Stefferson Pinheiro Diniz
Traumato-ortopedista
CRM-PB 5762

Diniz

João Pessoa, 23/09/19

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1

Nome do Paciente: Franciscina da Silva Melo Souza
Idade: 47a IN: 1189664 CONTUÁRIO ENFERMARIA: 10 LEITO: 02
Cirurgia: Troca Curva Frontal Placa Tubul Esquerda
Cirurgião: Dr. Pompeu Dr. Stanton
Anestesia: Raqui
Anestesista: Dr. Romilda Quirôga
Instrumentador: Leonorina
Início: 23 09 19 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO: 08:30 CIRURGIA INÍCIO: FIM: 08:45 09:30
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()
GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICACÕES ANESTÉSICAS		QTD.	MATERIAIS CONT.		QTD.	FIOS		QTD.
ALFENTANILA				JELCO Nº18			FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	1	5RL 300	1	JELCO Nº20			FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA				JELCO Nº22			FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		5F. 500	1	JELCO Nº24			FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		3.F. 100	1	KIT SIST DREN TORAXICA Nº			FIO DE NYLON Nº	2.0 1
ETOMIDATO		SOLUCOES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11			FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		ALCOOL ETILICO 70%	OK	LÂMINA BISTURI Nº15			FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	1	PVPI DEGERMANTE	OK	LÂMINA BISTURI Nº23	1		FIO POLIGLACTINA Nº	4.0 1
FLUMAZENIL		PVPI TINTURA	OK	LÂMINA BISTURI Nº24			FIO POLIGLACTINA Nº	2.0 1
ISOFLURANO		PVPI TÓPICO		LÂMINA DE DERMATOMO			FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOPUPIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENXERTO			FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOPUPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	OK		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		AGULHA 13X4.5		LUVA ESTÉRIL Nº7.0	1		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 25X07	1	LUVA ESTÉRIL Nº7.5	1		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAN	1	AGULHA 25X08	1	LUVA ESTÉRIL Nº8.0	1		FIO SEDA Nº	
MORFINA	1	AGULHA 40X12	1	LUVA ESTÉRIL Nº8.5	1		FITA CARDIACA	
NIMBIUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MASCARA CIRURGICA	OK		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS			CATETER DE PIC	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO			CIMENTO CIRURGICO	
PROPOFOL		AGULHA RAQUI Nº25G		SCALP Nº19			CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G	1	SCALP Nº21		Site Sinter	FIO DE KIRSCHNER Nº	2.0 1
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML			FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO	1	SERINGA 5ML	1		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	1	SERINGA 10ML	1		FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	1		GRAMPEADOR CIRURGICO	
MEDICACÕES		QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA			SONDA ASP TRAQUEAL Nº8		
ADRENALINA			CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		
ÁGUA DESTILADA			CATETER DE OXIGÊNIO		1	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		
ATROPINA			CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		
BEXTRA			CATETER EPIDURAL Nº16			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		
CEFAZOLINA	1		CATETER EPIDURAL Nº17			SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		
DEXAMETASONA	1		CATETER EPIDURAL Nº18			SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		
DIPIRONA SÓDICA	1		CERA PARA OSSO			SONDA NASOG. CURTA		
EFEDRINA			COLET. URINA FECHADO			SONDA NASOG. LONGA		
FIROSEMIDA			COMPRESSAS CIRURGICAS		18	SONDA URETRAL Nº		
GLICOSE 50%			COMPRESSAS CIRURGICAS		18	TORNEIRINHA		
GLUCONATO DE CÁLCIO			DRENO DE PENROSE			TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		
HIDROCORTISONA			DRENO DE SUÇÃO			TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		
LIDOCAÍNA GELEIA			ELETRODOS		1	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		
INDASENTRONA	1		EQUIPO MACROGOTAS		1	TUBO SILICONE (LATEX)		
PLASIL			EQUIPO TRANSF. SANGUE					
PROSTIGMINE			EQUIPO MICROGOTAS					
PROTAMINA			ESPONJA DE PVPI		1	FIOS		QTD.
TENOXICAN			ESPARADRAPO		OK	FIO ALGODÃO S/A Nº		
			GAZES		18	FIO ALGODÃO S/A Nº		
			GAZES ALGODOADAS			FIO ALGODÃO C/A Nº		
			GEL ELETROLITICO		OK	FIO ALGODÃO C/A Nº		
			JELCO Nº14					
			JELCO Nº16					
PANEL. Esponjoso Rosea 32. 01 n. 60								
PANEL. Esponjoso Rosea 16. 01 n. 60								
PANEL. corticoides, 01 n. 3.0, 01 n. 32. 01 n. 42								
EX. Comulado usado apenas 4.0								

→ usado como guia

2 Fur

42. **Lucia da Silva**
Téc. Enfermagem
2511-PB 349 341



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 23/09/19

PRONTUÁRIO: U89665

SEXO: F

COR:

IDADE: 42

ACIENTE: Laudicea da Silva M. Souza

RESSÃO ARTERIAL PULSO

RESPIRAÇÃO: livre

TEMPERATURA PESO

GRUPO SANGÜÍNEO

STADO GERAL: BOM

REGULAR () MAU () PÉSSIMO

RISCO CIRÚRGICO: BOM

REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES

VPM

AP. RESPIRATÓRIO: NBN

AP. CIRCULATÓRIO: NBN

AP. DIGESTIVO

Jepim 28h hie

ESTADO MENTAL: LOTE

DROGAS EM USO

ESTADO FÍSICO (ASA): I

RE-ANESTÉSICO

USE/HORA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Fratura pato tibial (E)

CIRURGIA REALIZADA

fixe oclusivo da fratura do pato tibial (E)

CIRURGIÃO

Dr. Luiz Portela

AUXILIARES: Dr. Stenerson

INÍCIO DA ANESTESIA

08:30h

TERMINO DA ANESTESIA

10h

DURAÇÃO DA ANESTESIA

1h 40min

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH.

VALORES R\$

ANESTESISTA

Dr. Camila +

CPF

CRM-PB

AGENTES/HORA

HEL Hibelu

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2

0 2



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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



SEGRE
o trabalho

Documento de Alta

Nome: LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA			Número Prontuário: 118050
Data de Nascimento: 07/11/1971	Sexo: Feminino	Data de Internação: 13/09/2019 00:03:23	Data de Alta: 25/09/2019 06:59:37
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: OSTEOSSINTESE DE PLATO TIBIAL			
Resumo da internação: TRAUMA EM MEMBRO INERIOR COM FRATURA EM JOELHO OSTEOSSINTESE DE PLATO TIBIAL			
Resultado de Exames: RX MOSTRA FRATURA			
Tratamento: OSTEOSSINTESE DE PLATO TIBIAL			
Diagnóstico: S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia			
Recomendações: USO DE MEDICAÇÃO E RETORNO AMBULATORIAL			

Data: 25/09/2019

SAVIO BRUNO SILVA BARROS
CRM: 5615 - PB

Dr. Savio Bruno S. Barros
Especialista em Trauma - ORT
CRM: 5615

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CRIMINAL
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-237




Laudicea da Silva Melo
Laudicea da Silva Melo

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CRIMINAL
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-237

LAUDICEA DA SILVA MELO

28/11/2012

JOSE TEODORO DE MELO
LAUDENICE DA SILVA MELO

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA - PB

DATA DE NASCIMENTO
07/11/1971

CASAM N. 4402 FLS. 102 LTV. 816
CARTÓRIO 12 JOÃO PESSOA - PB

271.202.208-45

ASSINATURA DO DETENTOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012824914485 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2016 25/10/2016

1 04558011342 QF07317/PB

01099479689 MOTO TRAXX/JL50Q-8

2012 8 951BXXBA8DB000980

PRÊMIO TARIFÁRIO

***** ***** *****

***** SEGURO PAGO

S 11/10/2016

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 06.245.420/0001-06
www.seguradoralider.com.br

34504-1531502-20161025

9102-101

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB Nº 012824914485

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

PRT 20160000447115-1

1 0109947968-9 00/00000000 2016

TIAGO MOURA FURTADO

04558011342 QF07317/PB

NOVO PB 951BXXBA8DB000980

PAS/CICLOMOTO/REG APPLIC CACOT TMA

MOTO TRAXX/JL50Q-8 2012 2013

2 P/49 /CI PARTIC VERMELHA

IPVA ISENTO 00/00/0000

***** 0

***** SEGURO PAGO 11/10/2016

SEM RESERVA DE DOMINIO

0

JORO PESSOA - PB

41955

25/10/2016



34504

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200165927 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA **Data do acidente:** 12/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 1/9 A 12

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

**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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3200165927 3 - CPF da vítima: 271.202.208-45 4 - Nome completo da vítima: LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA

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

5 - Nome completo: LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA 6 - CPF: 271.202.208-45
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA LUIZ GONZAGA MENDES LIRA 9 - Número: 310 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: JOSE AMERICO DE ALMEIDA 12 - Cidade: JOAO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58074-625
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83 988551045

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. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 0036 CONTA: 89815 3

(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)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascturo (vai nascer)? ☐ 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

Assinatura digital da vítima/beneficiário ou representante legal

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOAO PESSOA-PB, 27/05/2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

- IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____
DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADOR

DATA _____

DATA _____

IDENTIDADE _____

NOME _____

ASSINATURA _____

ASSINATURA _____

Assinatura do Segurado

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0129329/20

Vítima: LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA

CPF: 271.202.208-45

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 12/09/2019

Titular do CPF: LAUDICEA DA SILVA
MELO SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA : 271.202.208-45

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: 05/05/2020
Nome: LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA
CPF: 271.202.208-45

LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/05/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO