

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190208292

Vítima: MARCIANO JOSE LUIZ

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCIANO JOSE LUIZ

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

Documentação médica-hospitalar

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190208292

Vítima: MARCIANO JOSE LUIZ

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190324198

Vítima: MARCIANO JOSE LUIZ

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCIANO JOSE LUIZ

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190324198

Vítima: MARCIANO JOSE LUIZ

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190324198

Vítima: MARCIANO JOSE LUIZ

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 28 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190604324

Vítima: MARCIANO JOSE LUIZ

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARCIANO JOSE LUIZ

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

N° do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

13303168431

Marciano José Biuz

CPF: 13303168431

Número: 311

Complemento:

CEP: 58280-000

Tel.(DDD):

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

Nome completo:

Marciano José Biuz

Profissão:

RECAUSO

Endereço:

Sítio Tan Darce

Bairro:

Carea Rural

Cidade:

Chamanguape PB

Estado:

E-mail:

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

RENDIMENTO MENSAL:
 RECAUSO INFORMAR

 ATÉ R\$1.000,00

 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

 SEM RENDA

 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

COMPREV

Nome do BANCO: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0044

CONTA: 23562816

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

15 MAIO 2019

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

PROTÓCOLO
AO VÍTIMA PESSOA

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

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 a avaliação da 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 60 (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 comprovação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

 Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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 309 do Código Penal.

 Imprensa
 Jornal
 Rádio
 TV
 Internet
 Outros

Local e Data:

João Pessoa - PB 19/09/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RGDO

 Marciano José Biuz
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

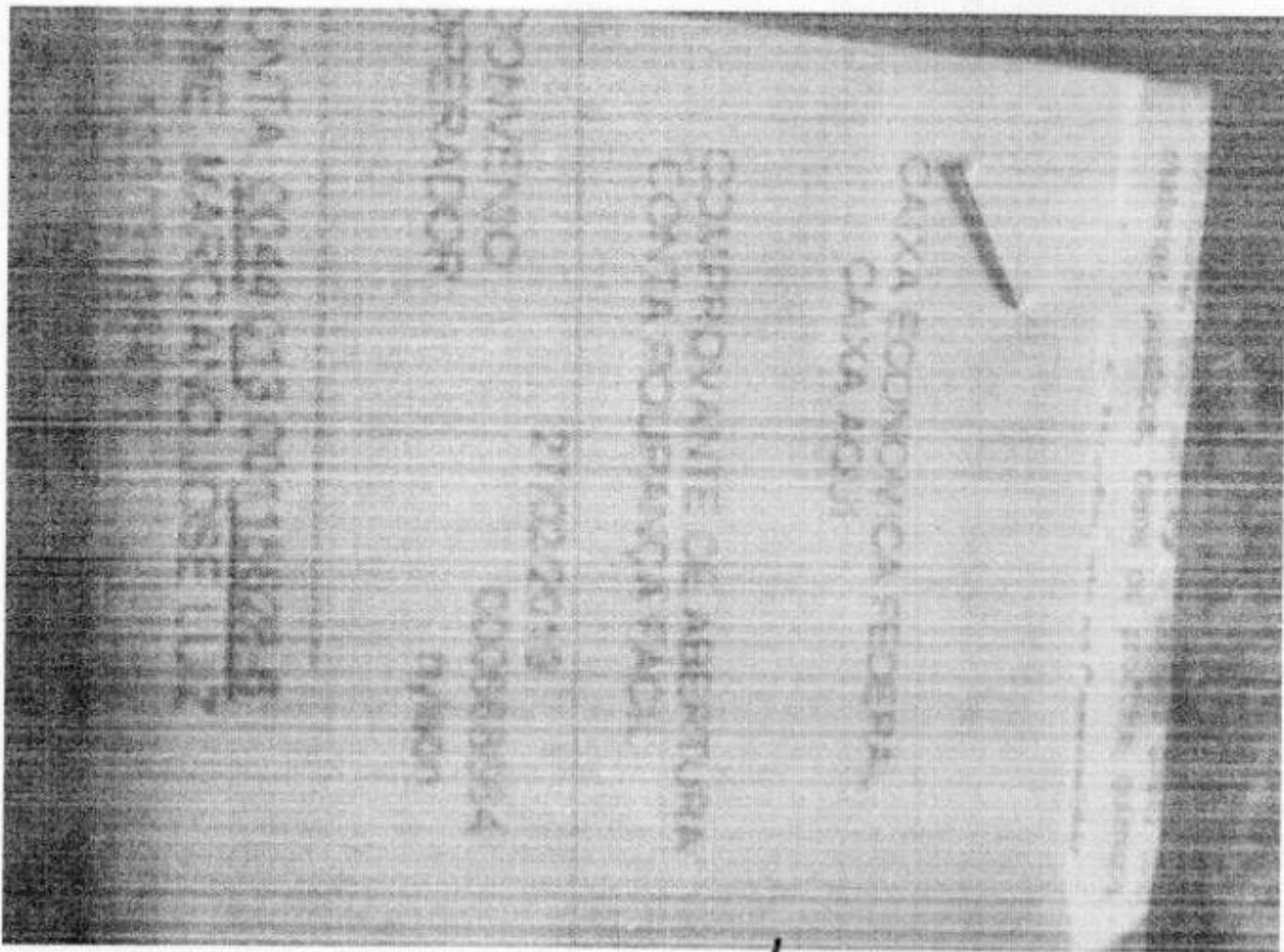
2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

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



age max - 0044

SP. 013

SP. 013
comte - 115628 - 6



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190208292
Nome do(a) Examinado(a): Marciano Jose Luiz
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Pau Darco, S/N
Area Rural Mamanguape PB CEP: 58280-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 4342973
Data local do acidente: [29/09/2018]
Data local do exame: [22/04/2019] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DOS OSSOS DA Perna ESQUERDA.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCACÃO DE FIXADOR EXTERNO QUE FOI RETIRADO E COLOCADO IMOBILIZAÇÃO GESSADA QUE PERMANECE ATÉ A DATA DE HOJE.

Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO

Data da Alta: VITIMA EM TRATAMENTO

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO PERICIANDO EM USO DE APARELHO GESSADO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim **Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim **(X) Não**

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

(X) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em 60 dias

"Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Periciando em uso de aparelho gessado portanto sem condições de concluir perícia e definir sequela.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CRM/PB - 4518



15 MAIO 2019

**PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA**

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02830.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02830.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:50 horas do dia 13 de março de 2019, 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 Inácio da Silva Neto, Agente de Investigação, matrícula 1273345, ao final assinado, compareceu **Marciano José Luiz**, CPF nº 133.031.684-31, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Maria José Luiz e Pai Não Declarado, nascido(a) em 30/04/1994 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Pau D'arco, Nº S/N, complemento SITIO PAU D'ARCO, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Proximo a Doce Mel, na cidade de Mamanguape/PB, telefone(s) para contato (83) 98603-4781.

Dados do(s) Fatos:

Local: Proximo a Fazenda Vale Verde, Itapororoca/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 29/09/18 21:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 2º: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO**.

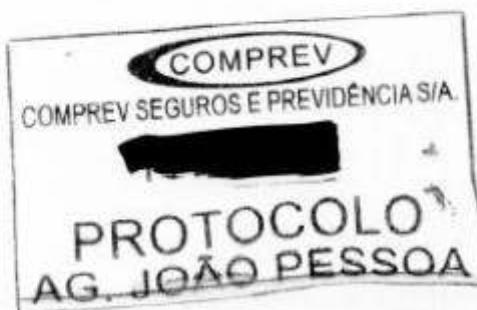
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que no dia 29/09/2018, as 21:40min, foi vítima de acidente de motocicleta, na PB 057, cidade de Itapororoca, quando estava vindo do seu trabalho na moto Honda/NXR 150 Bros ESD, ano /mod 2010/2011, vermelha, de placa MOG.2911/PB, CHASSI: 9C2KD0540BR510950, de propriedade de um amigo, de nome Marcos Severino da Conceição, CPF: 091.471.394-98, quando foi encadeado por um farol de um veículo Fiat uno, fazendo com que colidir-se no mesmo, e o condutor evadiu-se do local sem prestar socorro, foi socorrido para o hospital de traumas senador Humberto Lucena, da capital, lá chegando as 23:27hm, foi submetido a exames de raio x e avaliação médica e diagnosticado com fratura na perna esquerda cid. 10, S82.9, e depois foi transferido para o traumínha de mangabeira para fazer cirurgia.

ADENDO(S):

Que na data 13/03/2019, à(s) 11:21 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: Que o notificante foi socorrido por uma equipe do SAMU. Adendo registrado por: José Inácio da Silva Neto, Agente de Investigação, matrícula: 1273345.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.



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



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



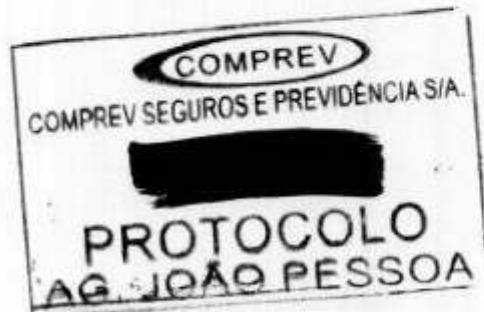
**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



João Pessoa/PB, 13 de março de 2019.

MARCIANO JOSÉ LUIZ
Noticiante





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	13303168431	Marciiano José Luiz	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2011			
Nome completo:	Marciiano José Luiz	CPF:	93303168431
Profissão:	Recoleto	Endereço:	Sítio Pau D'arco
Bairro:	Área Rural	Cidade:	Chamanguape
E-mail:		UF:	PB
		CEP:	58280-000
		Tel.(DDD):	

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL: RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0044 <input type="checkbox"/> CONTA: 235628 6	
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
Nome do BANCO: COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.	
AGÊNCIA: 15 MAIO 2019 <input type="checkbox"/> CONTA: PROTOCOLO (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 da parcela recebida.

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) do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):	
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou	
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou	
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 40 (quarenta) dias no pedido.	

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DP-1, que, inviável permanentemente, 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, 2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Se a vítima deixou comemorar(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: _____

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 ou infração do artigo 309 do Código Penal.

Local e Data, João Pessoa - PB 19/09/18
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGQG

missions d'Amérique

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

EPS 001 V001/2018



agência - 0044

SP - 013

cont - 115628 - 6

DIRETORIA DE INVESTIMENTOS



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1112024

Identificação do paciente				
ID 1331091	Nome MARCIANO JOSE LUIZ			Sexo Masculino
Data de nascimento 30/04/1994	Idade 24 anos 4 meses 30 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
V/A MARIA JOSE LUIZ	O/ NAO DECLARADO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO			
DDD Móvel 00	Fone Móvel 00000000	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (DENTRO DA FOTO)	Número documento 4212275	Nº Crs		
Local de procedência MAMANGUAPE		Tipo MUNICÍPIO	UF PB	
Email	Naturalidade MAMANGUAPE	CBO/R		
Endereço				
CEP 58280000	Município de residência MAMANGUAPE	Logradouro SITIO PAU DARCO		
SN		ZONA RURAL		
Admissão				
Data e Hora 29/09/2018 23:27:06	Número da pulseira 1000006941009	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco				Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Via de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg		P脉	Temperatura	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG []
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA				

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: 19/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCIANO JOSE LUIZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00044

CONTA: 000000115628-6

Nr. da Autenticação 50F02341FA206146

**
MACIEL JOSÉ LUIZ
BT VALDARDO SR. - ÁREA RURAL
MANAUS/AM/PEL/09/2009/AD-19

Entregado 07/02/2018 Referência: Fev / 2018
Censo/Pop. RESIDENCIAL / RESIDÊNCIA
Volume 5 - 147 - 2455 10/maio/2018

energisa

BRASILIA, 27 DE MARÇO DE 2011
Km 25 - Cruz das Almas - Rio Pardo/PB - CEP 58011-000

Chennai 600009, India. Tel: +91 44 2222 1088

Revista Ensayo: Ciencias Humanas y Sociales 16, 1996, 7-405

© 2013 Pearson Education, Inc.

Feb 1 2019

07/02/2019

11/03/2019

571852

15 MAY 2019
GUROS
OC

COMPREV
E PREVIDÊNCIA S.A.

As aeronaves que nos países europeus durante a sua
curta escursão à noite, incluindo a antecâmara do seu voo
quando de numerosas publicações nacionais e internacionais
e de corrupção.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

QCI: Código de Classificação de Item TOTAL 43,38 00,00 00,00 AG. JOAO
ESTADUAIS

14/02/2019

R\$ 42,36

RESERVADO AO FISCO

beb8 d7ba 8187 70ce 2e51 40ca ce1f 5893

Cooperação do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Salários de Cint. da Empresa/PA	11.250	19,17
Comissão de Entrada	11.250	20,24
Salário de Trabalho	11.250	20,24
Indústria Petróleo	11.250	20,24
Empresa Distrital - 22.500	11.250	20,24
Outros Serviços	11.250	20,24
Total	46.250	100,00

第十一章 会议与谈判



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoraalider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

2.5.2.2. Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

Capital e regiões metropolitanas: 0800 022 12 05 | Central Ovidente: 0800 021 91 33

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 SAC (para denúncias anônimas e sigilosas)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

[HTTP://WWW2.SUSEP.RDV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPOAZINHO=1&C=2001](http://WWW2.SUSEP.RDV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPOAZINHO=1&C=2001)

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprovadora.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, para determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PRÉVISTAS NA LEI Nº99.613/98.

Alexandria Cesar Duarte
Pela exposito, eu

Pelo exposto, eu

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046 502 754-74

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Charciana José Ruiz

do aeroporto de QPVAT cobertura

Invalidos da Vítima

inscrito (a) no CPF sob o N° 133.031.684-31, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaração Profissional:

Renda:

e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 309 do Código Penal.

Endereço: Rua Agente Fiscal José G. Duarte Bairro: Changabeira	Número: 557 Cidade: João Pessoa	Estado: PB	Complemento: CEP: 58056 - 384 Tel.(DDD):
E-mail:			

Local e Data:

José Pessoa - PB 39/03/89

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Marcos Severino da Conceição,

RG nº 3 605.277, data de expedição 22/11/07,

Órgão SSDS, portador do CPF nº 093 471 394-98, com
domicílio na cidade de Mamanguape, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
sít Paul Daive, nº 5111.

complemento _____ declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Marciiano José Luiz, cujo o condutor era
Marciiano José Luiz.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda/NXR 150 Bros ESD.

Ano: 2010/2011.

Placa: HOG 2911

Chassi: 9C8K005400BR 510950

Data do Acidente: 29/09/18.

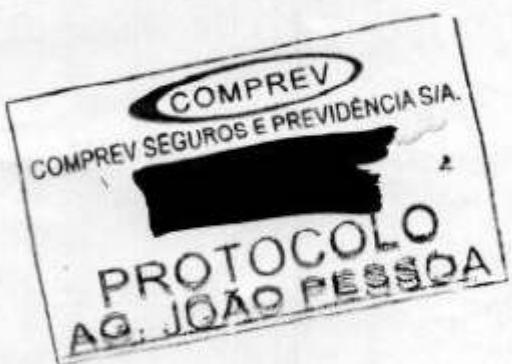
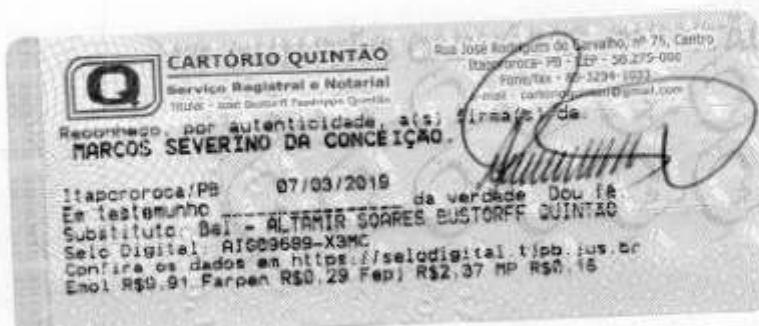
Local e Data: Itaperoa 07/03/19.



Marcos Severino da Conceição

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



15 MAIO 2019



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

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	MARCIANO JOSE LUIZ
DATA DE NASCIMENTO	30/04/94
NOME DA MÃE	MARIA JOSE LUIZ

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.112.024
DATA DO ATENDIMENTO	29/09/18
HORA DO ATENDIMENTO	23:27
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA NA Perna ESQUERDA
CID 10	S82.9

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, apresentando dores em membro inferior esquerdo, torax e abdomen sem queixas. Consciente e orientado. Glasgow 15. Presença de fratura fechada na perna esquerda. Imobilização inguino-podálico. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira, conforme pontuação.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de coxa esquerda

RX de perna esquerda

RX de pé esquerdo

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de perna esquerda.

TRATAMENTO:

Imobilização inguino-podálico esquerda. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira.

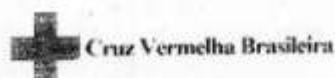
ALTA HOSPITALAR: 30/09/18

DATA DA EMISSÃO: 01/02/19

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


CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 445365

Paciente MARCIANO JOSE LUIZ		BAE 1112024	Data/Hora Entrada 29/09/2018 23:27:06	Data Baixa
Data de nascimento 30/04/1994		Idade 24a 5m	Sexo Masculino	Telefone de Contato (00) 00000000
Mãe MARIA JOSE LUIZ				Prontuário
Endereço SITIO PAU DARCO, SN		Bairro ZONA RURAL	Município MAMANGUAPE	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS		Nº Cons. Regional 9603/
Data/Hora Classificação 29/09/2018 23:27:06		Data/Hora Prescrição 30/09/2018 00:26:54		

Anamnese
#ORTOPEDIA#
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM QUADRO DE DOR INTENSA E DEFORMIDADE NO MIE, SEM OUTRAS LESOES.
EF.: DOR À PALPAÇÃO DA TIBIA ESQUERDA; FCC NO DORSO DO PÉ ESQUERDO. PULSOS +, PERFUSÃO +;
RX.: FRATURA FECHADA DE Perna ESQUERDA.
CD.: TALA INGUINO PODÁLICA + ENCAMINHAMENTO AO TRAUMINHA CONFORME PACTUAÇÃO;
STAFF: DR TEÓFILO;
MEDICAÇÃO
SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSM)
CEFAZOLINA SODICA 1G (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 2000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 1 DIA(S)
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA
PROCEDIMENTO
TALA INGUINO PODÁLICO, (OBSERVAÇÕES: ESQUERDA)
Conduta
Alta médica

Dr. Francinélio Freitas
Médico
CRM PB 9603
CNS 703404579057800

MARCIANO JOSE LUIZ
**FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS
(CRM: 9603/)**



Data: 30/09/18 00:26
Usuário: FRANCINELIO DE
Bolelli
1112024

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome MARCIANO JOSE LUIZ	Data de 30/04/1994	Idade 24 a 5m	Sexo MASCULINO	Nº Prontuário 1112024	Data Prescrição 30/09/2018 00:26:54
Motivo do Atendimento Convenio SUS	Validade da Prescrição 30/09/2018 00:26:00 - 01/10/2018 00:26:00				
	Matrícula	Senha			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML)	5,0	ML		INTRAMUSCULAR		AGORA	<i>FC</i>
2 CEFALOFLINA SÓDICA 1G	2000,0	MG		E.V.		AGORA	<i>00790</i>
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		AGORA	<i>00740</i>

30 de Setembro de 2018
Dr. Francinélio Ribeiro
Médico
CRM PB: 9603
CRM-PB: 004670057R011
Assinatura e Carimbo do Profissional

FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS
CRM: 9603



Data:	29/09/18 23:32
Usuário:	DAYVID
Boletim:	1112024

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA					
Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº Prontuário	Data Prescrição
MARCIANO JOSE LUIZ	30/04/1994	24 a 5m	MASCULINO	1112024	29/09/2018 23:32:38
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Lenio				Validade da Prescrição
Convênio					29/09/2018 23:32:00 - 30/09/2018 23:32:00
SUS					

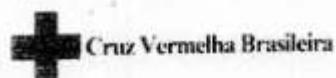
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apagamento
1 PARECER ORTO	0,0						

1 PARECER ORTO	0,0						

DAYVID CHRISTIAN RODRIGUES PEREIRA
CRM: 10876

Assinatura e Carimbo do Profissional

29 de Setembro de 2018



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente MARCIANO JOSE LUIZ		BAE 1112024	Data/Hora Entrada 29/09/2018 23:27:06	Data Baixa
Data de nascimento 30/04/1994	Idade 24a 5m	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (00) 00000000
Mãe MARIA JOSE LUIZ				Prontuário
Endereço SITIO PAU DARCO, SN		Bairro ZONA RURAL	Município MAMANGUAPE	UF PB
Acidente VBCULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DAYVID CHRISTIAN RODRIGUES PEREIRA		Nº Cons. Regional 10876/PB
Data/Hora Classificação 29/09/2018 23:27:06		Data/Hora Prescrição 29/09/2018 23:32:38		

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO DORES EM MIE, NEGA HISTORIA DE SINCOPE, NAUSEA OU VOMITOS.

- A: VIAS AEREAS PERTURBADAS, SEM DOR A PALPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO PASSIVA DA COLUNA CERVICAL. RETIRADO O COLAR CERVICAL.
- B: EXPANSIBILIDADE TORACICA BILATERAL, SEM DOR A PALPAÇÃO DO TORAX.
- C: SANGRAMENTO DE PEQUENA QUANTIDADE EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
- D: GLASGOW:15 PUPILAS FOTORREAGENTES.
- E: PRESENÇA DE FRATURA EXPOSTA EM MIE

CD: RX DE COXA, Perna e PE ESQUERDO

AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

ALTA DA CIRURGIA GERAL

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE Perna ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE ESQUERDO

CID10

Código	Descrição
M79.6	Dor em membro
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dr. Dayvid Christian
Médico Residente - Cirurgia Geral
CRM-PB 10876



CERTIDÃO

Nº. 0299/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº168062 e prontuário nº2018.09.004283 pertencente **MARCIANO JOSE LUIZ** que foi atendido dia 30/09/2018 às 01H48min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em perna esquerda.

Submetido à avaliação médica, e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 30/09/2018, 01/11/2018, 07/11/2018 com alta médica dia 09/11/2018.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 25 de março de 2019

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 30/10/91

Nome: MANCINO JOSE LUIZ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Prontuário: _____ Bairro: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Cidade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Data de Nascimento: / /
 Escolaridade: _____
 QPD: DOU com PERNA.

HDA: Vítima de acidente de moto HOJE, DOU e
estava com 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 []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



RELATÓRIO DE CIRURGIA

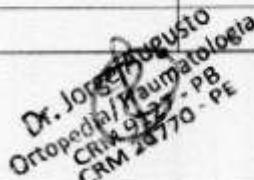
Nome: <i>Marciano José Luiz</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>30/09/11</i>	Cirurgião: <i>DR SOAMY</i>	1º Assistente: <i>DR YURI</i>			
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:			
Anestesista:	Tipo Anestesia:		Horário:	I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
<i>Frássia ossos da perna e lesão de pontes moles e dorso do pé e colarinho</i>	

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
<i>Onco</i>	

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO
<i>LNC + Sutur</i>	

Acidente durante Ato Cirúrgico	1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não	Descreva:
Biópsia de Congelação:	1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:		
1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Enfermaria 2 (<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3 (<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico		

Nome: MARCIANO JOSE LUIZ				Registro:
Idade: 24 ANOS	Sexo: MASC	Cor:	Clinica: <i>Ortopedia</i>	EMP: _____ LR: _____
Data: 07/11/2018		Cirurgião: <i>Alexandre Galvão</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>		2º Assistente: DR FELIPE LESSA		
Anestesista:		Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID
<i>Fratura terço proximal da perna esquerda com formação de calo osseo.</i>				S82.3
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID
<i>O mesmo</i>				
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO
<i>Retirada de fixador externo + imobilização com aparelho gessado coxopodalico com janela.</i>				
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não Descreva:  Dr. Jorge Augusto Ortopedia/ Traumatologia CRM 022 - PB CRM 26770 - PE				
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

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Achados:

FRATURA TERÇO PROXIMAL DA TIBIA ESQUERDA

Conduta:

*RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + IMOBILIZAÇÃO COM
APARELHO GESSADO COXOPODÁLICO COM JANELA PARA
REALIZAÇÃO DE CURATIVO DIÁRIO*

Limpeza exaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%

Realizado RX controle

Fechamento:

Curativo

OBS:

*Dr. Jorge Augusto
Ortopedista / Traumatologista
CRM 9222 / PB
CRM 20720 - PE*



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Mercedes Tere Luiz</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>01/11/13</i>	Cirurgião: <i>J. Rodrigo Amorol</i>		1º Assistente: <i>Dr. Daniel</i>		
2º Assistente:	3º Assistente:		Instrumentador:		
Anestesista:	Tipo Anestesia:		Horário: I: _____ T: _____		
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fr exposta ossos da pene (E)</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<i>LNC</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico			1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim	Descriva:	
			2 (<input type="checkbox"/>) Não		
Biópsia de Congelação:			1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim		
			2 (<input type="checkbox"/>) Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Enfermaria 2 (<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3 (<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico					



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Marciano José Lira</i>				Registro:	
Idade: 24 A	Sexo: M	Cór:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: 04/10/08	Cirurgião: <i>Dr. Rodolfo Amorim</i>			1º Assistente: <i>R. Almeida</i>	
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:		Horário: I: <i>10:00</i> T: <i>13:00</i>		
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura dos ossos do punho</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>Operação</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Redução em anestesia +</i> <i>fixação com fivela</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input type="checkbox"/>) Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação:		1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input type="checkbox"/>) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (<input type="checkbox"/>) Enfermaria 2 (<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3 (<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Receituário

Idade 24

Paciente: MARCIANO JOSE LUIZ
Data: 30/09/2018 00:25:37 Sexo Masculino CPF: Não Informado BAE: 1112024

ENCAMINHAMENTO

AO HOSPITAL ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA
ORTOPEDIA.

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM QUADRO DE DOR INTENSA E
DEFORMIDADE NO MIE, SEM OUTRAS LESOES.

EF.: DOF À PALPAÇÃO DA TIBIA ESQUERDA; FCC NO DORSO DO PÉ ESQUERDO, PULSOS
+; PERFUSÃO +;

RX.: FRATURA FECHADA DE Perna ESQUERDA.

Receituário

Idade 24

Paciente: MARCIANO JOSE LUIZ
Data: 30/09/2018 00:25:37 Sexo Masculino CPF: Não Informado BAE: 1112024

ENCAMINHAMENTO

AO HOSPITAL ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA
ORTOPEDIA.

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM QUADRO DE DOR INTENSA E
DEFORMIDADE NO MIE, SEM OUTRAS LESOES.

EF.: DOR À PALPAÇÃO DA TIBIA ESQUERDA; FCC NO DORSO DO PÉ ESQUERDO, PULSOS
+; PERFUSÃO +;

RX.: FRATURA FECHADA DE Perna ESQUERDA

*Dr. Francinello Freitas
Médico
CRM-PB 960379057800
CRM-MA 579057800*

*Dr. Francinello Freitas
Médico
CRM-PB 960379057800
CRM-MA 579057800*

Drº FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS

9603/null

*Dr. Francinello Freitas
Médico
CRM-PB 960379057800
CRM-MA 579057800*

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Decubito lateral direito
- Aspirado + antiséptico
- Aferição de sangos e coagulos

Incisão:

Achados:

Fratura dos ossos da perna (fig. 1)

Conduta:

Redução anatomico + fixação extrema da fratura (C).

lombopexia
externa

Fechamento:

OBS:

Eduardo Pizzinatti
Médico
Agosto 11/02

~~By Dr. Pizzinatti~~
Anexo

Data: 01/08

MÉDICO/CRM

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em ORT

Anestesia e anti-espasmodico

Spuma de concreto estéril

Incisão:

Achados:

Conduta:

Biópsia no círculo cutâneo existente
em S/ op. + deslocamento da pele de exta ligadura
Colheita material para cultura
Sutura com agulha e fio de
cômico
Curativo

Fechamento:

OBS:

- Colheita material pr cultura
- Deslocamento fragmento ósseo a L2 parcial, caso persista com condições ruins do peito grande, sugiro remoção parar reposicionamento da fratura extrema e melhor regrada

Data: 01/11/18

MÉDICO/CRM

Well 9248

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente é - ODH SOB ANESTESIA
ASEPSIA + ANTISEPSIA
DISPOSIÇÃO DE CAMPOS ESTERIL

Incisão:

Achados: LARINGO OC MUITO MOLHO SEM LESÃO
TÉMPSICO.

Conduta:

LIMPADOR ESTERILICO COM SF 99%
DESENDEURGO DE TECIDOS DESINFECTADOS
LIMPADOR COM SF 0,9%
SISTEMA DE PELLE
CUMARICO.
NÃO DE CATHOLE NÃO EVITANDO PELA
PEL
TODA INCISÃO PODOLICO

Fechamento:

OBS: INTERAUGAMENTO BI TÉCNIQUES DE FECHAMENTO DE OSSOS DA
PÉLVICA

Data: 30/09/10

Yury Coldeiro
CRM-PB 11507

MÉDICO/CRM

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]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: _____

ACV: _____

AR: _____

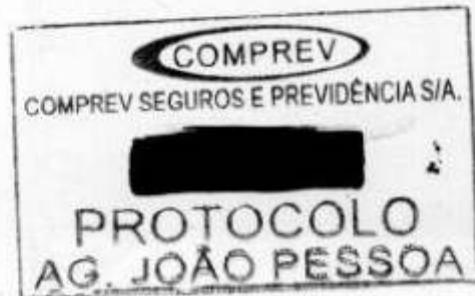
ABD: _____

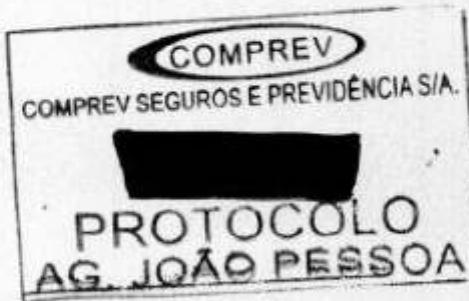
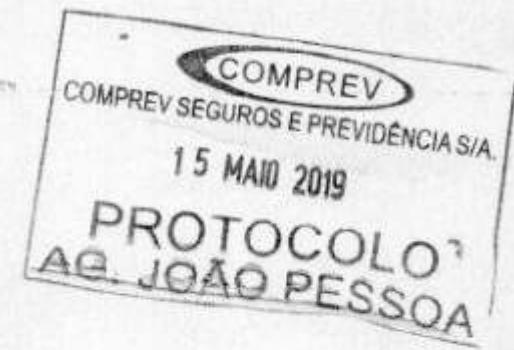
AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190324198 **Cidade:** Itapororoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCIANO JOSE LUIZ **Data do acidente:** 29/09/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA EM TRATAMENTO PELA PERÍCIA MÉDICA EM 22/04/2019. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0162322/19

Vítima: MARCIANO JOSE LUIZ

CPF: 133.031.684-31

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: MARCIANO JOSE LUIZ

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARCIANO JOSE LUIZ : 133.031.684-31

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/05/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/05/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373400/19

Vítima: MARCIANO JOSE LUIZ

CPF: 133.031.684-31

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: MARCIANO JOSE LUIZ

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARCIANO JOSE LUIZ : 133.031.684-31

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: 25/10/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA