

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 médico-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: INTERRUÇÃO 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

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



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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 133031684 31 Nome completo da vítima: Marciano José Luiz

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

Nome completo: Marciano José Luiz CPF: 133031684 31

Profissão: Recuso Endereço: Sítio Pau D'Arco Número: 31 Complemento: _____

Bairro: Área Rural Cidade: Chamangape Estado: PB CEP: 58280-000

E-mail: _____ 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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 004 CONTA: 115628 6

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: COMPREV

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

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 recebida 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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):

- ☒ 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.

MORTE

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: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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.

Impressão digital na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes.

Local e Data: João Pessoa - PB 19/03/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Marciano José Luiz

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

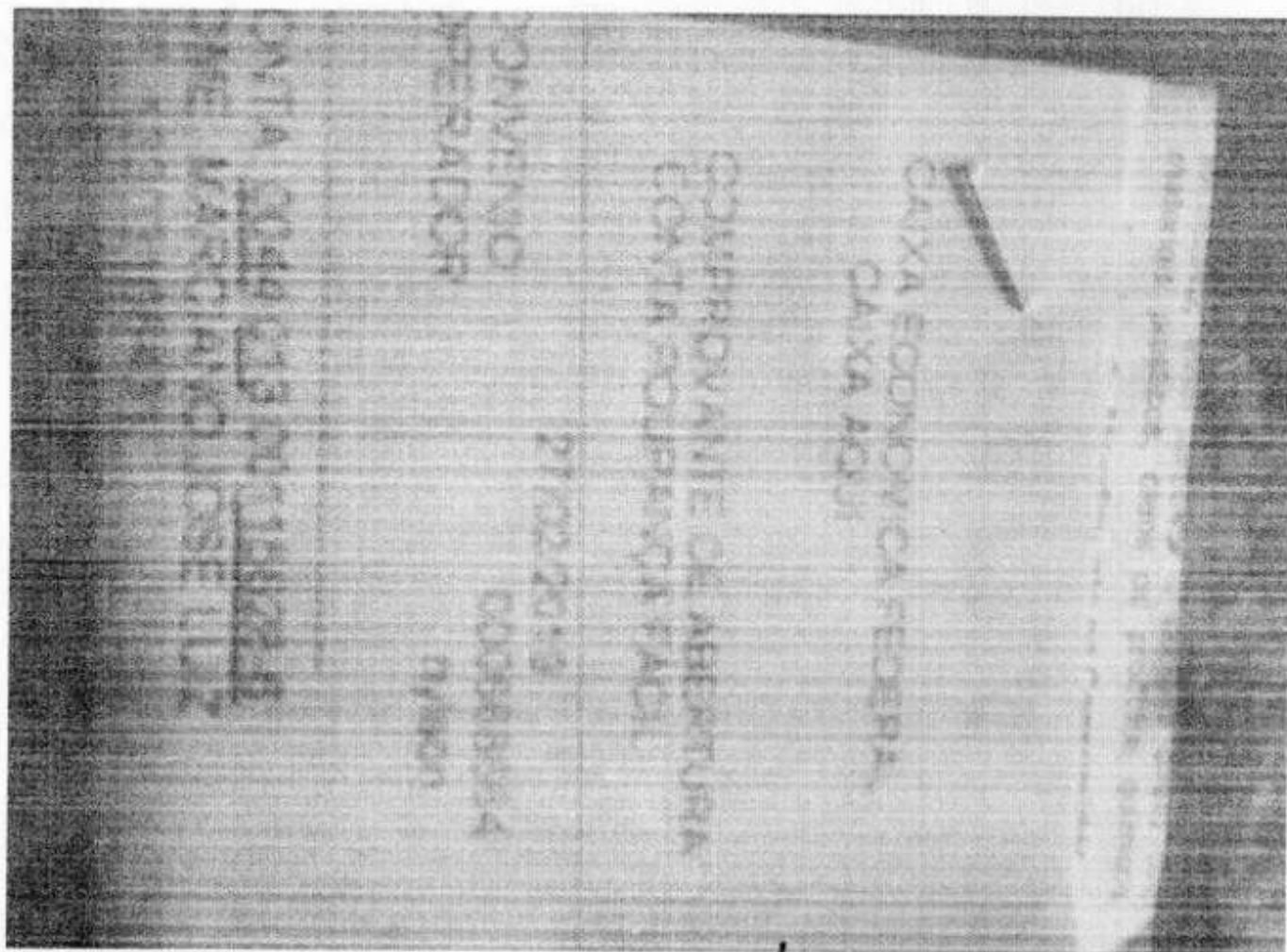
2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU 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.



agência - 0044

op. 013

com te - 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 COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO QUE FOI RETIRADO E COLOCADO IMOBILIZAÇÃO GESSADA QUE PERMANECE ATÉ A DATA DE HOJE.

Complicações: NÃO HOVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO

Data da Alta: VÍTIMA 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 casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ Sim ☐ Não

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

☐ Sim ☒ Não

- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (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 (*).

☒ "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em 60 dias

☐ "Sem seqüela 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 (Seqüela):

Região Corporal (Seqüela):

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

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

Região Corporal (Seqüela):

Região Corporal (Seqüela):

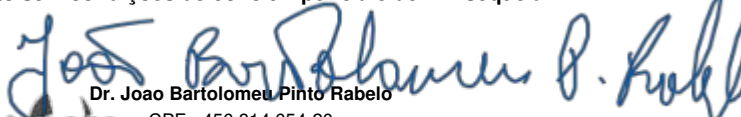
% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

% 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 seqüela.

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


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
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 **Marcelano 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 SÍTIO 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.**

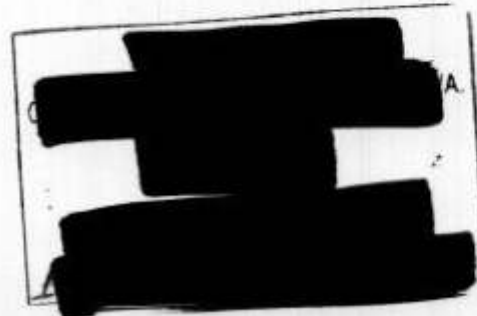
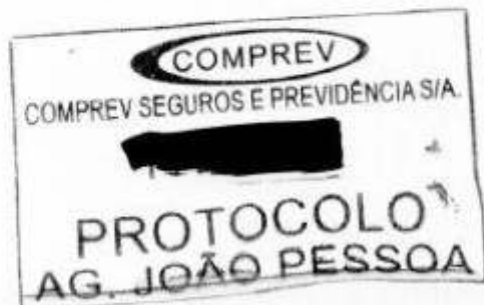
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que no dia 29/09/2018, às 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 às 23:27h, 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 trauminha 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
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA

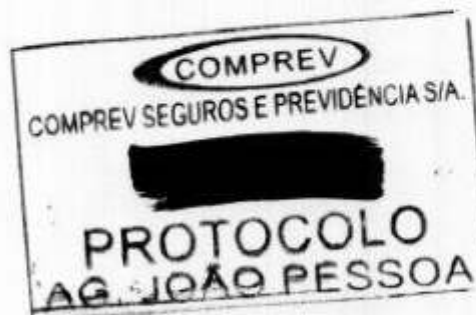
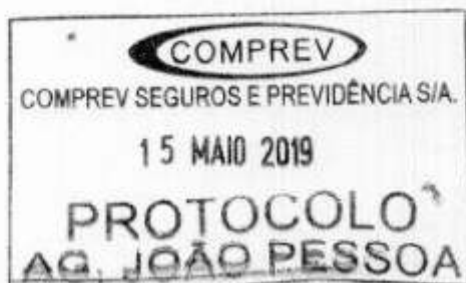


**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

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: 133031684 31 Nome completo da vítima: Marciano José Luiz

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

Nome completo: Marciano José Luiz CPF: 133031684 31

Profissão: Recuso Endereço: Sítio Pau D'Arco Número: 31 Complemento: _____

Bairro: Área Rural Cidade: Chamangape Estado: PB CEP: 58280-000

E-mail: _____ 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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 004 CONTA: 115628 6

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: COMPREV

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

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

15 MAIO 2019

PROTOCOLO
AC ILOA PESSOA

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização recebida 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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):

- ☒ 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

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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão
digital da
assinatura
do representante
legal ou do
procurador

Local e Data: João Pessoa - PB 19/05/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Marciano José Luiz

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

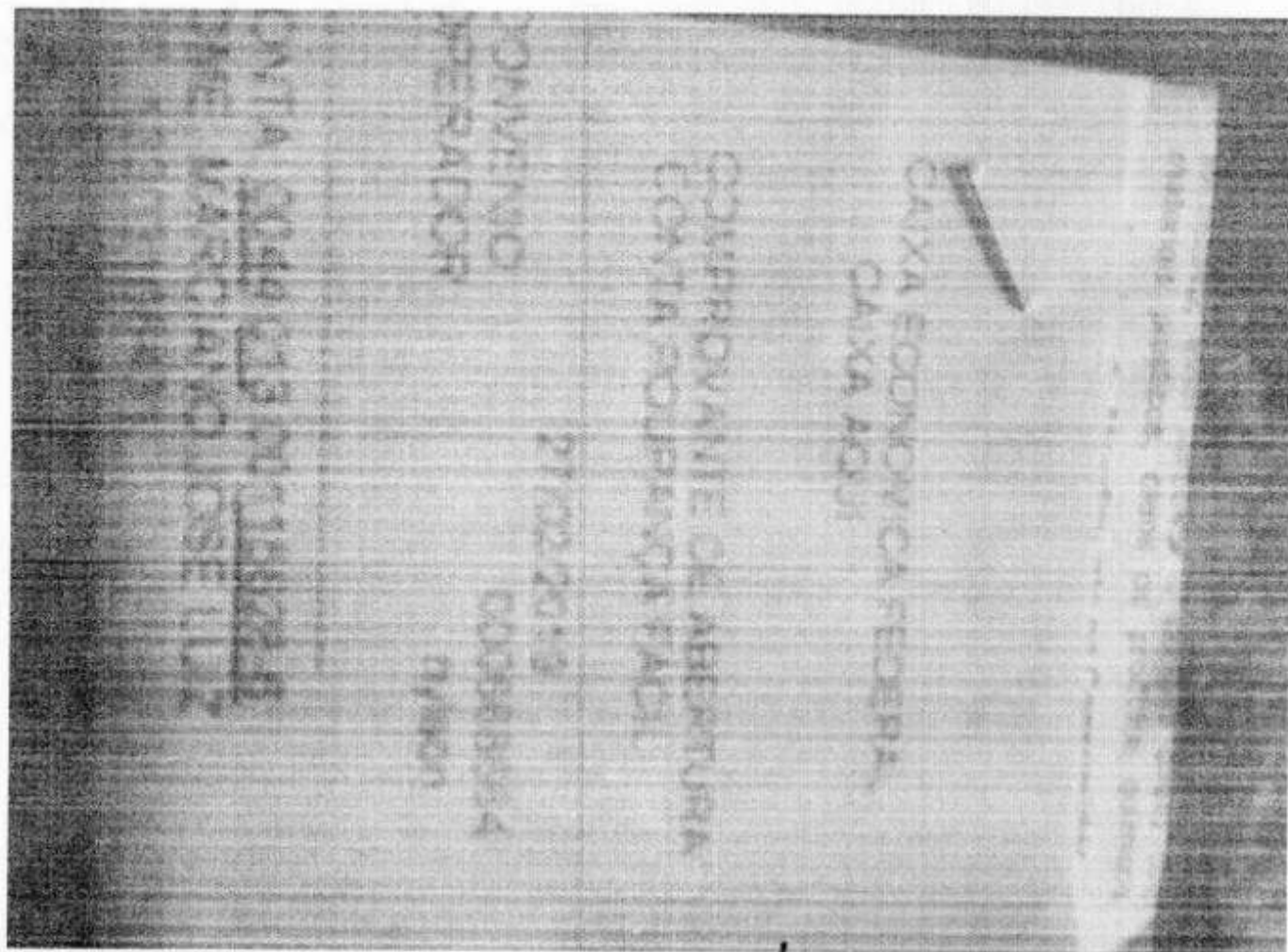
Assinatura

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.



agência - 0044

op. 013

com te - 115628 - 6



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
Via MARIA JOSE LUIZ			De NAO DECLARADO	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) O MESMO	
DDD Móvel 00	Fone Móvel 00000000	DDD Fixo		Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4242572	Nº Cns		
Local de procedência MAMANGUAPE			Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade MAMANGUAPE	CBOR		
Endereço				
CEP 58280000	Município de residência MAMANGUAPE	Logradouro SÍTIO 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	
Veio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []				
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA				Tempo 39seg

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

Enviado: 07/02/2018 Referência: Fev/2018
 Cidade/Estado: RESCENCA / RESIDENCIAL MONTE-ROSA
 Rotário: 5 - 14-187-2495 Site: www.rotary.org.br/023108

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 00367 And
044, vale D.D. Autenticação: 0001951595

11/03/2019

571891552-6

As percheras Lutz dos pinhos foram durante anos
curtas ecuras e agora, através da melhoria de sua técnica
e da de melhorias públicas a respeito da cidade de Curitiba
e do seu Lutz.

Data	Leitura	Data	Leitura	at	28
0001	Consumo de água	40,00	0,0000	22,03	22,03
0002	Consumo de energia elétrica	1,00	0,0000	0,00	0,00

CCJ, Código de Classificação do Item	TOTAL	42,38	30,77	23,23	23,23
AG - JOÃO					

RS 42.36

Series: Dec18, Nov18, Dec19, Jan20

RESERVADO AO FISCO

bcbb.d7bd.8187.70c9.2c51.40ca.ce1f.5893

Composição do Consumo

		Discriminación	Valor (R\$)	%
DI. MENTAL	13,77	0,00	0,00	0,00
DI. FÍSICA	08,38	0,00	0,00	0,00
DI. SOCIAL	02,30	0,00	0,00	0,00
DI. MORAL	6,34	0,00	0,00	0,00
DI. EMOCIONAL	10,00	0,00	0,00	0,00
DI. ANIMAL	00,00	0,00	0,00	0,00
		Total	42,39	100,00

Downloaded from ascelibrary.org by University of California, San Diego on 06/12/13. Copyright ASCE. For personal use only; all rights reserved.

Faturas em atraso

[illegible]

Jan/19 25.79

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=DOCUMENTO&CODIGO=2005>

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 comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por 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 PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

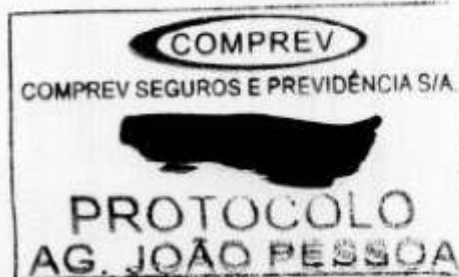
Pelo exposto, eu Alexandua Gesser Duarte
inscrito (a) no CPF/CNPJ 046 502 754, 74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Charciana José Luiz inscrito (a) no CPF sob o nº 133031684 31
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Charciana José Luiz
inscrito (a) no CPF sob o nº 133031684, 31 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ 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 Líder-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. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Changabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): _____

Local e Data: João Pessoa - PB 19/03/19

Alexandua Gesser Duarte
Assinatura do Declarante



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 Maranguape, no Estado de

Rio de Janeiro, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Sit. Pau D'Arco, nº 514,

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 Marciano José Luiz, cujo o condutor era

Marciano José Luiz.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda/NXR 150 Bros ESD.

Ano: 2010/2011.

Placa: KOG-2911

Chassi: 9C8K005400BR 510930.

Data do Acidente: 29/09/18.

Local e Data: Itaperioca 07/03/19.

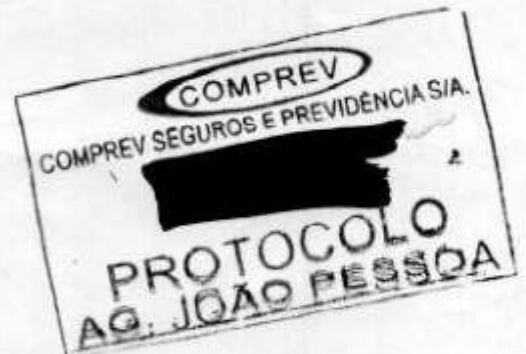


CARTÓRIO
QUINTÃO

Marcos Severino da Conceição

Assinatura do Declarante

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





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

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
15 MAIO 2019

PROTOCOLO
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

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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 Ortopedia de Mangabeira, conforme pactuação.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de coxa esquerda
RX de perna esquerda
RX de pé esquerdo

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de perna esquerda.

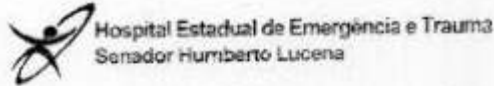
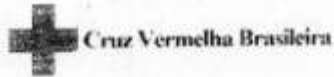
TRATAMENTO:

Imobilização inguino-podálico esquerda. Encaminhado para o Ortopedia 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

MARCIANO JOSE LUIZ

FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS
(CRM: 9603/)



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apazamento
1 SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML)	5,0	ML		INTRAMUSCULAR		AGORA	
2 CEFAZOLINA SODICA 1G	2000,0	MG		E.V.		AGORA	
3 DAPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		AGORA	

FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS
CRM: 9603

Dr Francineli Freitas
Médico
CRM PB 9603
CNS 79944679057807

Assinatura e Carimbo do Profissional

30 de Setembro de 2018



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

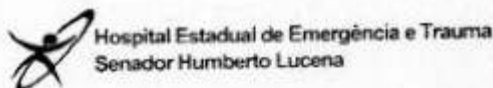
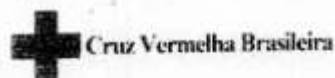
Nome	MARCIANO JOSE LUIZ	Data de	30/04/1994	Idade	24a 5m	Sexo	MASCULINO	Nº	1112024	Nº Prontuário	29/09/2018 23:32:38
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito										
Validade da Prescrição	29/09/2018 23:32:00 - 30/09/2018 23:32:00										
Convenio	Matricula										
SUS	Senha										

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apazamento
---------------------	------	------	-------------------	--------	-------------	-----	------------

1	PARECER ORTO	0,0					29 de Setembro de 2018
---	--------------	-----	--	--	--	--	------------------------

DAYVID CHRISTIAN RODRIGUES PEREIRA
CRM: 10876

Assinatura e Carimbo do Profissional



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	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 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 PERVIAS, 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

P: JOAO PESSOA
C: 1000000041005 BE: 1112024 BEIRA GOV. TARCISIO BURITY
R: MARCIANO JOSE LUIZ
DT. NASC.: 30/04/1994 OSTA DUARTE S/N
MAE: MARIA JOSE LUIZ
51-30-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 164062 Atd: Nao Regul
Data: 30/09/2018
Hora: 01:48:21
Recepcionista: ROSICLE BEZERRA DOS
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: MARCIANO JOSE LUIZ

Num. Prontuario: 2018.09.004283

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 0

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 30/04/1994 Id: 24 ano(s)

End.: SITIO, 00

Bairro: ZONA RURAL Cidade: MAMANGUAPE UF: PB

Mae: MARIA JOSE LUIZ

Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Op.: MARCIANO JOSE LUIZ

Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: TRAZIDO SEM FAMILIARES

Vitima de violência por: NAO SOUBE DAR AS INFORMACOES

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispineia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Abd: O2%:

[] Regular [] Choçado

Queixa Principal

Observacao

AUMA NO MIE

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

paciente vitima acidente de moto HOTE. DOU e
EPEN em perna e + ferimento

Diagnostico

Conduta

PX ossos no pulm

PX

Prescrição PERITO. ESTATA.

Horario da medicacao

00 Bloco clínico

Cordeiro
11507



CERTIDÃO

Nº. 0299/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, 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, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato 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: 30/09/18

Nome: MARCIANO JOSÉ LUIZ

Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____ Bairro: _____

Endereço: _____ Profissão: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Religião: _____

Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Escolaridade: _____

QPD: DOA EM PRIMA

ADA: VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HOJE, DOA E
EM PRIMA

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposou ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade _____
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor _____

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:						Registro:									
Idade:		Sexo:	Cor:		Clinica:	EMP:				LR:					
Data:		Cirurgião:				1º Assistente:									
2º Assistente:				3º Assistente:				Instrumentador:							
Anestesista:				Tipo Anestesia:				Horário:				I:		T:	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO										CID					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO										CID					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)										CÓDIGO					
Acidente durante Ato Cirúrgico					1 () Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não					Descreva:					
Biópsia de Congelação:					1 () Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não										
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:															
1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico															

Nome: MARCIANO JOSE LUIZ				Registro:	
Idade: 24 ANOS	Sexo: MASC	Cor:	Clínica: Ortopedia	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>					<i>S82.3</i>
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:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					

Dr. Jorge Augusto
Ortopedia / Traumatologia
CRM 932 - PB
CRM 28770 - PE

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

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Achados:

FRATURA TERÇO PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA

Conduta:

RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + IMOBILIZAÇÃO COM APARELHO GESSADO COXOPODALICO 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
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9.671 - PB
CRM 20770 - PE

Receituário

Paciente: MARCIANO JOSE LUIZ Idade 24
Data: 30/09/2018 00:25:37 Sexo Masculino CPF: Não Informado BAE: 1112024

ENCAMINHAMENTO

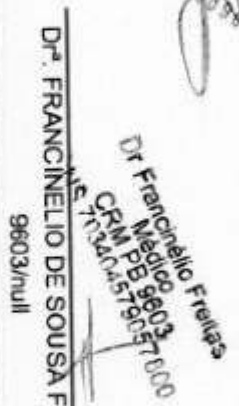
AO HOSPITAL ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA
ORTOPEDIA.

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. Teófilo Vanomark
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 57003


Dr. Francinello Freitas
Médico
CRM PB 96037000
CRM 57003-1519003

Dr. FRANCINELLO DE SOUSA FREITAS
9603/null

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

Receituário

Paciente: MARCIANO JOSE LUIZ Idade 24
Data: 30/09/2018 00:25:37 Sexo Masculino CPF: Não Informado BAE: 1112024

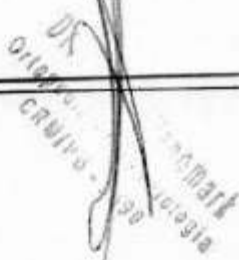
ENCAMINHAMENTO

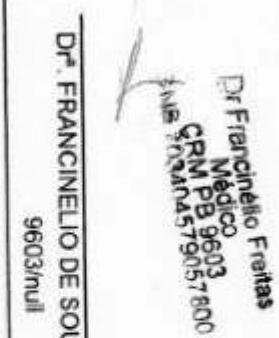
AO HOSPITAL ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA
ORTOPEDIA.

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. Teófilo Vanomark
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 57003


Dr. Francinello Freitas
Médico
CRM PB 96037000
CRM 57003-1519003

Dr. FRANCINELLO DE SOUSA FREITAS
9603/null

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

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

paciente em ODA sobre antebraço
- Anestesia + antiespasmódico
- Apoiamento dos membros inferiores

Incisão:

Achados:

fratura dos ossos da perna Esquerda

Conduta:

Redução manual + fixação
externa da tibia

limpeza
cicatriz

Fechamento:

OBS:

Eduardo Paulyza
Médico
CRM-PB 11487

MÉDICO/CRM

Data:

04/10/18

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Posição em DRA
Anestesia e anti-espasmo
Sponção de campos estéreis

Incisão:

Achados:

Conduta:

Incisão no eixo crânio-caudal
com 0,5% + desbridamento de tecidos de sustentação
colheita material para cultura
Sutura por aproximação de pele
limpeza
curativos

Fechamento:

OBS:

- Colheita material pt cultura
- Observar fragmento ósseo e 2/3 pericrânio, com parafuso
em condições ruins do ponto medial, sugere revisão para
reaproximamento de fragmentos e melhor fixação

Data: 01/11/18

9248
MÉDICO/CRM

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Posição e- ODH SOB ANESTESIA
ASSEPÇÃO + ANTISSEPÇÃO
POSICIONAMENTO DE CAMPOS ESTERIL

Incisão:



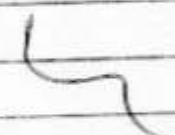
Achados:

20.500 DE PINKES MOLES SEM LESÃO
TERMINADA

Conduta:

LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF0,9%
DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
LIMPEZA COM SF0,9%
SUTURA DE PELE
CURATIVO
PR DE CONTROLE E EVOLUÇÃO PR E
PR
TODA INGUINHO POPOLIS

Fechamento:



OBS:

INTERMEDIÁRIO E/OU TITULAR DE PR OSSOS NA
PELHA

Data:

30/09/10

Yury C. de
CRM 11507

MÉDICO/CRM

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa _____

[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: fx ossos da pernaConduta: medicação PI TFO ceftriaxona

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-917




Marciano José Luiz

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.342.973

DATA DE EXPIRAÇÃO 04/08/2015

NOME MARCIANO JOSÉ LUIZ

FILIAÇÃO MARIA JOSÉ LUIZ

NATURALIDADE MAMANGUAPE-PB

DOC ORIGEM NASC.N.15137 FLS.179V LIV.A-14

CARTORIO RIO TINTO-PB

CPI 133.031.684-31

DATA DE NASCIMENTO 30/04/1994

Marciano José Luiz

Marcus A. B. Lacet Jr.

Chefe do Núcleo PE 29/08/03

Det. Civil e Criminal

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

[REDACTED]

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

15 MAIO 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 15 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 ALEXANDRA CESAR DUARTE

IDENTIDADE / CNH / RG / CPF
 2527718 SSP PB

CPF
 046.502.754-74 Data Nascimento
 21/06/1982

RENDA
 ALEXANDRE DE ARAUJO
 DUARTE
 MARCIA CESAR DUARTE

RENDA
 R\$ 1.200,00

NCC
 0

CEM
 0

Nº RENHA
 01851269660

VALIDADEZ
 16/01/2019

1ª HABILITAÇÃO
 29/06/2001

CLASSIFICAÇÃO

Alexandra Cesar Duarte
 ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
 JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
 17/01/2014

Rodolfo Carneiro
 ASSINATURA DO LÍQUIDO

66588356744
 PB027919595

PROBANDO PLASTIFICAR
 894056231

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 [REDACTED]
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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 médico-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

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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 médico-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