



Número: **0000543-78.2020.8.17.3000**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Orobó**

Última distribuição : **29/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE RINALDO DE LIRA (AUTOR)		EUEDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74460208	02/02/2021 10:33	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo, ligue para o Centro de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1590 (Região Metropolitana) 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 41 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, 24 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190369367

Vítima: JOSE RINALDO DE LIRA

Data do Acidente: 02/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE RINALDO DE LIRA

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

Pag. 8/10/2019 - carta_01 - INVALIDEZ



Carta nº 34876008





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo, ligue para o Centro de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1590 (Região Metropolitana) 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 41 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, 24 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190369367

Vítima: JOSE RINALDO DE LIRA

Data do Acidente: 02/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE RINALDO DE LIRA

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, contados 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

Pág. 4/50776208 - carta_01 - INVALIDEZ



Carta nº 34076384





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para o Centro de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1590 (Região Metropolitana) 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 41 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, 08 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190369367

Vítima: JOSE RINALDO DE LIRA

Data do Acidente: 02/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE RINALDO DE LIRA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoa: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JOSE RINALDO DE LIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 1

Agência: 000002369-8

Conta: 0000021074-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01/08/2019 - 09h10 - UR - INVALIDEZ



Autenticação de pagamento



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

(DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

Nº do boleto ou ASL

CPF do vítima

Nome completo da vítima

70559055455

JOSE RIVALDO DE LIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE ATIVIDADE MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

Nome completo:

JOSE RIVALDO DE LIRA

CPF: 70559055455

Profissão:

AGRICULTOR

Endereço:

FAZ. NASC. DE FATIMA

Número:

42

Complemento:

CASA

Bairro:

FEIRA NOVA

Cidade:

OROBÓ

Estado:

PE

CEP:

55945-000

E-mail:

eduardo@brazilnet.com

Nº JCCO:

1411996964719

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO 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 RENTIM☐ R\$1.000,00 ATÉ R\$5.000,00☐ 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 POU-PANCA (bancos para os bancos abertos, disponível para aplicação)☐ Bradesco (287)☐ Itaú (941)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (bancos abertos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0041

CONTA:

51867

3

AGÊNCIA:

CONTA:

Autoriza a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/vereador 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.

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

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

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

Pelo motivo acima, solicito o postponimento 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 casas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §1º, declarando que esta publicação não significa nenhuma concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (ou Div)☐ Divorciado☐ Separado judicialmente☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Gravidez (Paralela com a vítima)

Vítima deixou descendência? ☐ Sim ☐ Não

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

Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ NãoSe tem filhos, informar quantos: ☐ NenhumVítima deixou herança (ou bens)? ☐ Sim ☐ NãoVítima deixou bens (ou valores)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que eu apresentar e aprovar com esta declaração, 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.

Inscrição

Local e Data:

OROBÓ, PE, 28 de maio de 2017

Assinatura

Nome:

JOSE RIVALDO DE LIRA

CPF:

70559055455

Assinatura

Assinatura de quem assina A RDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declaração)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não habilitado deverá escolher outra pessoa habilitada, maior e capaz, para preencher o e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, compreendendo-se a data de emissão do inteiro teor do documento, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FP-001 V004/2018



Loterias CAIXA

A

REGISTRO

NOME: JOSE RIVALDO DE LIMA

CPF: 0041.0081867-3

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

DATA: 15/01/2019

LOCAL: 0800

VALOR: 1296

TERMO: 02/2019

HORA DE: 09:34:59

134-347503030-3

Loterias CAIXA



NUM 00110719 NUNTE 110719 NUTE 06299
CIBAN:061127 LOM:0001 PIN:110719
09/07/2019 BANCO DO BRASIL 00:59:39
236912701 CORRESPONDENTE BANCARIO 0299
COMPROVANTE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CLIENTE: JOSE RINALDO DE LIMA
AGENCIA: 2069-9 CONTA: 21.074-9
DATA 09/07/2019
NR. DOCUMENTO 23.696.112.700.293



ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL POLÍCIA MILITAR BOLETIM DE OCORRÊNCIA				9	30 Nº 19E0201000100
22º BPM		OROBÓ	02/02/2019	09:10	01:02
Descrição da Natureza ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL					
Data (dd/mm/aa) 02/02/2019		Hora (hh:mm) 08:50	☒ Análise Conhecida ☐ Análise desconhecida	☒ Comatado ☐ Tentado	☒ Culposos ☐ Dolosos
Circunstância do Fato		Local Principal da Ocorrência		☐ Flagrante ☐ Não Flagrante	
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) RODOVIA ESTADUAL PE 083			RECEBIDO 31 MAI 2019		Número
Complemento (Apto, Sala, Andar) VIA PÚBLICA		Bairro ZONA RURAL	Seguradora Líder DPVAT		CEP 55745-000
Município OROBÓ		UF PE	Ponto de Referência FAZENDA DE DOUTOR AFONSO		
☐ VÍTIMA ☐ IMPULSADO ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☐ OUTROS ☐ TURISTA ☐ Sim ☐ Não					
Nome / Razão Social JOSE BINALDO DE LIRA					
Pai LUIS MAURICIO DE LIRA					
Mão					
Apelido / Nome Fantasia					
Sexo: ☒ M ☐ F		Estado Civil: 1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)			
Data de Nascimento 10/04/1994		Idade aparente: 1. Menor de 12 anos 2. Criança (12-17 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)		Escalação: 1. 1º Grau Completo 2. 2º Grau Completo 3. 3º Grau Completo 4. 4º Grau Completo 5. Superior Completo 6. Não Informado	
☒ RG ☐ CNH		Órgão Expedidor SSD		UF PE	
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) TRAV. N. SR. DE FÁTIMA		Número 42		Complemento CASA	
Bairro FERRA NOVA		CEP 55745-000		Município OROBÓ	
Altura Aparente: 1. Até 1,50m 2. 1,51-1,70m 3. 1,71-1,80m 4. Acima de 1,80m		Peso: 1. Até 50kg 2. 51-60kg 3. 61-70kg 4. Acima de 70kg		Cor da Pele: 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Vermelha 5. Cinza 6. Não Informado	
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profilho		Tipo de Quilômetro / Local / Formato (Descrever)	
Tipo de Tênis / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)	
☐ VÍTIMA ☐ IMPULSADO ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☐ OUTROS ☐ TURISTA ☐ Sim ☐ Não					
Nome / Razão Social FABIO JUNIOR DA SILVA					
Pai JOSE GOMES DA SILVA					
Mãe JANDIRA JOSEFA DA SILVA					
Apelido / Nome Fantasia					
Sexo: ☒ M ☐ F		Estado Civil: 1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Anulado(a) 7. Não Informado 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)			
Data de Nascimento 16/03/1987		Idade aparente: 1. Menor de 12 anos 2. Criança (12-17 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)		Escalação: 1. 1º Grau Completo 2. 2º Grau Completo 3. 3º Grau Completo 4. 4º Grau Completo 5. Superior Completo 6. Não Informado	
☒ RG ☐ CNH		Órgão Expedidor SSD		UF PE	
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) SITIO FERRA NOVA		Número 50		Complemento CASA	
Bairro ZONA RURAL		CEP 55745-000		Município OROBÓ	
Altura Aparente: 1. Até 1,50m 2. 1,51-1,70m 3. 1,71-1,80m 4. Acima de 1,80m		Peso: 1. Até 50kg 2. 51-60kg 3. 61-70kg 4. Acima de 70kg		Cor da Pele: 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Vermelha 5. Cinza 6. Não Informado	
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		PROFISSÃO AGRICULTOR			

COPIA AUTÊNTICA - Conforme o original apresentado - OROBÓ - PE - Orobó, 23/05/2019.

Em 23/05/2019, às 15:00h, compareceu ao Cartório: **SS 3.07 - TCM: SS 9.68 - FUND: RS 0.07 - Total: RS 4.15**

Selec(a) 8077882 - VYU84281501.0135



ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL POLÍCIA MILITAR BOLETIM DE OCORRÊNCIA				
1ª VIA		BO nº 115020700010200		
Unidade Operacional 22ª BPM		Circunscrição 125ª / OROBÓ	Data do Registro 02/02/2019	Hora do Registro 08:40 h
Forma de Aproximação?		Forma de Ação da Abordagem?		
Lepel de Entrada?		Forma de Entrada?		
Alterações no Local?		Forma de Evasão?		
Câmbio Sequestro?		Estacionamento?		
Encontro		Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série
Quantidade		Valor	Moeda	Objeto Apreendido?
Qual o motivo do registro do objeto?		☐ Sim ☐ Não		
Encontro		Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série
Quantidade		Valor	Moeda	Objeto Apreendido?
Qual o motivo do registro do objeto?		☐ Sim ☐ Não		
Encontro		Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série
Quantidade		Valor	Moeda	Objeto Apreendido?
Qual o motivo do registro do objeto?		☐ Sim ☐ Não		
Encontro		Marca / Modelo	Cor	Ano
Chassi		Placa	Renovar	956137668
Qual o motivo do registro do veículo?		☐ Sim ☒ Não		
Encontro		Marca / Modelo	Cor	Ano
Chassi		Placa	Renovar	
Qual o motivo do registro do veículo?		☐ Sim ☒ Não		
A vítima José Rinaldo de Lira, estava pilotando a moto de placa R02 5632-PE, de propriedade do senhor Fabio Junior da Silva, quando em uma curva deu uma sobrada e caiu, sofrendo várias lesões, foi socorrido pelo SAMU de Pernambuco para o Hospital de trauma da cidade de Campina Grande-PB.				
Exames Solicitados: S. Solicitado R. Realizado				
Tipo de Exame		Envolvido	☐ S ☐ R	Tipo de Exame
Envolvido		☐ S ☐ R	Tipo de Exame	Envolvido
Correlator		Recebido	Matrícula	Vitória
Responsável pelo Registro		Interessado(s)		
Ass.		Ass.		
Nº		Nome		

COPIA AUTENTICA conferne o original
Apreendido em 28/02/2019.
34 - R02 5632 - Placa: 956137668 - R0
Cartão: R\$ 3,67 - TSMR: R\$ 6,63 -
PERM: R\$ 6,34 - FERN: R\$ 6,63 -
FUNSEG: R\$ 6,67 - Total: R\$ 4,18
Selo(s) 0877602 YJ04201901 0135



Despesas de Interdição de TRL



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.



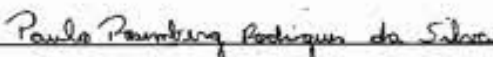
 SAMU 192	Comprovação de ato declaratório   ESTADO DA PARAIBA PREFEITURA MUNICIPAL DE UMBUZEIRO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
--	--

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que **JOSÉ RINALDO DE LIRA**, 25 anos, foi vítima de um acidente motociclístico, queda de moto, no dia 02 de fevereiro de 2019 às 09h10min, BR Umbuzeiro, sentido Natuba próximo a fazenda Dr. Afonso, onde recebeu os primeiros socorros pela equipe plantonista da Unidade de Suporte Básico (USB 49). O paciente encontrava-se consciente, orientado, verbalizando, segundo curiosos o mesmo fazia uso de capacete, estava deitado sem o mesmo, referindo dor em região de clavícula esquerda, apresentando edema e deformidade com provável fratura, saturação oscilando, colocado cateter de O2 nasal, sem sucesso, trocado por máscara com reservatório, porém não elevando a saturação, solicitado avaliação do médico da USA de Arcoíras, assim o mesmo avaliando e fazendo a remoção para o hospital de Trauma em Campina Grande.

Por expressão da verdade, firmo e assino a presente declaração.

UMBUZEIRO, 11 de Março de 2019.



 Paulo Rosenberg Rodrigues da Silva
 COORDENADOR DO SAMU

CNPJ: 09.494.245/0001-97-PB
 End: Av. Carlos Pessoa, 92 – Centro – Umbuzeiro – PB
 Fone: (83) 3395-1194
 e-mail: saude.umbuzeiro@hotmail.com





[illegible]

ACADEMIC CONTENT

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 103–110

100% (only 4.2% more than 100% in 1972)

100

Abstract

1999

Variable	Definition
----------	------------

© 2004 Blackwell Publishing Ltd

 $\lim_{t \rightarrow \infty} \mathbb{E}[\Delta t] = 0$

2000

[illegible]

1

100

100

1

Country	Very bad	Bad
U.S.	10%	10%
France	10%	10%
Germany	10%	10%
Japan	10%	10%
U.K.	10%	10%
Italy	10%	10%
Spain	10%	10%
China	10%	10%
India	10%	10%
South Africa	10%	10%
South Korea	10%	10%
Indonesia	10%	10%
Philippines	10%	10%
Thailand	10%	10%
Malaysia	10%	10%
Singapore	10%	10%
Brunei	10%	10%
Myanmar	10%	10%
Laos	10%	10%
Vietnam	10%	10%
Cambodia	10%	10%
Timor	10%	10%
East Timor	10%	10%
West Bank	10%	10%
Gaza	10%	10%
Israel	10%	10%
Lebanon	10%	10%
Syria	10%	10%
Jordan	10%	10%
Palestine	10%	10%
Yemen	10%	10%
Saudi Arabia	10%	10%
U.A.E.	10%	10%
Qatar	10%	10%
Oman	10%	10%
Kuwait	10%	10%
Bahrain	10%	10%
Sri Lanka	10%	10%
Nepal	10%	10%
Bhutan	10%	10%
Maldives	10%	10%
Myanmar	10%	10%
Laos	10%	10%
Vietnam	10%	10%
Cambodia	10%	10%
Timor	10%	10%
East Timor	10%	10%
West Bank	10%	10%
Gaza	10%	10%
Israel	10%	10%
Lebanon	10%	10%
Syria	10%	10%
Jordan	10%	10%
Palestine	10%	10%
Yemen	10%	10%
Saudi Arabia	10%	10%
U.A.E.	10%	10%
Qatar	10%	10%
Oman	10%	10%
Kuwait	10%	10%
Bahrain	10%	10%
Sri Lanka	10%	10%
Nepal	10%	10%
Bhutan	10%	10%
Maldives	10%	10%

1

1

10

Figure 6

© 2000 Blackwell Science Ltd

Copyright © 2004 by John Wiley & Sons, Inc.

100

10

Figure 1

Num. 74460208 - Pág. 13



GOVERNO
DA PARAÍBA



SEGUE
o trabalho



Documentação médica - Hospitalar



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito, que o paciente atendido no dia 02/02/2019 nesta unidade hospitalar foi **JOSE RINALDO DE LIRA**, nascido em 10/01/1994, filho de LUIZ MAURICIO DE LIRA e MARIA JOSEFA DA SILVA, inscrito sob o RG: 9.093.378 e CPF de nº 105.590.554-55, residente e domiciliada a Rua Travessa Nossa Senhora de Fátima, Feira Nova, Orobó – PE. Onde lê-se **JOSE REINADO DE LIRA** lê-se **JOSE RINALDO DE LIRA**, e onde lê-se data de nascimento 02/02/1993, considerar a acima citada.

Sem mais para o momento.

Campina Grande/PB, 15 de abril de 2019.

RODRIGO ARAÚJO CELINO

Chefe do Núcleo de Auditoria do Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande

Mat.: 157.816-2 – OAB/PB 12.138

Hospital de Emergência e Trauma
de Campina Grande - Dr. Rodrigo Celino

Helena Fernanda Silva Aragão - OAB/PB 22.893
Mat. 638.472-2 - Assessora Jurídica

HELOÍSA FERNANDA SILVA ARAGÃO

Assessora Jurídica do Núcleo de Auditoria do HETDLGF

Mat.: 638.472-2 – OAB/PB 22.893

AV. Marechal Floriano Peixoto, 4700 – Melvinas
Campina Grande – PB CEP: 58.432-809

Email: juridico.traumacg@gmail.com hospitalregionalcg@hotmail.com
CNPJ: 08.778.268-0001-60





LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. JOSÉ RINALDO DE LIRA foi vítima de acidente de trânsito no dia 02/02/2019, sofrendo TRAUMA TORÁCICO FECHADO, LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR ESQUERDA E FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO ESQUERDO, submetido a tratamento cirúrgico no Hospital de Trauma de Campina Grande -PB (drenagem torácica, redução cirúrgica e fixação com placa e parafusos para fratura do úmero esquerdo) e tratamento conservador para luxação acrômio-clavicular esquerda. Atualmente apresenta ao exame físico deformidade acentuada no ombro esquerdo (art. Acrômio-clavicular), limitação moderada da amplitude funcional do ombro esquerdo com atrofia muscular e déficit de força muscular do MSE. Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 13/05/2019


Dr. Roberto de Castro Costa
Ortopedista - Traumatologia
CRM 11.730 / RBOC 7334

ROBERTO DE CASTRO COSTA
CRM: 11.730



SUS Sistema Único de Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR		2 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR		4 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		2362856	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DE PRIORIZAÇÃO	
JOSE REINALDO DE LIRA		1823543	
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - PESS
	02/02/1993	MAR ☒	FEM ☐
11 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL		12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
MARIA JOSEFA DA SILVA		RUA FEIRA NOVA, 0, CENTRO	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		14 - CID - CID-10	
RUA FEIRA NOVA, 0, CENTRO		260970 PE 000060	
15 - CID - CID-10			
Orabé			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
16 - HISTÓRICO CLÍNICO E EXATOS SÍMPTOMAS			
Paciente vítima de acidente de carro. Trauma torácico fechado Hemotórax esquerdo			
17 - CONDIÇÃO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO			
Tratamento cirúrgico			
18 - PRINCIPAIS RESULADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS REALIZADOS			
Hemotórax			
19 - DIAGNÓSTICO INICIAL			
Hemotórax - Trauma torácico fechado			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
Tratamento com drenagem fechada			
22 - CID-10	23 - CID-10	24 - CID-10	25 - CID-10
O2	92	92	92
26 - NOME DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE		27 - Nº DE DOCUMENTO	
DAGIANE MARTINS FRAZAO		02/02/2019	
28 - NOME DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE		29 - Nº DE DOCUMENTO	
DAGIANE MARTINS FRAZAO		02/02/2019	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
30 - TIPO DE ACIDENTE		31 - Nº DO ACIDENTE	
32 - TIPO DE ACIDENTE		33 - Nº DO ACIDENTE	
34 - TIPO DE ACIDENTE		35 - Nº DO ACIDENTE	
36 - TIPO DE ACIDENTE		37 - Nº DO ACIDENTE	
38 - TIPO DE ACIDENTE		39 - Nº DO ACIDENTE	
40 - TIPO DE ACIDENTE		41 - Nº DO ACIDENTE	
42 - TIPO DE ACIDENTE		43 - Nº DO ACIDENTE	
44 - TIPO DE ACIDENTE		45 - Nº DO ACIDENTE	
46 - TIPO DE ACIDENTE		47 - Nº DO ACIDENTE	
48 - TIPO DE ACIDENTE		49 - Nº DO ACIDENTE	
50 - TIPO DE ACIDENTE		51 - Nº DO ACIDENTE	
52 - TIPO DE ACIDENTE		53 - Nº DO ACIDENTE	
54 - TIPO DE ACIDENTE		55 - Nº DO ACIDENTE	
56 - TIPO DE ACIDENTE		57 - Nº DO ACIDENTE	
58 - TIPO DE ACIDENTE		59 - Nº DO ACIDENTE	
60 - TIPO DE ACIDENTE		61 - Nº DO ACIDENTE	
62 - TIPO DE ACIDENTE		63 - Nº DO ACIDENTE	
64 - TIPO DE ACIDENTE		65 - Nº DO ACIDENTE	
66 - TIPO DE ACIDENTE		67 - Nº DO ACIDENTE	
68 - TIPO DE ACIDENTE		69 - Nº DO ACIDENTE	
70 - TIPO DE ACIDENTE		71 - Nº DO ACIDENTE	
72 - TIPO DE ACIDENTE		73 - Nº DO ACIDENTE	
74 - TIPO DE ACIDENTE		75 - Nº DO ACIDENTE	
76 - TIPO DE ACIDENTE		77 - Nº DO ACIDENTE	
78 - TIPO DE ACIDENTE		79 - Nº DO ACIDENTE	
80 - TIPO DE ACIDENTE		81 - Nº DO ACIDENTE	
82 - TIPO DE ACIDENTE		83 - Nº DO ACIDENTE	
84 - TIPO DE ACIDENTE		85 - Nº DO ACIDENTE	
86 - TIPO DE ACIDENTE		87 - Nº DO ACIDENTE	
88 - TIPO DE ACIDENTE		89 - Nº DO ACIDENTE	
90 - TIPO DE ACIDENTE		91 - Nº DO ACIDENTE	
92 - TIPO DE ACIDENTE		93 - Nº DO ACIDENTE	
94 - TIPO DE ACIDENTE		95 - Nº DO ACIDENTE	
96 - TIPO DE ACIDENTE		97 - Nº DO ACIDENTE	
98 - TIPO DE ACIDENTE		99 - Nº DO ACIDENTE	
100 - TIPO DE ACIDENTE		101 - Nº DO ACIDENTE	
102 - TIPO DE ACIDENTE		103 - Nº DO ACIDENTE	
104 - TIPO DE ACIDENTE		105 - Nº DO ACIDENTE	
106 - TIPO DE ACIDENTE		107 - Nº DO ACIDENTE	
108 - TIPO DE ACIDENTE		109 - Nº DO ACIDENTE	
110 - TIPO DE ACIDENTE		111 - Nº DO ACIDENTE	
112 - TIPO DE ACIDENTE		113 - Nº DO ACIDENTE	
114 - TIPO DE ACIDENTE		115 - Nº DO ACIDENTE	
116 - TIPO DE ACIDENTE		117 - Nº DO ACIDENTE	
118 - TIPO DE ACIDENTE		119 - Nº DO ACIDENTE	
120 - TIPO DE ACIDENTE		121 - Nº DO ACIDENTE	
122 - TIPO DE ACIDENTE		123 - Nº DO ACIDENTE	
124 - TIPO DE ACIDENTE		125 - Nº DO ACIDENTE	
126 - TIPO DE ACIDENTE		127 - Nº DO ACIDENTE	
128 - TIPO DE ACIDENTE		129 - Nº DO ACIDENTE	
130 - TIPO DE ACIDENTE		131 - Nº DO ACIDENTE	
132 - TIPO DE ACIDENTE		133 - Nº DO ACIDENTE	
134 - TIPO DE ACIDENTE		135 - Nº DO ACIDENTE	
136 - TIPO DE ACIDENTE		137 - Nº DO ACIDENTE	
138 - TIPO DE ACIDENTE		139 - Nº DO ACIDENTE	
140 - TIPO DE ACIDENTE		141 - Nº DO ACIDENTE	
142 - TIPO DE ACIDENTE		143 - Nº DO ACIDENTE	
144 - TIPO DE ACIDENTE		145 - Nº DO ACIDENTE	
146 - TIPO DE ACIDENTE		147 - Nº DO ACIDENTE	
148 - TIPO DE ACIDENTE		149 - Nº DO ACIDENTE	
150 - TIPO DE ACIDENTE		151 - Nº DO ACIDENTE	
152 - TIPO DE ACIDENTE		153 - Nº DO ACIDENTE	
154 - TIPO DE ACIDENTE		155 - Nº DO ACIDENTE	
156 - TIPO DE ACIDENTE		157 - Nº DO ACIDENTE	
158 - TIPO DE ACIDENTE		159 - Nº DO ACIDENTE	
160 - TIPO DE ACIDENTE		161 - Nº DO ACIDENTE	
162 - TIPO DE ACIDENTE		163 - Nº DO ACIDENTE	
164 - TIPO DE ACIDENTE		165 - Nº DO ACIDENTE	
166 - TIPO DE ACIDENTE		167 - Nº DO ACIDENTE	
168 - TIPO DE ACIDENTE		169 - Nº DO ACIDENTE	
170 - TIPO DE ACIDENTE		171 - Nº DO ACIDENTE	
172 - TIPO DE ACIDENTE		173 - Nº DO ACIDENTE	
174 - TIPO DE ACIDENTE		175 - Nº DO ACIDENTE	
176 - TIPO DE ACIDENTE		177 - Nº DO ACIDENTE	
178 - TIPO DE ACIDENTE		179 - Nº DO ACIDENTE	
180 - TIPO DE ACIDENTE		181 - Nº DO ACIDENTE	
182 - TIPO DE ACIDENTE		183 - Nº DO ACIDENTE	
184 - TIPO DE ACIDENTE		185 - Nº DO ACIDENTE	
186 - TIPO DE ACIDENTE		187 - Nº DO ACIDENTE	
188 - TIPO DE ACIDENTE		189 - Nº DO ACIDENTE	
190 - TIPO DE ACIDENTE		191 - Nº DO ACIDENTE	
192 - TIPO DE ACIDENTE		193 - Nº DO ACIDENTE	
194 - TIPO DE ACIDENTE		195 - Nº DO ACIDENTE	
196 - TIPO DE ACIDENTE		197 - Nº DO ACIDENTE	
198 - TIPO DE ACIDENTE		199 - Nº DO ACIDENTE	
200 - TIPO DE ACIDENTE		201 - Nº DO ACIDENTE	
202 - TIPO DE ACIDENTE		203 - Nº DO ACIDENTE	
204 - TIPO DE ACIDENTE		205 - Nº DO ACIDENTE	
206 - TIPO DE ACIDENTE		207 - Nº DO ACIDENTE	
208 - TIPO DE ACIDENTE		209 - Nº DO ACIDENTE	
210 - TIPO DE ACIDENTE		211 - Nº DO ACIDENTE	
212 - TIPO DE ACIDENTE		213 - Nº DO ACIDENTE	
214 - TIPO DE ACIDENTE		215 - Nº DO ACIDENTE	
216 - TIPO DE ACIDENTE		217 - Nº DO ACIDENTE	
218 - TIPO DE ACIDENTE		219 - Nº DO ACIDENTE	
220 - TIPO DE ACIDENTE		221 - Nº DO ACIDENTE	
222 - TIPO DE ACIDENTE		223 - Nº DO ACIDENTE	
224 - TIPO DE ACIDENTE		225 - Nº DO ACIDENTE	
226 - TIPO DE ACIDENTE		227 - Nº DO ACIDENTE	
228 - TIPO DE ACIDENTE		229 - Nº DO ACIDENTE	
230 - TIPO DE ACIDENTE		231 - Nº DO ACIDENTE	
232 - TIPO DE ACIDENTE		233 - Nº DO ACIDENTE	
234 - TIPO DE ACIDENTE		235 - Nº DO ACIDENTE	
236 - TIPO DE ACIDENTE		237 - Nº DO ACIDENTE	
238 - TIPO DE ACIDENTE		239 - Nº DO ACIDENTE	
240 - TIPO DE ACIDENTE		241 - Nº DO ACIDENTE	
242 - TIPO DE ACIDENTE		243 - Nº DO ACIDENTE	
244 - TIPO DE ACIDENTE		245 - Nº DO ACIDENTE	
246 - TIPO DE ACIDENTE		247 - Nº DO ACIDENTE	
248 - TIPO DE ACIDENTE		249 - Nº DO ACIDENTE	
250 - TIPO DE ACIDENTE		251 - Nº DO ACIDENTE	
252 - TIPO DE ACIDENTE		253 - Nº DO ACIDENTE	
254 - TIPO DE ACIDENTE		255 - Nº DO ACIDENTE	
256 - TIPO DE ACIDENTE		257 - Nº DO ACIDENTE	
258 - TIPO DE ACIDENTE		259 - Nº DO ACIDENTE	
260 - TIPO DE ACIDENTE		261 - Nº DO ACIDENTE	
262 - TIPO DE ACIDENTE		263 - Nº DO ACIDENTE	
264 - TIPO DE ACIDENTE		265 - Nº DO ACIDENTE	
266 - TIPO DE ACIDENTE		267 - Nº DO ACIDENTE	
268 - TIPO DE ACIDENTE		269 - Nº DO ACIDENTE	
270 - TIPO DE ACIDENTE		271 - Nº DO ACIDENTE	
272 - TIPO DE ACIDENTE		273 - Nº DO ACIDENTE	
274 - TIPO DE ACIDENTE		275 - Nº DO ACIDENTE	
276 - TIPO DE ACIDENTE		277 - Nº DO ACIDENTE	
278 - TIPO DE ACIDENTE		279 - Nº DO ACIDENTE	
280 - TIPO DE ACIDENTE		281 - Nº DO ACIDENTE	
282 - TIPO DE ACIDENTE		283 - Nº DO ACIDENTE	
284 - TIPO DE ACIDENTE		285 - Nº DO ACIDENTE	
286 - TIPO DE ACIDENTE		287 - Nº DO ACIDENTE	
288 - TIPO DE ACIDENTE		289 - Nº DO ACIDENTE	
290 - TIPO DE ACIDENTE		291 - Nº DO ACIDENTE	
292 - TIPO DE ACIDENTE		293 - Nº DO ACIDENTE	
294 - TIPO DE ACIDENTE		295 - Nº DO ACIDENTE	
296 - TIPO DE ACIDENTE		297 - Nº DO ACIDENTE	
298 - TIPO DE ACIDENTE		299 - Nº DO ACIDENTE	
300 - TIPO DE ACIDENTE		301 - Nº DO ACIDENTE	
302 - TIPO DE ACIDENTE		303 - Nº DO ACIDENTE	
304 - TIPO DE ACIDENTE		305 - Nº DO ACIDENTE	
306 - TIPO DE ACIDENTE		307 - Nº DO ACIDENTE	
308 - TIPO DE ACIDENTE		309 - Nº DO ACIDENTE	
310 - TIPO DE ACIDENTE		311 - Nº DO ACIDENTE	
312 - TIPO DE ACIDENTE		313 - Nº DO ACIDENTE	
314 - TIPO DE ACIDENTE		315 - Nº DO ACIDENTE	
316 - TIPO DE ACIDENTE		317 - Nº DO ACIDENTE	
318 - TIPO DE ACIDENTE		319 - Nº DO ACIDENTE	
320 - TIPO DE ACIDENTE		321 - Nº DO ACIDENTE	
322 - TIPO DE ACIDENTE		323 - Nº DO ACIDENTE	
324 - TIPO DE ACIDENTE		325 - Nº DO ACIDENTE	
326 - TIPO DE ACIDENTE		327 - Nº DO ACIDENTE	
328 - TIPO DE ACIDENTE		329 - Nº DO ACIDENTE	
330 - TIPO DE ACIDENTE		331 - Nº DO ACIDENTE	
332 - TIPO DE ACIDENTE		333 - Nº DO ACIDENTE	
334 - TIPO DE ACIDENTE		335 - Nº DO ACIDENTE	
336 - TIPO DE ACIDENTE		337 - Nº DO ACIDENTE	
338 - TIPO DE ACIDENTE		339 - Nº DO ACIDENTE	
340 - TIPO DE ACIDENTE		341 - Nº DO ACIDENTE	
342 - TIPO DE ACIDENTE		343 - Nº DO ACIDENTE	
344 - TIPO DE ACIDENTE		345 - Nº DO ACIDENTE	
346 - TIPO DE ACIDENTE		347 - Nº DO ACIDENTE	
348 - TIPO DE ACIDENTE		349 - Nº DO ACIDENTE	
350 - TIPO DE ACIDENTE		351 - Nº DO ACIDENTE	
352 - TIPO DE ACIDENTE		353 - Nº DO ACIDENTE	
354 - TIPO DE ACIDENTE		355 - Nº DO ACIDENTE	
356 - TIPO DE ACIDENTE		357 - Nº DO ACIDENTE	
358 - TIPO DE ACIDENTE		359 - Nº DO ACIDENTE	
360 - TIPO DE ACIDENTE		361 - Nº DO ACIDENTE	
362 - TIPO DE ACIDENTE		363 - Nº DO ACIDENTE	
364 - TIPO DE ACIDENTE		365 - Nº DO ACIDENTE	
366 - TIPO DE ACIDENTE		367 - Nº DO ACIDENTE	
368 - TIPO DE ACIDENTE		369 - Nº DO ACIDENTE	
370 - TIPO DE ACIDENTE		371 - Nº DO ACIDENTE	
372 - TIPO DE ACIDENTE		373 - Nº DO ACIDENTE	
374 - TIPO DE ACIDENTE		375 - Nº DO ACIDENTE	
376 - TIPO DE ACIDENTE		377 - Nº DO ACIDENTE	
378 - TIPO DE ACIDENTE		379 - Nº DO ACIDENTE	
380 - TIPO DE ACIDENTE		381 - Nº DO ACIDENTE	
382 - TIPO DE ACIDENTE		383 - Nº DO ACIDENTE	
384 - TIPO DE ACIDENTE		385 - Nº DO ACIDENTE	
386 - TIPO DE ACIDENTE		387 - Nº DO ACIDENTE	
388 - TIPO DE ACIDENTE		389 - Nº DO ACIDENTE	
390 - TIPO DE ACIDENTE		391 - Nº DO ACIDENTE	
392 - TIPO DE ACIDENTE		393 - Nº DO ACIDENTE	
394 - TIPO DE ACIDENTE		395 - Nº DO ACIDENTE	
396 - TIPO DE ACIDENTE		397 - Nº DO ACIDENTE	
398 - TIPO DE ACIDENTE		399 - Nº DO ACIDENTE	
400 - TIPO DE ACIDENTE		401 - Nº DO ACIDENTE	
402 - TIPO DE ACIDENTE		403 - Nº DO ACIDENTE	
404 - TIPO DE ACIDENTE		405 - Nº DO ACIDENTE	
406 - TIPO DE ACIDENTE		407 - Nº DO ACIDENTE	
408 - TIPO DE ACIDENTE		409 - Nº DO ACIDENTE	
410 - TIPO DE ACIDENTE		411 - Nº DO ACIDENTE	
412 - TIPO DE ACIDENTE		413 - Nº DO ACIDENTE	
414 - TIPO DE ACIDENTE		415 - Nº DO ACIDENTE	
416 - TIPO DE ACIDENTE		417 - Nº DO ACIDENTE	
418 - TIPO DE ACIDENTE		419 - Nº DO ACIDENTE	
420 - TIPO DE ACIDENTE		421 - Nº DO ACIDENTE	
422 - TIPO DE ACIDENTE		423 - Nº DO ACIDENTE	
424 - TIPO DE ACIDENTE		425 - Nº DO ACIDENTE	
426 - TIPO DE ACIDENTE		427 - Nº DO ACIDENTE	
428 - TIPO DE ACIDENTE		429 - Nº DO ACIDENTE	
430 - TIPO DE ACIDENTE		431 - Nº DO ACIDENTE	
432 - TIPO DE ACIDENTE		433 - Nº DO ACIDENTE	
434 - TIPO DE ACIDENTE		435 - Nº DO ACIDENTE	
436 - TIPO DE ACIDENTE		437 - Nº DO ACIDENTE	
438 - TIPO DE ACIDENTE		439 - Nº DO ACIDENTE	
440 - TIPO DE ACIDENTE		441 - Nº DO ACIDENTE	
442 - TIPO DE ACIDENTE		443 - Nº DO ACIDENTE	
444 - TIPO DE ACIDENTE		445 - Nº DO ACIDENTE	
446 - TIPO DE ACIDENTE		447 - Nº DO ACIDENTE	
448 - TIPO DE ACIDENTE		449 - Nº DO ACIDENTE	
450 - TIPO DE ACIDENTE		451 - Nº DO ACIDENTE	
452 - TIPO DE ACIDENTE		453 - Nº DO ACIDENTE	
454 - TIPO DE ACIDENTE		455 - Nº DO ACIDENTE	
456 - TIPO DE ACIDENTE		457 - Nº DO ACIDENTE	
458 - TIPO DE ACIDENTE		459 - Nº DO ACIDENTE	
460 - TIPO DE ACIDENTE		461 - Nº DO ACIDENTE	
462 - TIPO DE ACIDENTE		463 - Nº DO ACIDENTE	
464 - TIPO DE ACIDENTE		465 - Nº DO ACIDENTE	
466 - TIPO DE ACIDENTE		467 - Nº DO ACIDENTE	
468 - TIPO DE ACIDENTE		469 - Nº DO ACIDENTE	
470 - TIPO DE ACIDENTE		471 - Nº DO ACIDENTE	
472 - TIPO DE ACIDENTE		473 - Nº DO ACIDENTE	
474 - TIPO DE ACIDENTE		475 - Nº DO ACIDENTE	
476 - TIPO DE ACIDENTE		477 - Nº DO ACIDENTE	
478 - TIPO DE ACIDENTE		479 - Nº DO ACIDENTE	
480 - TIPO DE ACIDENTE		481 - Nº DO ACIDENTE	
482 - TIPO DE ACIDENTE		483 - Nº DO ACIDENTE	
484 - TIPO DE ACIDENTE		485 - Nº DO ACIDENTE	
486 - TIPO DE ACIDENTE		487 - Nº DO ACIDENTE	
488 - TIPO DE ACIDENTE		489 - Nº DO ACIDENTE	
490 - TIPO DE ACIDENTE		491 - Nº DO ACIDENTE	
492 - TIPO DE ACIDENTE		493 - Nº DO ACIDENTE	
494 - TIPO DE ACIDENTE		495 - Nº DO ACIDENTE	
496 - TIPO DE ACIDENTE		497 - Nº DO ACIDENTE	
498 - TIPO DE ACIDENTE		499 - Nº DO ACIDENTE	
500 - TIPO DE ACIDENTE		501 - Nº DO ACIDENTE	
502 - TIPO DE ACIDENTE		503 - Nº DO ACIDENTE	
504 - TIPO DE ACIDENTE		505 - Nº DO ACIDENTE	
506 - TIPO DE ACIDENTE		507 - Nº DO ACIDENTE	
508 - TIPO DE ACIDENTE		509 - Nº DO ACIDENTE	
510 - TIPO DE ACIDENTE		511 - Nº DO ACIDENTE	
512 - TIPO DE ACIDENTE		513 - Nº DO ACIDENTE	
514 - TIPO DE ACIDENTE		515 - Nº DO ACIDENTE	
516 - TIPO DE ACIDENTE		517 - Nº DO ACIDENTE	
518 - TIPO DE ACIDENTE		519 - Nº DO ACIDENTE	
520 - TIPO DE ACIDENTE		521 - Nº DO ACIDENTE	
522 - TIPO DE ACIDENTE		523 - Nº DO ACIDENTE	
524 - TIPO DE ACIDENTE		525 - Nº DO ACIDENTE	
526 - TIPO DE ACIDENTE		527 - Nº DO ACIDENTE	

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2021 10:33:17
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020210331742100000072980013>
 Número do documento: 21020210331742100000072980013

Paciente: <u>Dr. Ronaldo de Lima</u>			Idade: <u>46</u>
Convênio: <u>SAES</u>			Data: <u>02/07/93</u>
Procedimento: <u>Drenagem da Tórax</u>			
Chirurgia: <u>Dr. Dargatz</u>	Auxiliar:	Anestesiista: <u>Dr. Sallusti</u>	
Início: <u>14:30</u>	Fim: <u>16:30</u>	Anestesia: <u>Sedação + lora</u>	

[illegible]

Observações:
 16.30h 01/02/99 Retirado 4,50ml do líquido da amniotomia
 de uma sangramento

Assinatura: 
 Data: 16/02/99

Assinatura do Anestesiologista: _____
 Relativo de Operação _____
 Circulante: _____

Nome do Paciente		Joaquim Raimundo da Silva		Nº Prontuário	
Data da Operação		01 de 10		Lecão	
Operador		Sr. Augusto		1º Auxiliar	
2º Auxiliar		3º Auxiliar		Instrumentador	
Anestesia		Ox. Brom. 1/4		Tipo de Anestesia	
Designação Pré-Operatório		Ampliação e		Anestesia	
Tipo de Operação		Exploração com		Cirurgia	
Diagnóstico Pré-Operatório		Uterino		Cirurgia	
Relatório imediato da Patologia		Relatório		Relatório	
Exame Radiológico em Alto		Exame Radiológico		Exame Radiológico	
Acidente Durante a Operação		Acidente Durante a Operação		Acidente Durante a Operação	

DESCRIPÇÃO DA OPERAÇÃO

[illegible]



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUIE
o trabalho



SOLICITAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE ÓRTESE / PRÓTESE

NOME DO PACIENTE: Mrs. Raimundo IDADE _____
() PACIENTE INTERNADO EMFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: ____/____/____

DIAGNÓSTICO:

Fract. distal de um dos membros

MATERIAL ESPECIAL:

Placa OXIA 4.5 JCP
longa

JUSTIFICATIVA MÉDICA DA SOLICITAÇÃO DO MATERIAL:

Fr. ungueal

ASSINATURA DO MÉDICO

PAREREN DA DIREÇÃO TÉCNICA:

ASSINATURA E CARIMBO



[illegible]

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180484172
Nome do(a) Examinado(a): EUCLIDES GOMES DA ROCHA BISNETO
Endereço do(a) Examinado(a): R JOSÉ ALEXANDRE, 1 - MACHADOS/PE -
CEP 55740-000
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 8754302 - SDS PE
Data e Local do Acidente : 03/07/2018
Data e Local do Exame : 18/12/2018 AVENIDA DR PEDRO JORDÃO, 1252 -
CARUARU/PE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no
acidente relatado e comprovado.
Fratura exposta 1/3 médio fêmur direito.

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

Quadro submetido à osteossíntese com haste. Realizou fisioterapia da qual
teve alta há 2 meses.

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

Vítima queixa de dor em quadril e joelho direito. Ao exame: marcha claudicante
(+++), hipotrofia do quadríceps moderada, edema (++/+++), redução
moderada de flexo-extensão do joelho direito.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe sequelas (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a
qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais
permanentes) resultantes do acidente:
Dano funcional do joelho direito.

VI. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 5.194/74,
modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determina 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.

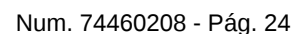
a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o
enquadramento no campo das observações (*).



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

7-4-1964
Mr. C. de Haas
Mr. J. van der
Mr. J. van der



assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2021 10:33:17
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020210331742100000072980013>
 Número do documento: 21020210331742100000072980013

Número do Formulário: 120812 DATA DA CIRCUNCISÃO: 18/06/2016

Número de Atendimento: 182554) Ctx: CORTOPILHA 7 / Set: 1 / Lei: 5

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JOSÉ REINALDO DE LIRA

Data de Intercepção: 02/02/2019

Amdocs no: 18255-43

Diagnóstico Pré-Operatório: 0408020193 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERO (E)

Diagnóstico Pós-Operatório: 60802033 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
DIAPHISE DO UMERU. (e)

Cirurgia: RAF1 Data da Cirurgia: 19/02/2019

Equation:

Churchill: ANDREY LEAL WANDERLEY

ANTONIO DE PAIVA CAMARA

Aut 2: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aug 3: ϕ

Instrumintador NORMA

Aventis: DIEGO

Tipos de sistemas: GERAL + BLOQUEIO

Relatório Inicial de Patologista (NDN)

Exame Radiológico na AmNÃO

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM BOM SOR ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISEPSIA + CAMPOS ESTÉREIS
3. INCISÃO EM VIA DE HENRY PROXIMAL EM BRAÇO ESQUERDO + DISSECAÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA
4. EVIDENCIADA FRATURA COM PEQUENA COMINUIÇÃO POSTERO-LATERAL, APROX 1,5CM
5. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA
6. OSTEOSÍNTESE COM PLACA DCP LARGA 8 FUROS + 4 PARAFUSOS CORTICAIS
7. LAVADO DE PO COM SORO FISIOLÓGICO
8. APOSIÇÃO DE FRAGMENTOS EM PEQUENA FALHA COMO ENXERTO AUTÓLOGO
9. FECHAMENTO POR PLANOS COM VICRYL 0 + NYLON 3-0
10. CURATIVO
11. RX CONTROLE

Date 19/02/2019

Assinatura/Certimbo
Yury De Pablos Gómez

<http://dx.doi.org/10.1186/1475-2875-10-104>

20



**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: 3200053470
Nome do(s) Examinado(a): Alisson da Silva Amorim
Endereço do(s) Examinado(a): Vertente, S/N - Ca
Zona Rural - Crato - PE - CEP: 55745-000
Identificação—Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 10008626
Data [do] do acidente: [10/11/2018]
Data [do] do exame: [18/02/2020] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

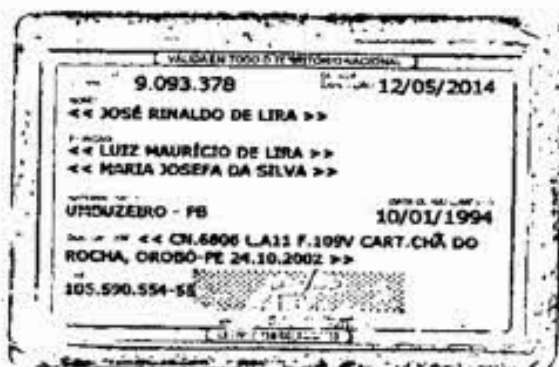
- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
POLITRAUMATISMO COM TRAUMA TORÁCICO COM PNEUMOTORAX A ESQUERDA E LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR GRAU II DO OMBRO ESQUERDO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data de alta.
Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DRENAGEM DO PNEUMOTORAX E TRATAMENTO CONSERVADOR DA LAC. PERMANECERU TEMPO PROLONGADO EM SUPORTE DE UTI COM AVM E TRAQUEOSTOMIA. Complicações: ESTENOSE TRAQUEAL E FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA ASSOCIADAS A ITR DE REPETIÇÃO. LAC COM INDICAÇÃO CIRÚRGICA NÃO REALIZADO TRATAMENTO DE ESCOLHA. Data de Alta: 17/12/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
LIMITAÇÃO RESIDUAL DA EXPANSIBILIDADE TORÁCICA E VENTILATÓRIA. LIMITAÇÃO MODERADA DA FORÇA MUSCULAR DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO 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 definitiva irreversível) não mais susceptível à qualquer medida terapêutica?
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (defeitos funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL AS ESTRUTURAS TORÁCICAS E MODERADO AO OMBRO ESQUERDO
Caso a resposta do item V seja "Não", corrigir adicionando apenas as sequelas no item VI "X". Caso a resposta seja "Sim", seguir o item permanente no item VI "X".
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 5.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.345/2006 determina o dano corporal permanente e o quantifica 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 dias | () "Sem sequelas permanentes"
(Não existem lesões efetivamente decorrentes do acidente de trânsito que não sejam susceptíveis de atenuação 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):
OMBRO - Lado Esquerdo | Região Corporal (Sequela):
LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS TORÁCICAS CURSANDO COM PREJUÍZOS FUNCIONAIS NÃO COMPENSÁVEIS DE ORDEM AUTÔNOMICA, RESPIRATÓRIA OU CARDIOVASCULAR. |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % 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.

Assinatura do(s) Médico(s) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Antônio Yves Cordeiro de Mello Junior

DR. ANTONIO YVES
Médico
CRM: 177561





Documento de Identificação



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		SEGURO OBRIGATORIO DE BOMAS PESSOAS CARRIAGOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT	
DETRAN - PE Nº 014487139410 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO 1 558137652 2019 FABIO JUNIOR DA SILVA OROBIO - PE 072.616.074-10 R125832 958137652 2008 09 9C2XC0850RH044570 PAS /MOTOCICLETA GASOLINA BOMBA/OC 150 TITAN RS 2008 2008 20/149CL PARTIC VERMELHA IPVA 2019 QUITADO 60.11 SEGURO 03/01/19 SEM RESERVA TO DE PORTE OBRIGATORIO NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA OROBIO 24/01/19		PE Nº 014487139410 BILHETE DE SEGURO DPVAT FABIO JUNIOR DA SILVA SITIO GATI 3 55145-000 E BRVA BOMA KOBAL OROBO-PE ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204 2019 24/01/19 072.616.074-10 R125832 958137652 BOMBA/OC 150 TITAN RS 2008 09 9C2XC0850RH044570 PREMIO TRANSFARIO 36.05 4.01 40.06 4.15 6.32 84.58 23/01/19 SEGURODORA LIDER - DPVAT CONTEGUA-R GUARDE O BILHETE DPVAT SEU IMO E SEU PORTE OBRIGATORIO	



007



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150369367 Cidade: Grobé Natureza: Invalido: Permanente
 Vítima: JOSE RINALDO DE LIRA Data do acidente: 02/03/2019 Seguradora: CENTALHO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA TORÁCICO FECHADO.
 FRATURA NA DIÁFISE DO ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO NO TÓRAX(ORENAGEM).
 TRATAMENTO CIRÚRGICO ÚMERO (PLACA E PARAFUSOS).
 ALTA-(PL/3/4/6/7/FC/8/9/13FC)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequelas

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder do
Consórcio da Seguradora DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0194414/19

Vítima: JOSE RINALDO DE LIRA

CPF: 105.590.554-55

CPF do: Próprio

Data do acidente: 02/02/2019

Título do CPF: JOSE RINALDO DE LIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

JOSE RINALDO DE LIRA : 105.590.554-55

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Outros



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 protocoladas como comprovante de entrega por meio de cancela 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: 07/06/2019

Nome: JOSE RINALDO DE LIRA

CPF: 105.590.554-55

JOSE RINALDO DE LIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/06/2019

Nome: AGNES CRISTINA GUIDES LOPES

CPF: 156.118.567-28

AGNES CRISTINA GUIDES LOPES





Seguradora Líder - OPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSE RINALDO DE LIRA
 DATA DO ACIDENTE 02-02-2019 CPF DA VÍTIMA 10558055455
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO JOSE RINALDO DE LIRA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR TRAM. M. S. A. DE FÁTIMA
 Nº 42 COMPLEMENTO CASA BAIRRO FAÍRA NOVA
 CIDADE BOA VISTA UF PE CEP 55745-000
 E-MAIL alvaromendes@bol.com TELEFONE (81) 99696 4919
9966 5824

MARQUE O DO PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEREA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 16 A 18 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEREA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 16 A 18 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR HAVERÁ CONCORRÊNCIA COM A QUANTIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DO SEGURO PRIVATIZADA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 3.700,00 (REEMBOLSO ESTY VALOR PARA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS).
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR: WWW.OPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGAR GRÁTIS SAC DPVAT 0800 822 1104

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 28-05-2019
 IDENTIDADE 9093378
 ASSINATURA JOSE RINALDO

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 28/05/19
 NOME JOHN LENNON DE LIMA SILVA
 ASSINATURA John Lennon de Lima Silva





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo figure 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, figure para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

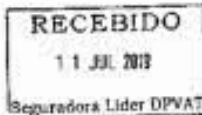
Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190369357

Vítima: JOSE RINALDO DE LIRA

Data do Acidente: 02/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ



Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE RINALDO DE LIRA

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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 Lider-DPVAT

Estamos aqui para Você

Dúvidas



Carta nº 146/19000

Pag: 01/01/01/00 - carta_03 - INVALIDEZ



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSÉ RINALDO DE LIRA
 DATA DO ACIDENTE 02.02.2019 CPF DA VÍTIMA 10559055455
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO JOSÉ RINALDO DE LIRA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL CUIO PARANTESCO COM A VÍTIMA E
 ENDEREÇO DO PORTADOR TRAX NOSSA SENHORA DE FÁTIMA
 Nº 42 COMPLEMENTO CASA BAIRRO FEIRA NOVA
 CIDADE PAROÍSO UF PE CEP 55745-000
 E-MAIL andrykato@hotmail.com.br TELEFONE (81) 996964988

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO:
 - MORTE - R\$ 25.000,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 15.000,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVIDENTE NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSADO ATÉ R\$ 3.000,00 (TRÊS MIL REAIS). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PERÍODO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR: WWW.DPVATSEGUROSDISTRIBUIDOR.COM.BR OU LIGAR GRÁTIS SAC DPVAT 0800 323 3304

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 08.07.2019
 IDENTIDADE 9093378
 ASSINATURA JOSÉ RINALDO

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Contratos de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-6194414/19

Número do Sinistro: 3190369367

Vítima: JOSE RINALDO DE LIRA

CPF: 105.590.554-55

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/02/2019

Títular do CPF: JOSE RINALDO DE LIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

JOSE RINALDO DE LIRA : 105.590.554-55

Autorização de pagamento

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 de entrega: 17/07/2019
Nome: JOSE RINALDO DE LIRA
CPF: 105.590.554-55

JOSE RINALDO DE LIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2019
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.105.247-59

Paulo Victor Soares Sant'Ana



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150369367 Cidade: Grobé Natureza: Invalido: Permanente
 Vítima: JOSE RINALDO DE LIRA Data do acidente: 02/03/2019 Seguradora: CENTALHO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA TORÁCICO FECHADO.
 FRATURA NA DIÁFISE DO ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO NO TÓRAX(ORENAGEM).
 TRATAMENTO CIRÚRGICO ÚMERO (PLACA E PARAFUSOS).
 ALTA-(PL/3/4/6/7/FC/8/9/13FC)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequelas

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0194414/19

Vítima: JOSE RINALDO DE LIRA

CPF: 105.590.554-55

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/02/2019

Titular do CPF: JOSE RINALDO DE LIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Bolém de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE RINALDO DE LIRA : 105.590.554-55

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 5194 / 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 chancele 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: 07/06/2019
Nome: JOSE RINALDO DE LIRA
CPF: 105.590.554-55

JOSE RINALDO DE LIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/06/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-38

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

