

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200285083 **Cidade:** Conceição **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE IVANES FERREIRA **Data do acidente:** 01/03/2020 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO. P4/11
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR 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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

BANCO DO BRASIL S.A.

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: 19/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE IVANES FERREIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00913-X

CONTA: 000000026702-3

Nr. da Autenticação B208D9A736D4A1E1

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DIÁRIOS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASE:

090.691.294-43

4 - Nome completo da vítima:

José Ivanês Ferreira

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

5 - Nome completo:

JOSÉ IVANÊS FERREIRA

6 - CPF:

090.691.264-43

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

R. JOSÉ CANAÍDO BATISTA

9 - Número:

578

10 - Complemento:

-

11 - Bairro:

SÍTIO GERALDO

12 - Cidade:

CONCEISA

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58.970-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

-

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO BRASIL S/A

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

0913

☒

CONTA:

26.702

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

CONCEISA - PB 10/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA

INFORME ESTE NÚMERO

MATRICULA

31422713

REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MAI/2020

JOSE PAULO F JUNIOR

RUA JOSE CANDIDO BATISTA, 578 - SAO GERALDO

CONCEICAO PB 58970- 000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
079.004.085.0163.000	000	1	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y19H705412	28/12/2019	EXT LACK	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (M3) | NUM DE DIAS | PROXIMA LEITURA
46 | 59 | 13 | 32 | 05/06/2020

HIST. CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.

ABR/2020	13	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
MAR/2020	11	TURBIDEZ	26	26	26
FEV/2020	18	CLORO	26	26	26
JAN/2020	12	PH	0	0	0
DEZ/2019	12	COR	26	26	23
NOV/2019	12	COL.TOTAIS	26	26	26
MEDIA(M)	13	DADOS REFERENTES A: MAR/2020			

DATA DA IMPRESSÃO: 06/05/2020

HORA DA IMPRESSÃO: 08:14:35

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	3 M3	14,67
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 4,86 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 19/05/2020 Total a Pagar: R\$ 52,58



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA:

INFORMAÇÕES GERAIS:

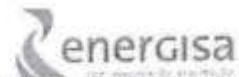
EM CONFORMIDADE COM ART. 3º DA LEI 12.007/2009, INFORMAMOS QUE NÃO HÁ PENDÊNCIA OU FATURA VENCIDA PARA ESTA MATRÍCULA. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI A COMPROVAÇÃO DA QUITAÇÃO DAS FATURAS MENSIS DOS DÉBITOS ATÉ 31/12/2019, NÃO ABRANGENDO OS PARCELAAMENTOS PENDENTES NAS FATURAS DE 2019.

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fixo!

Documento não é negociável de certa.

Requisito para emissão de boleto: Documento de entrega elétrica - Nº 027.709.719



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 50171-080
CNPJ 09.095.183/0001-40 Ins. Est. 16.019.523-0

DADOS DO CLIENTE

IVANILDO CARDOSO DE SOUSA
RUA PREF JOAO FAUSTO 984
CONCEICAO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/826787-4

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUL/2019	10/07/2019	171	17/07/2019	R\$ 158,27

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 07/08/2019				
Pagador: IVANILDO CARDOSO DE SOUSA CNPJ/CPF: 425.209.324-49				
RUA PREF JOAO FAUSTO 984 - CENTRO - CONCEICAO / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número:	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
25249120003630721	000826787201907	17/07/2019	R\$ 158,27	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3084-3/2447-3				

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=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ivanildo Cardoso de Sousa

inscrito (a) no CPF/CNPJ 425.209.324 / 49, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Ivanês Ferreira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.691.264 / 43,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima José Ivanês Ferreira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.691.264 / 43, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

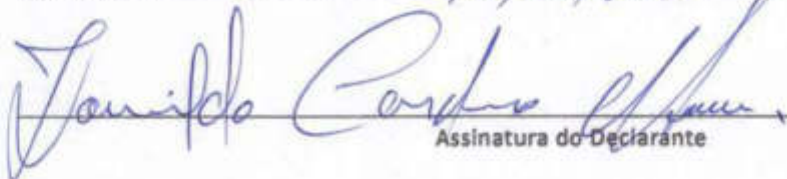
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ 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 Prefeito João Fausto</u>	Número:	<u>964</u>	Complemento:	
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Conceição</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:	<u>ivanildocardoso47@gmail.com</u>			CEP:	<u>58.970-000</u>
				Tel. (DDD):	<u>(83) 9.9622- 5895</u>

Local e Data: Conceição-Pb 10/08/2020


Assinatura do Declarante



PREFEITURA MUNICIPAL DE CONCEIÇÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVICO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192
BASE DECENTRALIZADA DE CONCEIÇÃO-PB
SAMU 192 - REGIONAL DE PIANCO - PB



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO USA-05

IDENTIFICAÇÃO DA OCORRÊNCIA			
DATA 01-03-20	OCORRÊNCIA Nº	PACIENTE/USUÁRIO Josi Varnus Ferreira	SEXO: ☒ MASC. () FEM 28
LOCAL DA OCORRÊNCIA		BAIRRO BR 361	Nº DA PLACA
APOIO: ☒ PM () RESGATE/BOMBEIRO () CPTRAN () STTRANS () OUTRO			
QTH: () SOCORRIDO POR TERCEIROS () RECUSOU ATENDIMENTO () SOCORRIDO PELOS BOMBEIROS () LOCAL NÃO ENCONTRADO () OUTRO			
TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)		ANTECEDENTES	
☒ TRAUMA () CLÍNICO () GINECO-OBSTÉTRICO () TRANSPARÊNCIA PROCEDÊNCIA: () OUTROS: CINEMÁTICA: <u>colisão moto - carro</u>		MEDICAMENTOS: PATOLOGIA(S): ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO: VACINAS:	
EXAME FÍSICO: () PÁLIDO () CIANÓTICO () ICTÉROCO () SUDORÉICO () PELE FRIA () PELE ÚMIDA () ISOCÓRICO () ANISOCÓRICO () MIÓTICO () DISPNEIA () TAQUIPNÉIA () HEMTÉMESE () HEMOPTISE ODOR/LOCAL: <u>membr. inferior esquerdo</u>		() FACE () PCR () FAB () FAF () AFOGAMENTO ☒ ATROPELAMENTO () QUEIMADURA () ELETROCUSSÃO () DESABAMENTO/SORRETAMENTO () QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA () QUEDA MOTO () QUEDA ALTURA	
TIPO DE FERIMENTO: <u>fratura exposta</u>			
LOCAL: <u>HR Patos</u>		RESPONSÁVEL: <u>Dr. Diego S. Santiago</u> <u>Ortopedia e Traumatologia</u> <u>CRM-PB 10032 TEO 15149</u>	
FUNÇÃO:			
DADOS VITAIS: VIA: () LIVRE () OBTURADA RESPIRAÇÃO: () >30ipm () <30ipm PULSO RADIAL: () PRESENTE () AUSENTE / PAS: () >90mmHg () <90mmHg PA: X mmHg FR: 18 bpm FC: 93 bpm GLICEMIA: mg/dl TEMP: °C SPO2: 94% SPOCO: %			
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: <u>fratura de membro inferior esquerdo</u>			
INTERVENÇÕES: <u>imobilização de membro inferior. Ser 500ml + 1 litro de</u> <u>com + AD EV + 1 dipirona + AD EV + Diclofenaco + AD EV</u>			
IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)			
ENFERMEIRO: <u>Cedilson</u>			
CONDUTOR: <u>Janielson</u>			
MÉDICO:			
RECUSA:			
NOME:			
ASSINATURA:			
TESTEMUNHA I		TESTEMUNHA II	



PREFEITURA DE
Conceição

Uma nova cidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONCEIÇÃO

SECRETARIA DE SAÚDE

CNPJ: 08.943.227/0001-82

HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE CAÇULA LEITE

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE

Nome do Paciente:

Nº do Prontuário:

Data: 21/03/20 Hora: 19:47

Nome do Paciente:

Endereço:

Cidade:

Nome da Mãe:

Documento Rg:

Estado Civil:

Sexo: () F (X) M

Raça Cor: () Branca (X) Parda

Cartão SIS Pré-Natal:

Cartão Nacional de Saúde:

Ass. Responsável

Profissão:

Religião

CPF: 090.691.264-43

Data Nasc: 17/12/1990

Data de Saída: / /

5183 6905

Fone:

HISTÓRIA CLÍNICA: (Registre as palavras do doente e de todos achados do exames a que foi submetido)

Parto vaginal de acedut
automatizada no parto em
cor espontânea de Frankel
espontânea no parto espontâneo

PROCEDIMENTOS

- () Consulta Clínica
- () Medicação
- () Observação
- () Internamento
- () Peq. Cirurgias
- () Drenagens
- () Ret. Corpo Est.
- () Consulta Especializada
- () Parto Normal
- () Parto Cesária
- () Cirurgias
- () Outros

SINAIS VITAIS

Temp: _____

Pressão: _____

Glicose: _____

BIOTIPO: _____

Idade: 29 anos

Altura: _____

Peso: Kg _____

Hipótese Diagnóstica

acedut automatizada
Frankel espontâneo
parto E

Diagnóstico Definitivo

Assinatura do Médico

FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	98150	PRONTUÁRIO	48544
DATA	01/03/2020	HORA	22:27
OCORRÊNCIA	URGENCIA	OPERADOR	WRAMALHO
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	CONCEIÇÃO-HOSPITAL E MATERNIDADE CACULA		
MÉDICO	DIEGO DOS SANTOS SANTIAGO		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA		
PACIENTE	JOSE IVANES FERREIRA	IDADE	29a 2m GÊNERO MASCULINO
FILIAÇÃO I	MARIA ISABEL FERREIRA		
FILIAÇÃO II	JOSE PAULO FERREIRA		
CIDADE	CONCEIÇÃO PB 58970000		
ENDEREÇO	SITIO CABACA DOS MARTINS		
BAIRRO	ZONA RURAL		
NATURALIDADE	CONCEIÇÃO		
TELEFONE	CELULAR 83999283078		
C.N.S.	201498987590000	IDENTIDADE	3594408 SSDS PB
C.P.F.	090.691.264-43	REG. NAC.	
NASCIMENTO	17/12/1990	COR	PARDO
EST. CIVIL	CASADO	PROFISSÃO	AGRICULTOR

RESPONSÁVEL JOAO VICENTE DA SILVA Ass. Resp./Paciente

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

Vítima com trauma.

Deu entrada fratura pelo nome de imobilização do
MEE devido dor e deformidade no membro.

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

FCC - gine 15 - deformidade no punho.
antebraço - NVE - lesão distal anular, no punho
- FCC joelho E - dor no joelho
- escoriação no corpo - FCC punho distal e distal

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO

FRATURA exposta omoplata

DADOS DA SAÍDA

MOTIVO

MÉDICO/CRM

Data 10.03.2020

Hora 04 H 00

() Alta Curado () Alta Melhorado () Alta a Pedido
() Transferência () Evasão () Óbito

Dr. Gaudêncio Mendes de S. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7515Dr. Diego S. Santiago
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 18146

Nome do Paciente: <i>Jose Ivanos Ferruz</i>			N° Prontuário:		
Data da Cirurgia: <i>09.03.20</i>		Enf.:		Leito:	
Cirurgião: <i>Dr. Sônia Wuduly</i>		1° Auxiliar: <i>Dr. Diego Moutzo</i>			
2° Auxiliar:		3° Auxiliar:		Instrumentador:	
Anestesista:			Tipo de Anestesia:		
Diagnóstico Pré-Operatório: <i>Fratura de Tibia e Fíbula</i>					
Tipo de Cirurgia: <i>Tratamento cirúrgico</i>					
Diagnóstico Pós-Operatório: <i>O mesmo</i>					
Relatório Imediato do Patologista: <i>-/-</i>					
Exame Radiológico no ato: <i>Sim</i>					
Acidente Durante a Cirurgia: <i>-/-</i>					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

*Paciente em Ddt sob anestesia
Antesepia
Aposição de campos cirúrgicos
Deposicionamento de fixador externo após redução da
fratura sob radioscopia
Punturas.*

PACIENTE: Jose Juanes Ferreira					
QT.: 1605	CONVÊNIO: 505	IDADE: 29	REGISTRO: 48544		
CIRURGIA: Trat. Cir. Fract. Tibia E		CIRURGIÃO: Dr. Sesion			
ANESTESIA: Raqui		ANESTESISTA: Dr. Renne			
INSTRUMENTADORA: George		DATA: 08/03/2020	INÍCIO: 14:45	FIN: 15:15	

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
X	TX. de Instrumentador	T	Equipo p/ sorção sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi 24
X	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
1	TX. de Laser		Coletor de Urina
X	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
X	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
1	Neocain <i>Pseudo</i>		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano	1	Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%	X	Esparadrapo
	Etodimide	X	Xilocaina Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
	Pubicovina 0,5%	X	PVPI Tintura
1	Dimorf	X	Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	T	Aguilha Descartável
	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
T	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
1	Diatel <i>Pelametazona</i>		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
1	Plesil <i>Indametrone</i>		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
1	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocote 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		

PACIENTE: <i>João Lucas Ferreira</i>		REGISTRO: <i>48544</i>	
QT: <i>Amarela</i>	LEITO: <i>05</i>	CONVÊNIO: <i>SUS</i>	IDADE: <i>29</i>
CIRURGIA: <i>Troca de fratura do osso da perna</i>		CIRURGIÃO: <i>Wesley Santiago</i>	
ANESTESIA: <i>Raqui</i>		ANESTESISTA: <i>Filipe</i>	
INSTRUMENTADORA: <i>Fabício</i>	DATA: <i>01.03.2022</i>	INÍCIO: <i>23:05</i>	FIM:



NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
☒	TX. de Instrumentador	2	Equipo p/ soro e sangue
☒	TX. Capnógrafo	1	Scalp
	TX. Bomba de Infusão	7	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
☒	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
☒	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
☒	TX. Bisturi Elétrico	2	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
☒	TX. Oxímetro de Pulso	5	Eletrodos desc.
1	Neocaína <i>branda</i>	3	Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano	1	Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelcín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	☒	Esparadrapo
	Etodimide		Xilocaína Gel
	Ketalar	☒	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	☒	PVP-Tintura <i>Elonidia</i>
1	Dimorf	☒	Gases
	Lanexat 0,5 ml	☒	Algodão-Hidrófilo <i>fraxador externo 350</i>
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Agulha Descartável
2	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ ag
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ ag
	Adrenalina		Fio Cromado 1
1	Eferit <i>Quase 400</i>		Fio Cromado 1
2	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2
1	Dietil <i>Entomatox</i>		Fio Cromado 2
	Plasil		Cat-gut Simples
☒	Diplona		Cat-gut Simples
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples
1	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		

mybr 3.0

TERMO CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente Termo de Consentimento Informado tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduí Carneiro.

Nome do Paciente José Jonas Ferreira RG _____

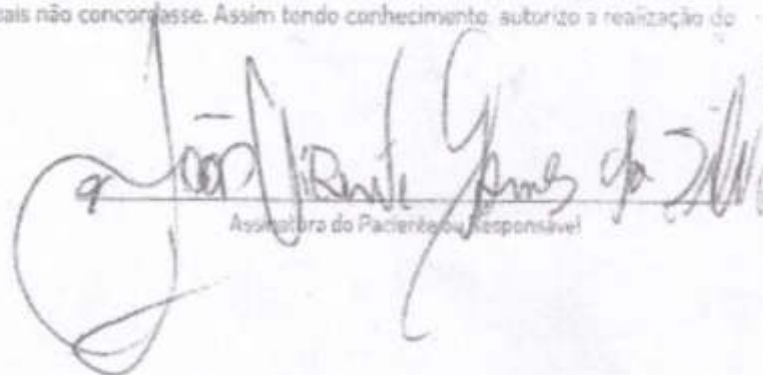
Nome do Médico _____ CRM _____

Procedimento Cirúrgico _____

Data da realização _____ / _____ / _____

- Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito acima.
- Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.
 - Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais, inclusive risco de morte.
 - Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego da anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesia, estando também ciente dos riscos e benefício e alternativa.
 - Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue ou hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
 - Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.
 - Confirmo que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Patos, 01 de maio de 2020



Assinatura do Paciente ou Responsável

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondi todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo a responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.

Patos, _____ de _____ de _____

ortopedia e traumatologia

Materials Médico Hospitalar EIRELI

0307267

1 - Caixa Pronta

☐ Caixa Fixa

PEDIDO DE VENDAS

No

NF N°

Prentiss

Hospital

Vendedor

Paciente

Data

Mexico

Instructional objectives

Continued

Procedimiento

QUANT

DESCRIÇÃO DO MATERIAL

500

Y UNIT

V TOTAL

Ido H. Szustman Laureado
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 7417

COND. DE PAGAMENTO

TOTAL

Rua José Isidoro da Silva, 24 - Bairro Timbi - Camaragibe/PE - CEP 54765-138

PHONE: (81) 3129-2456

E-mail: crnustda@gmail.com

CNPJ 14.784.339/0001-30 - Insc Estadual 0574749-07

1ª Via Branca - Faturamento | 2ª Via Amarela - Hospital | 3ª Via Rosa - Comercial



RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 98150

DATA 01/03/2020

HORA 22:27

MÉDICO

DIEGO DOS SANTOS SANTIAGO

PRONTUÁRIO 48544

OPERADOR WRAMALHO

PACIENTE

JOSE IVANES FERREIRA

IDADE 29a 2m

RESUMO CLÍNICO:

Transtorno de ansiedade
em pessoa (C)

DIAGNÓSTICO:

Transtorno de ansiedade em pessoa (C)

CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Tratamento clínico e psicológico com
medicação e terapia em grupo (C)

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

Tratamento realizado com sucesso no
momento de encaminhamento para o próximo.

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

Manter o 15 dias 1 consulta livre

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

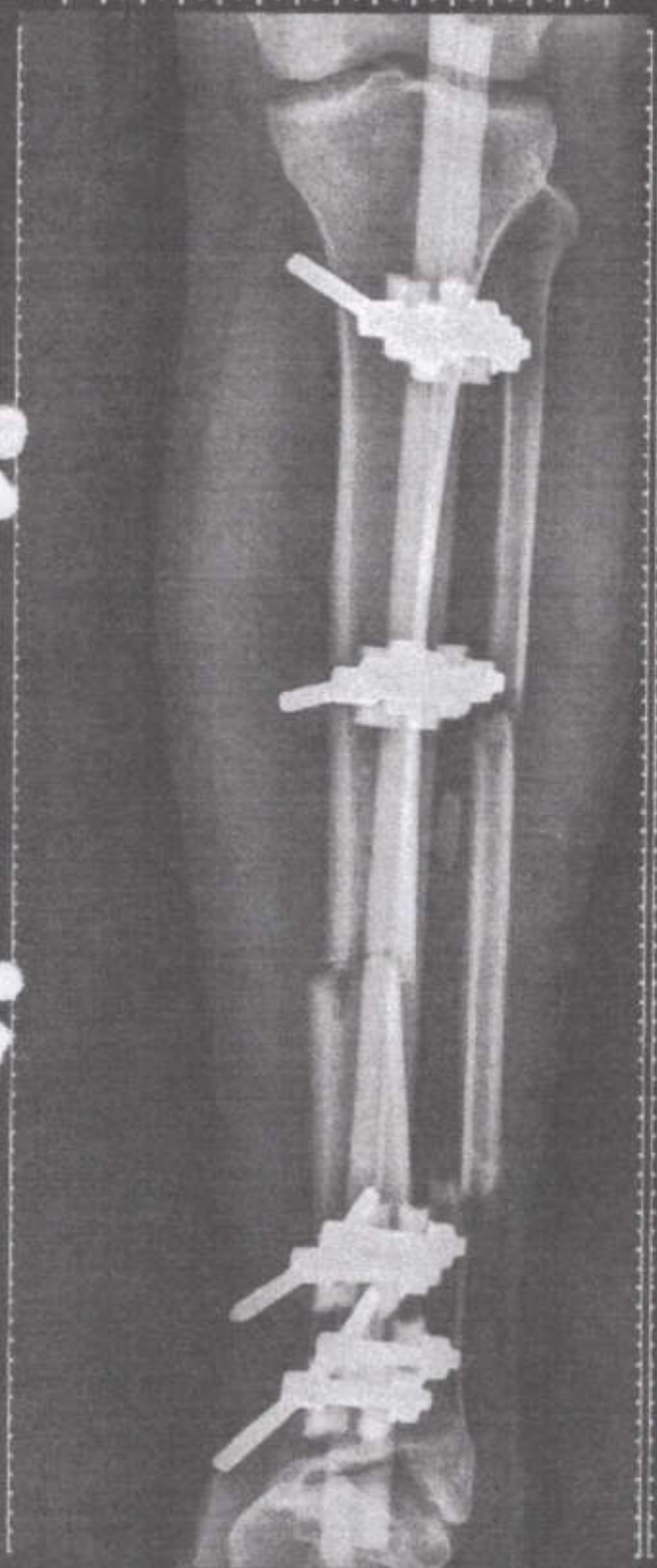
DESTINO () Residência () Atendimento domiciliar

() Transferência para

PATOS/PB, 10 DE 03 DE 20

HORA DA ALTA MÉDICA: 10:00h

Dr. Genésio Mendes de S. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7519



REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Alex Emanuel Ferreira

Da Clínica: Cardiologia Enfermaria: B. Amarela

A Clínica: Cardiologia Leito: 05

Motivo da consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo)

Risco cirúrgico

Data: 02 / 03 / 2020

05:00h.

Assinatura do Médico Consultor

PARECER: RD: 29

Risco Cirúrgico.

Comorbidades: Nega

Medicação em uso: Nega

Siglas: Nega

Antecedentes clínicos: Nega

Tipos de Cirurgias: MIB (prótese angular)

Exame físico: BO regular, acordado, hidratado. gl. ab. insensíveis, normais. 20°C.

ACV: RR 18/CT, BCF, S/C FC 110 BPM PA 100x60 mmHg.

AR: MM+ em HT, S2A S2B 95%

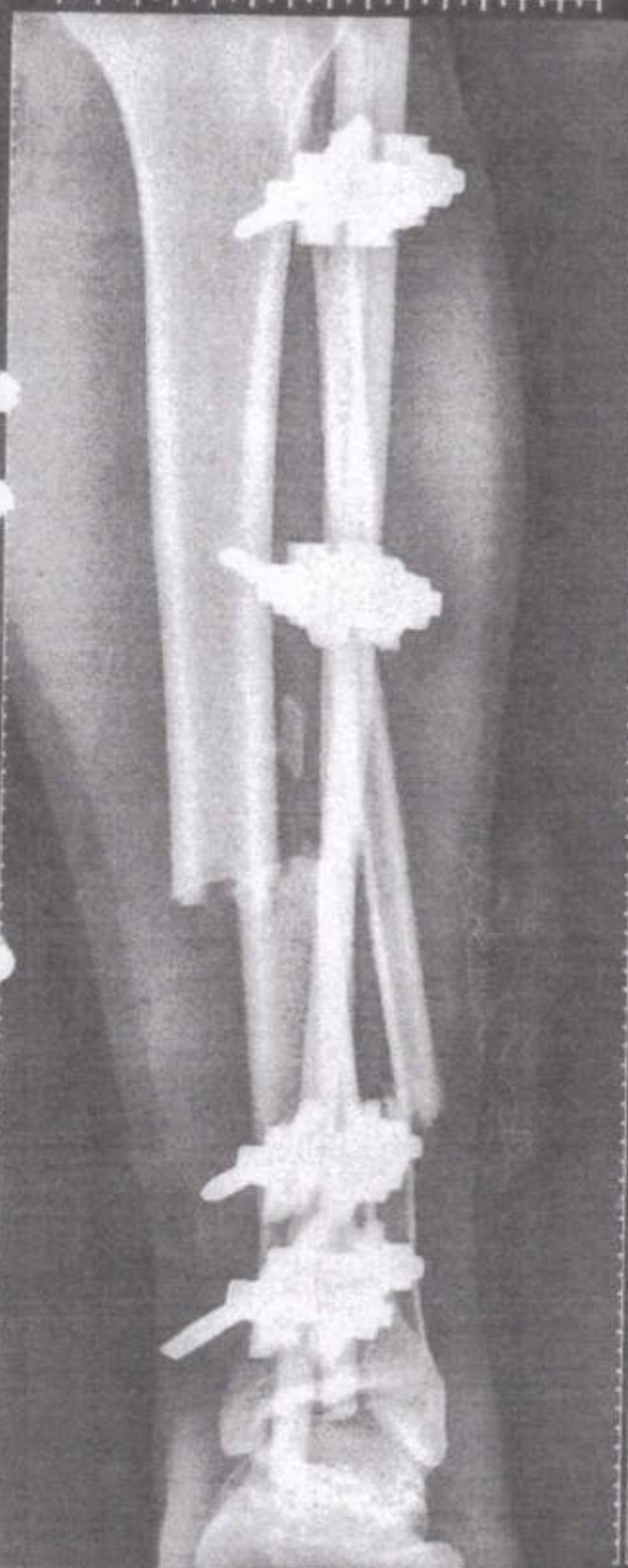
ECG: Taquicardia sinusal.

Baixo Risco


Claudio M. de Fátima
Cardiologia/Geriatria
CRM 4890

Data: 02 / 03 / 2020





Tibia/Fibula E. Lateral

2/Mar/2020 5:46:33



Tibia/Fibula E. AP

2/Mar/2020 5:47:53

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
 IVANILDO CARDOSO DE SOUSA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR
 1024613 SSP PB

CPF
 425.209.324-49

DATA NASCIMENTO
 27/12/1965

PRONOME
 JOSE RAIMUNDO CARDOSO
 FRANCISCA CARDOSO DE
 SOUSA

PERMISSAO
 ACC
 CATEGORIA
 A2

Nº REGISTRO
 04556747827

VALIDADEZ
 25/11/2018

1ª EMISSÃO
 26/01/2009

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 881512510

ASSINATURAS

A /

Ivanildo Cardoso de Sousa

LOCAL
 CONCEICAO, PB

DATA EMISSÃO
 27/11/2013

Rodrigo Cunha

07788240496
 PB027514498

DETRAN - PB (PARNABÁ)

PRIMEIRO PLANTÃO
 881512510

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.594.408 DATA DE EXPIRAÇÃO 16/10/2007

NOME JOSÉ IVANES FERREIRA

FILIAÇÃO JOSÉ PAULO FERREIRA
MARIA ISABEL FERREIRA

NATURALIDADE CONCEICAO-PB DATA DE NASCIMENTO 17/12/1990

DOC. ORDEM NASC.N.19097 FLS.190 LIV.19
CARTORIO CONCEIÇÃO-PB

CPV

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA DO DETENTOR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

72.9.43

Assinatura: José Ivaner Ferreira

CARTÃO DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

090.691.264-43

Nome

JOSÉ IVANES FERREIRA

Nascimento

17/12/1990

Autenticar

Validar

Emissão

CORREIOS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CRDD 01 935573488 0000000000 2018

JOSE IVANES FERREIRA

MAURITI/CE

09069126443

*****/CE

9C2KC08508R014006

Gas/MOTOCICLO/NEO APIC GASOLINA

HONDA/CG 150 TITAN ES

2P/OCV/149CC

180.65 0.70 185.50 10/09/2018

180.65 0.70 185.50 10/09/2018

180.65 0.70 185.50 10/09/2018

180.65 0.70 185.50 10/09/2018

180.65 0.70 185.50 10/09/2018

180.65 0.70 185.50 10/09/2018

180.65 0.70 185.50 10/09/2018

180.65 0.70 185.50 10/09/2018

180.65 0.70 185.50 10/09/2018

180.65 0.70 185.50 10/09/2018

180.65 0.70 185.50 10/09/2018

Nº 014057619514

0000000000

2018

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS-PERSONAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE VOU POSSUIR CARGA ALPESOR
TRANSFERRIDA DO NAC DO SEGURO DPVAT

CE Nº 014057619514 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

HYB5335

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

014057619514

47532666453

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 17/01/2019

01 09069126443 PLACA HYB5335

935573488 HONDA/CG 150 TITAN ES

2007 09 9C2KC08508R014006

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) 91.29 COTATIAN (R\$) 90.99 CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 ICF (R\$) 0.70 TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) 185.50

COTA ÚNICA PARCELAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
10/09/2018

DESPACHANTE
SEGURO DPVAT
LOTE/DOC: 218894/20
MOTOR: KC08E58014006

DEZ-2017

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOSE IVANES FERREIRA, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: AGRICULTOR, portador(a) do RG 3.594.408, órgão expedidor SSP PB
e do CPF 090.691.264-43, residente no(a) R. JOSE MANOEL BATISTA
nº 578, bairro: S. GERALDO, município: CONCEIÇÃO / PB

OUTORGADO:

Nome: IVANILDO CARDOSO DE SOUSA, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: RECUSO, portador(a) do RG 1024813, órgão expedidor SSP-PB
e do CPF: 425.209.324-49, residente no(a) RUA PREF. JOÃO FAUSTO
nº 964, bairro: CENTRO, município: CONCEIÇÃO / PB

DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
Profissão: _____, portador(a) do RG _____, órgão expedidor _____
e do CPF: _____, residente no(a) _____
nº _____, bairro: _____, município: _____ / _____

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima JOSE IVANES FERREIRA

CPF 090.691.264-43 data do acidente: 01/03/2020

Local e data: CONCEIÇÃO, PB 10/08/2020

JOSE IVANES FERREIRA

Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

Impressão digital

Nome: _____
CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0223652/20

Vítima: JOSE IVANES FERREIRA

CPF: 090.691.264-43

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 01/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE IVANES FERREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

IVANILDO CARDOSO DE SOUSA : 425.209.324-49

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

JOSE IVANES FERREIRA : 090.691.264-43

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: 11/08/2020
Nome: IVANILDO CARDOSO DE SOUSA
CPF: 425.209.324-49

IVANILDO CARDOSO DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/08/2020
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL

Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200285083

Vítima: JOSE IVANES FERREIRA

Data do Acidente: 01/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVANILDO CARDOSO DE SOUSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE IVANES FERREIRA

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

Rio de Janeiro, 26 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200285083

Vítima: JOSE IVANES FERREIRA

Data do Acidente: 01/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVANILDO CARDOSO DE SOUSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE IVANES FERREIRA

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 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 IVANES FERREIRA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **000000913-X**

Conta: **0000026702-3**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DIÁRIOS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASE:

090.691.294-43

4 - Nome completo da vítima:

José Ivanês Ferreira

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

5 - Nome completo:

JOSÉ IVANÊS FERREIRA

6 - CPF:

090.691.264-43

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

R. JOSÉ CANAÍDO BATISTA

9 - Número:

578

10 - Complemento:

-

11 - Bairro:

SÍTIO GERALDO

12 - Cidade:

CONCEISA

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58.970-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

-

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO BRASIL S/A

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0913

☒

CONTA:

26.702

3

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

CONCEISA - PB 10/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 124/2020

DADOS SOBRE A OCORRÊNCIA

NATUREZA: **ACIDENTE DE TRÂNSITO** DATA DO FATO: 01/03/2020
HORA: 18h40min LOCAL DO FATO: Rodovia PB 386, km 8, Sítio Espinheiro, Conceição/PB

DADOS DO NOTIFICANTE

NOME: EDMILSON FERREIRA GOMES	ALCUNHA: DIÁ DO POSTO
NATURALIDADE: Conceição/PB	NASCIMENTO: 09/06/1975
PROFISSÃO: Frentista	ESTADO CIVIL: Casado
DOCUMENTO: 1903804 SSP/PB	
FILIAÇÃO: Antonio Gomes Cardoso e de Agina Ferreira Cardoso	
ENDEREÇO: Sítio Cabaça dos Martins, Conceição/PB	
REFERÊNCIA:	TELEFONE:

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE:

QUE é irmão de ROSENI FERREIRA CAROSO, morta em decorrência do acidente de trânsito, ocorrido no último dia 01/03/2020; QUE ROSENI vinha como garupela na motocicleta conduzida por JOSÉ IVANES FERREIRA, esposo da vítima, quando, nas proximidades do km 8, da rodovia PB 386, foi abalroada por um automóvel PALIO, cor laranja; QUE na moto, vinham três ocupantes, a saber: ROSENI FERREIRA CARDOSO, ANTÔNIO GOMES CARDOSO (pai de Roseni) e JOSÉ IVANES FERREIRA (condutor da moto e esposo da vítima); QUE os três ocupantes da moto ficaram caídos ao solo, sendo que ROSENI foi socorrida antes da chegada do Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU, por familiares para os atendimentos de primeiros socorros no Hospital Caçula Leite, em Conceição, enquanto os outros dois acidentados foram atendidos pelo Serviço; QUE ROSENI faleceu no dia 03/03/2020, às 06h, no Hospital Antônio Targino, em Campina Grande, e os outros ocupantes continuam internados no Hospital Regional de Patos; QUE o condutor do automóvel, depois identificado como sendo a pessoa conhecida por ERINALDO, foi preso e autuado em flagrante delito na Cidade de Itaporanga; QUE a motocicleta trata-se de uma HONDA/CG 150 TITAN ES, cor CINZA, placa HYB5335/CE, chassi 9C2KC08508R014006, renavam 935573488, ano fab./mod. 2007/2008, licenciada em nome de JOSE IVANES FERREIRA; QUE a Certidão e a Declaração de Óbito atestam a morte, conforme cópia em anexo.

Nada mais a consignar.

Conceição-PB, 13 de março de 2020, às 11h30min.

Sob a responsabilidade do Del. Pol. RENATO ANDERSON DE OLIVEIRA LEITE

Edmilson Ferreira Gomes

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Heryk
Policial responsável pelo registro
Heryk Ewerton P. de Sousa
Matrícula: 154.917-1

POLEGAR DIREITO