



Número: **0806013-61.2021.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **10/12/2021**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO (AUTOR)	RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO) JHANSEN FALCAO DE CARVALHO DORNELAS (ADVOGADO) RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
53355008	18/01/2022 14:22	2851026_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 23 de Maio de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210138432

Vítima: JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO

Data do Acidente: 31/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Recebedor: JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000003439-8

Conta: 0000012901-1

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.

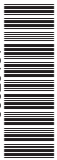
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00273/00274 - carta_15R - INVALIDEZ

00020137





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

Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210138432 **Vítima: JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO**

Data do Acidente: 31/12/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 15/07/2021, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 00679/00680 - carta_09 - INVALIDEZ

00020340



Carta nº 16965819



BANCO BRADESCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/05/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03439-8

CONTA: 000000012901-1

Nr. Autenticação

BRADESCO190520210500000000002370343900000012901168750 PAGO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210138432 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO **Data do acidente:** 31/12/2020 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/05/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO. P.7/9/15/17

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

40 - Local e Data: Feira de Santana, 05.05.21

TESTEMUNHAS	38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha	NÃO ALFABETIZADO 31 impressão digital da vítima ou beneficiário
	39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha	
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estou dentro de que a seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentaram e provarem esta condição, estando vivos, ainda, de que qualquer comissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 259 do Código Penal.

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

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Sim Não Não se aplica

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

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

28 - Vítima Sim Não Não se aplica

29 - Se tinha filhos, informar: Sim Não Não se aplica

30 - Vítima deixou nascituro(v) (nascituro/v) Sim Não Não se aplica

31 - Vítima teve herdeiros Sim Não Não se aplica

32 - Se tinha irmãos, informar: Sim Não Não se aplica

33 - Vítima deixou pais/vivos Sim Não Não se aplica

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 as 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 da minha residência) ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perdas para fins de Seguro DPVAT, ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por inválidez permanente, com base no documentação médica apresentada, bem como 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.

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUANÇA (somente para os bancos abaixo. Anule uma opção)

Bradesco (237) Itaú (342) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

AGÊNCIA: 3428 CONTA: 0012801

Nome do BANCO: Banco Bradesco

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: SEM RENDA R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$1.001,00 A R\$2.500,00 R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____

19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

15 - E-mail: _____

16 - Telefone: _____

11 - Bairro: Feitorama

12 - Cidade: João Pessoa

13 - Estado: PB

14 - CEP: 58028360

15 - Telefone: 8398464216

7 - Profissão: Colunista

8 - Endereço: Av. Tancredo Neves nº 100 - Jd. Santa Helena - João Pessoa - PB

9 - Número: 110

10 - Complemento: 01877120421

5 - Nome completo: JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO

6 - CPF: 01877120421

2 - Nº do título ou ASL: 01877120421

3 - CPF da vítima: 01877120421

4 - Nome completo da vítima: JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

LÍDER Seguradora



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



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 05810.01.2021.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 05810.01.2021.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:44 horas do dia 22 de abril de 2021, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por Gerusa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula 1273396, ao final assinado, compareceu **José Leite de Oliveira Neto**, CPF nº 018.771.204-21, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, profissão Supervisor de Logística, filho(a) de Hermina Leite de Oliveira e Francisco Antonio de Oliveira, natural de Pombal/PB, nascido(a) em 17/09/1973 (47 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua. Ricardo Soares de Sousa Neto, Nº 409, complemento BLOCO-23, QD-59, APTº101, bairro Gramame, tendo como ponto de referência Próximo a Caixa Dagua da Cagepa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98764-2516.

Dados do(s) Fatos:


Local: Rua . Antonia Alves de Souza, Não Sabe Informar, João Pessoa/PB, bairro Gramame; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 31/12/20 19:46h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 31/12/2020, POR VOLTA DAS 19H46MIN, VINHA PILOTANDO NA RUA. ANTONIA ALVES DE SOUZA, COLINAS DO SUL, NA MOTO DE MARCA HONDA/NXR150 BROS ES, DE COR VERMELHA, ANO-2006/2006, DE PLACA-MNP0893/PB, CHASSI-9C2KD03306R021570, DE PROPRIEDADE DA PESSOA ANDRE DA SILVA SANTOS, CPF-081.497.054-06, QUANDO EM DADO MOMENTO, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, MOTOXMOTO, A MOTO COLIDIU NA LATERAL DIREITA DA MOTO DA VÍTIMA, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU, PARA O COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY, NO MESMO DIA, FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO, DE ACORDO COM O CID 10 S82.1, LAUDO MEDICO ASSINADO PELO DRº JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM: 2329/PB.

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

João Pessoa/PB, 22 de abril de 2021.


GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA
Agente de Investigação


JOSÉ LEITE DE OLIVEIRA NETO
Noticiante

Procedimento Policial: 05810.01.2021.1.00.401

1/1



42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

40 - Local e Data: Feira de Santana, 05.05.21

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS	38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha	NÃO ALFABETIZADO	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
	39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha		36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
	36 - 3ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha		37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)
	36 - 4ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha		

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estou dentro de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentaram e provarem esta condição, estando vivos, ainda, de que qualquer comissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 259 do Código Penal.

23 - Estado: Solteiro Casado (no CNJ) Divorçado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Sim Não Não se aplica

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

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

28 - Vítima Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar: Sim Não

30 - Vítima deixou Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar: Sim Não

33 - Vítima deixou Sim Não

34 - Vítima deixou Sim Não

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA 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 as 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 não realiza perdas para fins de Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perdas com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por inválidez permanente, com base na documentação médica apresentada, bem como 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.

DADOS BANCÁRIOS

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: SEM RENDA R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

19 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

18 - Nome completo do Representante Legal: _____

17 - CPF do Representante Legal: _____

16 - Agência: _____

15 - Conta: _____

14 - Agência: _____

13 - Conta: _____

12 - Nome do Banco: Banco Bradesco

11 - Agência: _____

10 - Conta: _____

9 - Nome do Banco: _____

8 - Agência: _____

7 - Conta: _____

DADOS CADASTRAIS

18 - Nome completo do Representante Legal: _____

17 - CPF do Representante Legal: _____

16 - Nome completo do Representante Legal: _____

15 - CPF do Representante Legal: _____

14 - Nome completo do Representante Legal: _____

13 - Nome completo do Representante Legal: _____

12 - Nome completo do Representante Legal: _____

11 - Nome completo do Representante Legal: _____

10 - Nome completo do Representante Legal: _____

9 - Nome completo do Representante Legal: _____

8 - Nome completo do Representante Legal: _____

7 - Nome completo do Representante Legal: _____

6 - Nome completo do Representante Legal: _____

5 - Nome completo do Representante Legal: _____

4 - Nome completo do Representante Legal: _____

3 - Nome completo do Representante Legal: _____

2 - Nome completo do Representante Legal: _____

1 - Nome completo do Representante Legal: _____

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

31 - Nome completo do Representante Legal: _____

30 - CPF do Representante Legal: _____

29 - Nome completo do Representante Legal: _____

28 - CPF do Representante Legal: _____

27 - Nome completo do Representante Legal: _____

26 - CPF do Representante Legal: _____

25 - Nome completo do Representante Legal: _____

24 - CPF do Representante Legal: _____

23 - Nome completo do Representante Legal: _____

22 - CPF do Representante Legal: _____

21 - Nome completo do Representante Legal: _____

20 - CPF do Representante Legal: _____

19 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

16 - CPF do Representante Legal: _____

15 - Nome completo do Representante Legal: _____

14 - CPF do Representante Legal: _____

13 - Nome completo do Representante Legal: _____

12 - CPF do Representante Legal: _____

11 - Nome completo do Representante Legal: _____

10 - CPF do Representante Legal: _____

9 - Nome completo do Representante Legal: _____

8 - CPF do Representante Legal: _____

7 - Nome completo do Representante Legal: _____

6 - CPF do Representante Legal: _____

5 - Nome completo do Representante Legal: _____

4 - CPF do Representante Legal: _____

3 - Nome completo do Representante Legal: _____

2 - CPF do Representante Legal: _____

1 - Nome completo do Representante Legal: _____

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

2 - Nome completo do Representante Legal: _____

1 - CPF do Representante Legal: _____

31 - Nome completo do Representante Legal: _____

30 - CPF do Representante Legal: _____

29 - Nome completo do Representante Legal: _____

28 - CPF do Representante Legal: _____

27 - Nome completo do Representante Legal: _____

26 - CPF do Representante Legal: _____

25 - Nome completo do Representante Legal: _____

24 - CPF do Representante Legal: _____

23 - Nome completo do Representante Legal: _____

22 - CPF do Representante Legal: _____

21 - Nome completo do Representante Legal: _____

20 - CPF do Representante Legal: _____

19 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

16 - CPF do Representante Legal: _____

15 - Nome completo do Representante Legal: _____

14 - CPF do Representante Legal: _____

13 - Nome completo do Representante Legal: _____

12 - CPF do Representante Legal: _____

11 - Nome completo do Representante Legal: _____

10 - CPF do Representante Legal: _____

9 - Nome completo do Representante Legal: _____

8 - CPF do Representante Legal: _____

7 - Nome completo do Representante Legal: _____

6 - CPF do Representante Legal: _____

5 - Nome completo do Representante Legal: _____

4 - CPF do Representante Legal: _____

3 - Nome completo do Representante Legal: _____

2 - CPF do Representante Legal: _____

1 - Nome completo do Representante Legal: _____

ESCALHA DE TIPO(S) DE COBERTURAS

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
JOÃO PESSOA - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 2104/014 **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2983910, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO**, idade 47 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão Moto x Moto) no dia 31/12/2020, na Rua Antônia Alves de Souza, Bairro: Colinas do Sul- João Pessoa-PB, aproximadamente às 19h46min, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcísio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 16 de Abril de 2021.

Alisson da Silva Monte
AGENTE ADM/SAME/SAMU
Mat. 62923-5

Alisson da Silva Monte
Mat.: 62923-5
Agente Administrativo do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO
DATA DE NASCIMENTO	17/09/73
NOME DA MÃE	HERMINIA LEITE DE OLIVEIRA

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	21.064
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.279.052
DATA DO ATENDIMENTO	01/01/21
HORA DO ATENDIMENTO	00:04
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO
CID 10	S82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, procedente de outro serviço, com trauma em joelho esquerdo. Dor e deformidade em joelho esquerdo. Presença de fratura de platô tibial esquerdo. Internação para cirurgia. Operado. Evoluiu bem.

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de platô tibial esquerdo

TRATAMENTO:

Tratamento cirurgico de fratura de platô tibial esquerdo.

ALTA HOSPITALAR:	13/01/21
DATA DA EMISSÃO:	28/02/21

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governador João Pessoa

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

Boletim de Atendimento: 1279052



Identificação do paciente			
ID 220583	Nome JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO		Sexo Masculino
Data de nascimento 17/08/1973	Idade 47 anos 6 meses 18 dias	Estado civil UNIÃO ESTÁVEL	Religião Prontuário 21064
Mãe HERMINA LEITE DE OLIVEIRA	Pai FRANCISCO ANTONIO DE OLIVEIRA		Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
Escolaridade	DDD 00		Telefone
DDD Celular 00	Calcular 00000000	Nº Cns 700502924661562	
Tipo documento	Número documento	UF PB	
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURTY (ORTOTRAUMA)	Tipo UNIDADESAUDE		UF PB
E-mail	Naturalidade CONDADO	CBO/R	
Endereço			
CEP 58088370	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro RICARDO SOARES DE SOUZA NETO
Número 409	Complemento	Bairro GRAMAME	
Admissão			
Data e Hora 01/01/2021 00:04:14	Número da pulseira 100006906367	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte AMBULANCIA	Quem transportou NAO INFORMADO		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECC []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por MARIA DE LOURDES SANTANA DOS SANTOS			Tempo

Imprimir

080/cvb/pages/boletimEmergencia.do?perform=imprimir&id=1279052



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Senador Lucena
PARAIBA
Governador do Estado

Documento de Alta

Nome: JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO		Sexo: Masculino	Número Prontuário: 21084		
Data de Nascimento: 17/06/1973	Idade: 47A 6M 15D	Data de Internação: 01/01/2021 03:20:07	Data de Alta: 13/01/2021 07:38:23	BAE: 1279052	
Mãe: HERMINA LEITE DE OLIVEIRA					
Endereço: RUA RICARDO SOARES DE SOUZA NETO, 409		Bairro: GRAMAME	Município: JOÃO PESSÓA	UF PB	
Motivo da alta: ALTA MEDICA					
Conduta: ALTA MEDICA PARA PACIENTE COM HISTORIA DE FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO NO 1 DPO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO EM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS.					
Resumo da Internação: PACIENTE COM RELATO DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA DO PLATO TIBIAL E SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO EM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS. AO EXAME: FO SOB CURATIVO					
Resultado de Exames: RX DE CONTROLE REALIZADO HB12/01: 15					
Tratamento: 1 DPO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO REALIZADO POR DR. GLAUBER NOVAIS EM 01/01/2021					
Diagnóstico: S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia					
Recomendações: ORIENTAÇÕES GERAIS + ANALGESIA + ANTIBIOTICOPROFILAXIA + RETORNO NO ATF + CURATIVO DIARIO + XARELTO.					

Data: 13/01/2021

Dr. Thaysa Costa
THAYSA DE SOUSA COSTA
CRM: 12799 - PB

Dr. Glauber Novais
GLAUBER NOVAIS
CRM: 12799 - PB





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Sempre todos
PARAIBA
Governador do Estado

RUA PEDRO GONDIM, S/N - - CNES: 122343 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1279052



Identificação do paciente						
ID 220583	Nome JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO	Sexo Masculino				
Data de nascimento 17/06/1973	Idade 47 anos 7 meses 1 dia	Estado civil UNIAO ESTAVEL	Religião Fronteiriço 21064			
Mãe HERMINA LEITE DE OLIVEIRA	Pai FRANCISCO ANTONIO DE OLIVEIRA					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) - () MESMO(A)					
DDD Celular 00	Celular 951550828	DID	Telefone			
Tipo documento	Número documento	Nº Cns 70 0502924881552				
Lócal de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURTY (ORTOTRAUMA)	Tipo UNIDADES SAUDE		UF PB			
Etnia	Naturalidade CONDADO	C30/R				
Endereço						
CEP 56088370	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro FICARDO SOARES DE SOUZA NETO			
Número 409	Complemento	Bairro GRAMAME				
Admissão						
Data e Hora 01/01/2021 00:04:14	Número da pulseira 100006906367	Convênio RUB				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Modo de transporte AMBULANCIA	Quem transportou NAO INFORMADO					
Vitals						
PA X mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por MARIA DE LOURDES SANTANA DOS SANTOS						Tempo 02seg

Imprimir

10/cvb/pages/boletimEmergencia.do?perform=imprimir&id=1279052

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2022 14:22:37
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22011814223707400000050560376
Número do documento: 22011814223707400000050560376

Num. 53355008 - Pág. 13



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



Sempre juntos
PARAÍBA
Governador do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 53031090
Tel: 32185700 - CNES: 2593262

Paciente JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO	BAE 1278052	Data/Hora Entrada 01/01/2021 00:04:14	Data Baixa
Data de nascimento 17/06/1973	Idade 47a 6m 15d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (00) 00000000
Mãe HERMINA LEITE DE OLIVEIRA		CNS 700501924681552	Prontuário 21084
Endereço RICARDO SOARES DE SOUZA NETO, 409	Bairro GRAMAME	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FELIPE TAVARES SENA	Nº Cons. Regional 5348/PB
Data/Hora Classificação 01/01/2021 00:04:14		Data/Hora Prescrição 01/01/2021 02:33:03	

ANAMNESE

PACIENTE ENCAMINHADO DE OUTRO SERVIÇO PARA SE SUBMETER A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SOL EXAMES + PRÉOP

DIETA

DIETA LIVRE, via ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA, Administrar 10,0 ML via E.V., 8/8H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), Diluir 2,0 ML

AGUA DESTILADA, Administrar 10,0 ML via E.V., 8/8H, (Observações:: S/N)

Diluir

ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML), Administrar 4,0 ML via E.V., 8/8H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), Administrar 1500,0 ML via E.V, 24H

ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, Administrar 40,0 ML via S.C., 1X AO DIA

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), Administrar 100,0 ML via E.V, 8/8H, (Observações:: LENTO . 8H)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), Administrar 2,0 ML via E.V., 8/8H

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE, Administrar 40,0 MG via E.V., 1X AO DIA

ETORÓLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA), Administrar 1,0 ML via E.V., 8/8H

CAPTOPRIL 25 MG, Administrar 25,0 MG via ORAL, ACM, se necessário SE PAD>110MMHg E/OU PAS>160MMHg (Dose Máxima Diária: 4,0)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), Administrar 30,0 ML via E.V., ACM, se necessário SE HGT<60 (Dose Máxima Diária: 3,0)

CUIDADOS

CURATIVO, (Observações:: DIÁRIO)

HGT 8/8HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

ELETROCARDIOGRAMA

SSVV + CCGG

1- ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (Observações:: TROCA DE TALA DIÁRIA EM CASO DE FERIMENTO. OBRIGATORIO!!!)

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAFIA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

PROTEÍNA C REATIVA ULTRA SENSÍVEL - PCR

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2022 14:22:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22011814223707400000050560376>

Número do documento: 22011814223707400000050560376

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)
UREIA
IONOGRAMA

CID10

S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia

Conduta

Internar Paciente

Enfermeiro

FELIPE TAVARES SENA
(5349/PB)

Boletim registrado por: MARIA DE LOURDES SANTANA DOS SANTOS em 01/01/2021 00:04:16





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: THAYSA DE SOUSA COSTA
Em: 06/01/2021 14:27:40

Nome JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO		Boletim de Atendimento 1279052	Data/Hora Entrada 01/01/2021 00:04:14	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/06/1973	Idade 47	Sexo Masculino	CNS 700502924661552	Prontuário 21064
Tempo de Internação 5d 11h 7min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 01/01/2021 00:04:14	Data Internação 01/01/2021 03:20:07	Permanência na Unidade: 5d 14h 23min	Permanência no Leito: 5d 4h 3min	

EVOLUÇÃO MEDICA (THAYSA DE SOUSA COSTA - 06/01/2021 14:27:34)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA

#FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO

PACIENTE COM RELATO DE QUEDA DE MOTO. ESTAVEL E SEM QUEIXAS.
AO EXAME: EM USO DE TALA INGUINOPODALICA A ESQUERDA.

EXAMES REALIZADOS E RISCO CARDÍACO CLASSE I / GRAU II.

CD: AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO.

Seção: POSTO IB - ENF 08 Leito: LEITO - 003

Profissional responsável pela informação: THAYSA DE SOUSA COSTA

Número Conselho:
12799

Thaysa de Sousa Costa
06/01/2021 14:27:34





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



Senhor Tótor
PARAÍBA
Governador do Estado

Endereço: RUA ORESTES LEBBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: THAYSA DE SOUSA COSTA
Em: 07/01/2021 09:40:17

Nome JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO		Boletim de Atendimento 1279052	Data/Hora a Entrada 01/01/2021 00:04:14	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/06/1973	Idade 47	Sexo Masculino	CNS 700502124661552	Prontuário 21064
Tempo de Internação 6d 6h 20min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 01/01/2021 00:04:14	Data Internação 01/01/2021 03:20:07	Permanência na Unidade 6d 9h 36min	Permanência no Leito 5d 23h 18min	

EVOLUÇÃO MEDICA (THAYSA DE SOUSA COSTA - 07/01/2021 09:40:12)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA

#FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO

PACIENTE COM RELATO DE QUEDA DE MOTO. EVOLUI SEM QUEIXAS.
AO EXAME: EM USO DE TALA INGUINOPODALICA A ESQUERDA

EXAMES REALIZADOS E RISCO CARDÍACO CLASSE I / GRAU II.

CD: AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO.

Seção: POSTO IB - ENF 08 Leito: LEITO - 003
Profissional responsável pela informação: THAYSA DE SOUSA COSTA

Número Conselho: 12799

Thaysa Costa
Dra. Thaysa Costa
CRM: 12.799





Nome		JOSE LESTE DE OLIVEIRA NETO	
Data de nascimento	17/06/1973	Idade	47
Tempo de internação		7d 3h 57min	
Data de Entrada	01/01/2021 00:04:14	Data Internação	01/01/2021 03:28:07
Permanência na Unidade:		7d 7h 13min	
Data/Hora Saída		Data/Hora Entrada	
1279052		01/01/2021 00:04:14	
Botem ca Atendimento		CNS	
7009029246R1552		7009029246R1552	
Masculino		Sexo	
Convênio		8US	
Plano		DURNO	
21084		Prontuário	
Data/Hora Saída		Permanência no Leito:	
		6d 20h 63min	

EVOLUÇÃO MÉDICA (THAYSA DE SOUSA COSTA - 06/01/2021 07:16:55)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA

#FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO

PACIENTE COM RELATO DE QUEDA DE MOTO. EVOLUI SEM NOVAS QUEIXAS.

AO EXAME: EM USO DE TALA INGUINO-PODALICA A ESQUERDA.

EXAMES REALIZADOS E RISCO CARDIACO CLASSE I / GRAU II.

CD: AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO.

Seção: POSTO IB - ENF 08 Leito: LETO - 003
Profissional responsável pela internação: THAYSA DE SOUSA COSTA

Numero Conselho: 12798

Dr. Thaysa Costa
C.R.M. Médica
C.R.O. 12.799



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



Serviços todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES 1180A, 11/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 56031090
Tel: 32165700 - CNES: 2693262

Impresso por: THAYSA DE SOUSA COSTA
Em: 13/01/2021 07:36:46

Nome JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO		Boletim de Atendimento 1279052	Data/Hora Entrada 01/01/2021 00:04:14	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/06/1973	Idade 47	Sexo Masculino	CNS 700502924661552	Prontuário 21064
Tempo de Internação 12d 4h 19min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 01/01/2021 00:04:14	Data Internação 01/01/2021 03:20:07	Permanência na Unidade: 12d 7h 35min	Permanência no Leito: 19h 19min	

EVOLUÇÃO MÉDICA (THAYSA DE SOUSA COSTA - 13/01/2021 07:35:19)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPÉDIA

#FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO

#1 DPO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO REALIZADO POR DR. GLAUBER NOVAIS SEM INTERCORRÊNCIAS

PACIENTE COM RELATO DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA DO PLATO TIBIAL E SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO EM BOAS CONDIÇÕES CLINICAS.

AO EXAME: FO SOB CURATIVO
RX DE CONTROLE REALIZADO.
HB12/01: 15

CD: ALTA HOSPITALAR+ ORIENTAÇÕES GERAIS + ANALGESIA + ANTIBIOTICOPROFILAXIA + RETORNO NO ATP + CURATIVO DIARIO + XARELTO.

Seção: POSTO IB - ENF 08 Leito: LEITO - 003
Profissional responsável pela informação: THAYSA DE SOUSA COSTA

Thaysa Costa
CNS: 700502924661552

Número Conselho: 12789

ALTA MÉDICA

ALTA MÉDICA

USUÁRIO: THAYSA DE SOUSA COSTA
DATA E HORA: 13/01/2021 07:36:23
MOTIVO DA ALTA: ALTA MEDICA
CONDUTA: ALTA MEDICA PARA PACIENTE COM HISTORIA DE FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO NO 1 DPO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO EM BOAS CONDIÇÕES CLINICAS.





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governador João Pessoa

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165706 - CNES: 2583262

Impresso por: THAYSA DE SOUSA COSTA
Em: 05/01/2021 06:32:38

Nome JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO		Boletim de Atendimento 1279052	Data/Hora Entrada 01/01/2021 00:04:14	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/06/1973	Idade 47	Sexo Masculino	CNS 700502924661552	Prontuário 21084
Tempo de Internação 4d 3h 12min		Convênio SUS	Plantão NOTURNO	
Data de Entrada 01/01/2021 00:04:14	Data Internação 01/01/2021 03:20:07	Permanência na Unidade: 4d 6h 26min	Permanência no Leito: 3d 20h 8min	

EVOLUÇÃO MEDICA (THAYSA DE SOUSA COSTA - 05/01/2021 06:32:33)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA

#FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO

PACIENTE COM RELATO DE QUEDA DE MOTO. SEM QUEIXAS NO MOMENTO DA VISITA.
AO EXAME: EM USO DE TALA INGUINOPODÁLICA A ESQUERDA.

EXAMES REALIZADOS E RISCO CARDÍACO CLASSE I / GRAU II.

CD: AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO.

Seção: POSTO IB - ENF 08 Leito: LEITO - 003
Profissional responsável pela informação: THAYSA DE SOUSA COSTA

Número Conselho: 12799

Dra. Thaysa Costa
CRM: 12.799



Dr. Thaysa Costa
 Nº. 2583262

Número Conselho: 12799

Séção: POSTO IB - ENF DE Lato: LETO - 003
 Profissional responsável pela Interação: THAYSA DE SOUSA COSTA

CD: AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO.

EXAMES REALIZADOS E RISCO CARDIACO CLASSE I / GRAU II.

PACIENTE COM RELATO DE QUEDA DE QUEDA DE MOTO, SEM QUEIXAS NO MOMENTO DA VISTA.

#FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO

DESCRÇÃO DA EVOLUÇÃO:
 #ORTOPEDIA

EVOLUÇÃO

EVOLUÇÃO MÉDICA (THAYSA DE SOUSA COSTA) - 04/01/2021 08:58:39

Nome		JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO	
Data de nascimento		17/08/1973	
Idade		47	
Sexo		Masculino	
Convênio		SUS	
Data de Entrada		01/01/2021 03:20:07	
Permanência na Unidade:		3d 6h 47min	
Permanência no Leto:		2d 20h 34min	
Data/Hora Entrada		01/01/2021 00:04:14	
Data/Hora Saída			
CNS		700502924861552	
Pontuação		21064	
Plano		NOTURNO	

Impresso por: THAYSA DE SOUSA COSTA
 Em: 04/01/2021 08:58:54

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
 Tel: 31165700 - CNES: 2583262

PARAIBA
 Governo do Estado



Hospital Estadual de
 Emergência e Trauma




 Dr. Thaysa Costa
 Médica
 CRM: 12.799

Número Conselho: 12799
 Profissional responsável pela Informação: THAYSA DE SOUSA COSTA

Sessão: POSTO IB - INF 08 Lato: LATO - 003

CD: AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO

EXAMES REALIZADOS E RISCO CARDIACO CLASSE I / GRAU II

PACIENTE COM RELATO DE QUEDA DE MOTO, SEM QUEIXAS NO MOMENTO.

#FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDA

#ORTOPEDIA

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PROCEDIMENTO:

EVOLUÇÃO

EVOLUÇÃO MEDICA (THAYSA DE SOUSA COSTA - 03/01/2021 07:55:54)

Nome		JOSE LEBTE DE OLIVEIRA NETO	
Data de nascimento	17/05/1973		
Idade	47		
Sexo	Masculino		
CNS	700502924661552		
Ponto de atendimento	21064		
Tempo de Internação	2d 4h 37m 1s		
Convênio	SUS		
Data de Entrada	01/01/2021 00:04:14		
Data de Internação	01/01/2021 03:20:07		
Permanência na Unidade:	2d 7h 33m 1s		
Permanência no Leito:	1d 21h 33m 1s		

Impresso por: THAYSA DE SOUSA COSTA
 Em: 03/01/2021 07:57:38

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
 Tel: 31155700 - CNES: 2583282



Hospital Estadual de
 Emergência e Trauma



RELATORIO DE CIRURGIA

HEF TSHL

NOME: JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO
 IDADE: 47 ANOS
 SEXO: MASC
 CLINICA/SETOR: ORTOPEDIA
 CIRURGIA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO
 CIRURGIÃO: DR. GLAUBER NOVAIS
 INSTRUMENTADOR: RAQUIANESTESIA
 TIPO DE ANESTESIA:

BE/PRONTUÁRIO: 1279052
 DATA: 12/1/2021
 COR:

1ª ASS: DR. DOUGLAS TEIXEIRA
 3ª ASS: ANESTESISTA:
 HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

CID	DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO
	FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

CÓDIGO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS
	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRG NÃO
 DESCRIÇÃO:
 BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

X ENFERMARIA

RESIDÊNCIA

MÉDICO/CRM:

Dr. *[Signature]* Costa

TERAPIA INTENSIVA
 ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

DATA:

12/1/2021



FICHA DE ANESTESIA



DATA: 18/01/20

PRONTUÁRIO: 127 9052

PACIENTE: José Leite de Oliveira SEXO: COR: IDADE: 47a

PRESSÃO ARTERIAL: 110/70 PULSO: 40 RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA: PESO: GRUPO SANGUÍNEO: ESTADO GERAL: (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: VDM AP. RESPIRATÓRIO: Suprimido AP. CIRCULATÓRIO: normal

AP. DIGESTIVO: normal ESTADO MENTAL: consciente DROGAS EM USO: PRÉ-ANESTÉSICO DOSE ÚNICA: 100mg + fentanyl 100mcg ESTADO FÍSICO (ASA): I

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Doença de Parkinson CIRURGIA REALIZADA: Ajustamento cirúrgico de Parkinson

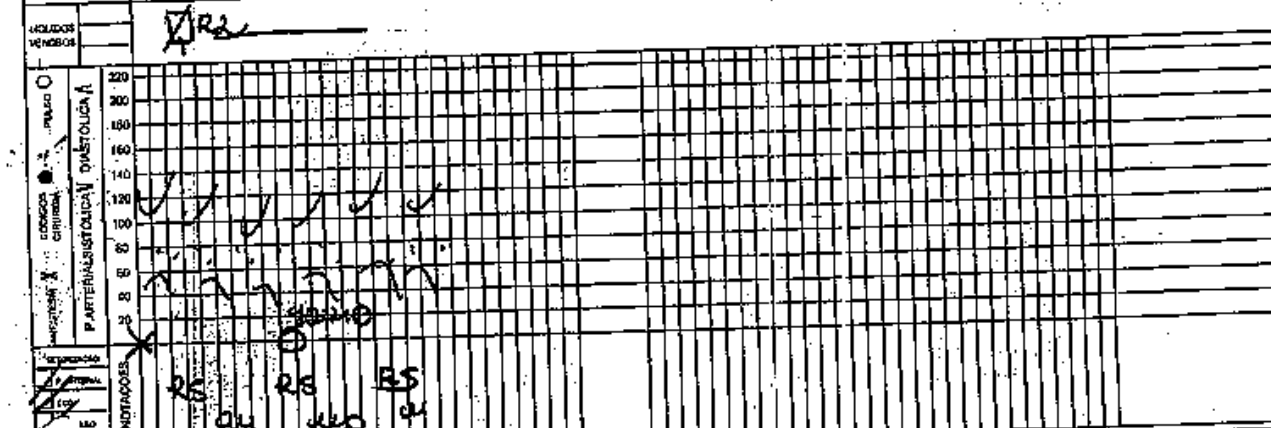
CIRURGIÃO: De glauco AUXILIARES: INÍCIO DA ANESTESIA: 12 TÉRMINO DA ANESTESIA: DURAÇÃO DA ANESTESIA: CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CII: VALORES RS: ANESTESISTA: Dr. Ana Luiza CPF: CRM-PB:

ANESTESIA: GERAL INTRATECAIS EPIDURAL BLOQUEIO BLOQUEIO NERVOS OUTROS

INDICAÇÃO: Paciente em DDIA, com diagnóstico de Parkinson em uso de levodopa

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

GLICOSE	1	Dipidina 2g	11
INSULINA	2	Dexametasona 10mg	12
ANALGÉSICO	3	Ondansetrona 8mg	13
SEDATIVO	4	Difurona 2g	14
TÓXICO	5	Bupivacaína 0,5% 5mg	15
DESTINO DO PACIENTE	6	Relaxina 80mg	16
<input type="checkbox"/> APT	7		17
<input checked="" type="checkbox"/> QUEREMARIA	8		18
<input type="checkbox"/> UTI	9		19
<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	10		20
<input type="checkbox"/> OUTROS			



CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES: Paciente em DDIA, com diagnóstico de Parkinson em uso de levodopa, fentanyl, dipidina, dexametasona, ondansetrona, difurona, bupivacaína, relaxina.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2022 14:22:37

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22011814223707400000050560376

Número do documento: 22011814223707400000050560376

Num. 53355008 - Pág. 26

Dr. Ana Luiza Leite de Oliveira CRM-PB 127.905-2

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2022 14:22:37

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22011814223707400000050560376

Número do documento: 22011814223707400000050560376

Num. 53355008 - Pág. 26

Dr. Ana Luiza Leite de Oliveira CRM-PB 127.905-2

Dr. Anuar Murad Filho

Clinica Médica

C.R.M-PB : 8.742

LAUDO MÉDICO :

O paciente JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO é portador do CID : S 82.1
proveniente de fratura de platô tibial esquerdo ocasionado por acidente de
motocicleta , tendo como seqüela um comprometimento de 50 % do membro afetado.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Obs : A mesma se encontra de alta médica no momento.

23-06-2021

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

Dr. Anuar Murad Filho

Medico - CRM-PB 8.742

Av. Dr. João da Mata, nº401
João Pessoa, PB

Evo Medical Center Cartaxo (C.M.P.) : 29.05.582/0001-211

Rua : Antônio Rabelo Junior N° - 170 F. Miramar - João Pessoa - CEP : 58012-190



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO
 LICENÇA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO

DOC IDENTIDADE / OUTRO IDENTIFICADOR
 1685385 SSP PB

CPF 018.771.204-21 DATA NASCIMENTO 17/09/1973

FAMÍLIA
 FRANCISCO ANTONIO DE OLIVEIRA
 HERMINA LEITE DE OLIVEIRA

PERMISSÃO ACC CATEGORIA AD

Nº REGISTRO 0392573137 VALIDADE 16/03/2021 1ª ATRIBUIÇÃO 08/06/2001

OBSERVAÇÕES

Jose Leite de Oliveira Neto

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 17/03/2016

64066440308
 PB032312849

DETRAN - PB (PARATIBA)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1275593808

PROIBIDO PLASTIFICAR 1275593808



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DENATRAN

LACRE 0041272218

DETRAN - PB Nº 015766738696

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

PR 20200000126963-0 EXERCÍCIO

VIA ODD. RENAVAM Nº 0088239415-0 00/00000000 2020

NOME ANDRE DA SILVA SANTOS

CPF / CNPJ 08149705406 PLACA MNP0893/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB CHASSI 9C2KD03306R021570

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB - ANO MOD 2006 - 2006

CAP / POT / CIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA UNICA 00/00/0000 VENC - COTA UNICA 1ª VENC / COTAS

FAIXA LPVA PARCELAMENTO / COTAS 2ª 3ª

PRÊMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 17/04/2020

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBRIGATORIO NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL JOAO PESSOA - PB DATA 13/07/2020

14311  34584

CONTRAN

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

PB Nº 015766738696 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO DATA EMISSAO 2020 13/07/2020

VIA CPF / CNPJ PLACA 1 08149705406 MNP0893/PB

REN - VAM REN - VAM MARCA / MODELO 0882391150 HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB - CX 125# Nº CHASSI 2006 9 9C2KD03306R021570

PRÊMIO TARIFARIO

FUN (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$) ***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TIPO DE PAGAMENTO ***** SEGURO P A G O

PAGAMENTO DATA DE COTAÇÃO 0 COTA UNICA PARCELADO 17/04/2020

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CRPJ 09.340.6080051-04

34584-1241224-20200713



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210138432 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO **Data do acidente:** 31/12/2020 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/05/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO. P.7/9/15/17

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1896 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 08 às 20h
 SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e da fala): 0800 022 12 08
 Canal de Atendimento: 0800 991 2808 | Ouvidoria: 0600 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200 J384 32
 Data da solicitação: 03.07.22
 Nome do beneficiário: Jose Leite de Oliveira Neto
 CPF do beneficiário: 038.771.204-2
 Nome do solicitante: Jose Leite de Oliveira Neto
 CPF do solicitante: 038.771.204-2

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 98661 8863 Tel. Comercial: () Tel. Residência: ()
 E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEIXO

DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA DISCORDO DO VALOR RECEBIDO DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO SIM, informe quais documentos estão sendo enviados:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Relatório de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: (preencher)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PREZADO ANALISTA...

VENHO ATRAVÉS DESTA, SOLICITAR QUE SEJA REANALIZADO MEU SINISTRO, EM VIRTUDE DE NÃO CONCORDA COM O VALOR PAGO PELA SEGURADORA. ESTOU ENVIANDO NOVO LAUDO MEDICO QUE COMPROVA O GRAU DA MINHA LESÃO. PEÇO QUE SEJA AGENDADO UMA NOVA PERICIA, POIS A ANALISE DOCUMENTAL FEITA PELA JUNTA MEDICA NÃO FOI JUSTA QUANTO A MINHA DEBILIDADE. AGRADEÇO SE ANALISAREM MAIS DETALHADAMENTE.

Jose Leite de Oliveira Neto 03.07.22
 Assinatura do solicitante em caso de opção de análise e pedido (a rgo)

IMPORTANTE:
 Após de preencher todos os dados, imprimir o formulário, assiná-lo e entregar no mesmo prazo de atendimento o em que deu entrada inicialmente no seu pedido de Seguro DPVAT.
 O não atendimento deverá ocorrer dentro de sua competência, sob pena de multa (art. 22, par. 1º, inciso II, da Lei nº 13.123/2015, para pro. sobre a análise e fornecimento, e seu pedido (a seu rgo).



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210138432 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO **Data do acidente:** 31/12/2020 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO COM PAGAMENTO E VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM R\$ 1.687,50 PARA A QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU MODERADO DO JOELHO ESQUERDO (50%).

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210138432 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO **Data do acidente:** 31/12/2020 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SINISTRO COM PAGAMENTO E VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM R\$ 1.687,50 PARA A QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU MODERADO DO JOELHO ESQUERDO (50%).

@1 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0112712/21

Número do Sinistro: 3210138432

Vítima: JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO

CPF: 018.771.204-21

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

Data do acidente: 31/12/2020

Titular do CPF: JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 13/07/2021
Nome: JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO
CPF: 018.771.204-21

JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/07/2021
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0112712/21

Vítima: JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO

CPF: 018.771.204-21

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

Data do acidente: 31/12/2020

Titular do CPF: JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO : 018.771.204-21

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: 04/05/2021
Nome: JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO
CPF: 018.771.204-21

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/05/2021
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

JOSE LEITE DE OLIVEIRA NETO

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

