
Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210009151

Vítima: JEFFERSON PEREIRA MARCELO

Data do Acidente: 05/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JEFFERSON PEREIRA MARCELO

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 dos ombros

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: **JEFFERSON PEREIRA MARCELO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **077**

Agência: **000000001**

Conta: **000002537889-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 309.746.734-58 4 - Nome completo da vítima: Jefferson Pereira Marcelo

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

5 - Nome completo: Jefferson Pereira Marcelo 6 - CPF: 309.746.734-58
 7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua Dália Cantalice Falcão 9 - Número: 511 10 - Complemento: 250
 11 - Bairro: HEITZ SANTIAGO 12 - Cidade: SANTA RITA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58919-000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (83) 98855-1045

DADOS CADASTRAIS

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:
 RECLUSO 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: Caixa

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:
(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

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 por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções)**:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado 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 (vai nascer)? 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário (se alfabetizado)

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____
 39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data, Santa Rita, 12 de dezembro de 2020.

Jefferson Pereira Marcelo
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00499.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00499.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:28 horas do dia 10 de dezembro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Jefferson Pereira Marcelo**, conhecido(a) por Jeferson, CPF nº 101.746.714-58, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Funcionário de Empresa Privada, filho(a) de Luzimar Pereira Marcelo e Não Declarado, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 10/11/1992 (28 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Dalva Cani Alice Falcone, Nº S/N, complemento CASA, bairro Heitel Santiago, tendo como ponto de referência Próximo do Posto de Combustíveis "almeida", na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98855-1045.

Dados do(s) Fatos:

Local: Br 230, nº S/N, Via Pública, Próximo da Loja "só-tratores, Comércio de Peças e Implementos Agrícolas", Bayeux/PB, bairro Manguinhos; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc);
Data/Hora: 05/10/20 08:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo CG 150 FAN ESi, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2010/2010, UF: PB, placa NQG-1558, chassi 9C6KC1550AR209111, renavam 00258484365, características gerais: Veículo Em Nome do Declarante e Demais Dados No C.r.l.v.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO TRAFEGAVA COM O VEÍCULO NO LOCAL, DATA E HORA, TUDO JÁ DESCRIMINADO ANTERIORMENTE ACIMA, FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE QUANDO CAIU E SE MACHUCOU SERIAMENTE APÓS SOFRER UMA FECHADA POR UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO E NEM O CONDUTOR DO MESMO, SENDO QUE ELES SE EVADIRAM DO LOCAL DOS FATOS SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA AO DECLARANTE QUE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS PERTINENTES AO CASO, CONFORME DOCUMENTOS APRESENTADOS NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL E COMO O DECLARANTE PRETENDE DAR ENTRADA NA DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA E NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DO SEGURO "D.P.V.A.T." AO QUAL FAZ JUS, VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS CABÍVEIS E LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI. OBSERVAÇÃO: ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL TEM APENAS A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS A CONTAR DESTA DATA, PORÉM O MESMO PODERÁ SER REVALIDADO POR APENAS MAIS DUAS (02) VEZES EM QUALQUER DATA FUTURA E EM QUALQUER DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DESTES ESTADOS.

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

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Lucena/PB, 10 de dezembro de 2020.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

JEFFERSON PEREIRA MARCELO
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 309.746.734-58 4 - Nome completo da vítima: Jefferson Pereira Marcelo

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

5 - Nome completo: Jefferson Pereira Marcelo 6 - CPF: 309.746.734-58
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua Dália Cantalice Falcão 9 - Número: 511 10 - Complemento: 250
11 - Bairro: HEITZ SANTIAGO 12 - Cidade: SANTA RITA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58919-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (83) 98855-1045

DADOS CADASTRAIS

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:
 RECLUSO 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: Caixa

AGÊNCIA: CONTA:
(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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado 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 (vai nascer)? 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário (se alfabético)

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha _____
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha _____

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Santa Rita, 12 de dezembro de 2020.

Jefferson Pereira Marcelo
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

21/01/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

321000915101

VALOR TOTAL:

1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEFFERSON PEREIRA MARCELO

BANCO: 077

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000002537889

Número da Autenticação

4E5A6D5A573DC671

CPF/CNPJ/RAN: 105.348.304-00

GRUPO CONVENCIONAL BARRA TENDA / Subgrupo B1
Classe RES MTC B1 / Subclasse RESIDENCIAL
Linha MONOFASICO
Fatura 18-B-341-1050 Nº Medidor 0008931956

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1592649-6

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00016020496

VALOR DA FATURA R\$ 217,04	VENCIAMENTO 11/10/2020
REFERÊNCIA Set / 2020	CONSUMO 5,16 kWh MÉDIA QUÍMICA 165kWh
SITUAÇÃO DE DÉBITOS	

CC	Descrição	Quant	Tarifa ou Tributos	Valor Base Calc Total (R\$)	Alta CMS (R\$)	Alta CMS (R\$)	CDS Base Calc (R\$)	PS-REC (R\$)	PS-REC (R\$)	PS-REC (R\$)	PS-REC (R\$)	PS-REC (R\$)	PS-REC (R\$)
001	Consumo em kWh	165	0,02490	136,86	136,86	27	36,85	136,86	1,27	5,88			
007	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			10,82	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
008	CONTRIB SERV LUM PÚBLICA			89,36	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
009	PARCELAMENTO DE DÉBITO (217)												

CC1 Código de Classificação do tom TOTAL 217,04 136,86 36,85 136,86 1,27 5,88
Taxa de Tributos 0,562112
RESERVADO AO FISCAL c78b.c3e6.a042.d59d.c744.1511.ea09.604c.

HISTÓRICO DE CONSUMO (KWH)		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Set/20	161	Descrição	Valor (R\$)
Out/19	157	Serviços de Dist. de Energia PS	37,97
Nov/19	179	Consumo de Energia	36,70
Dez/19	170	Serviço de Transmissão	7,15
Jan/20	152	Energias Setoriais	7,90
Fev/20	171	Impostos Diretos e Encargos	54,82
Mar/20	209	Outros Serviços	82,26
Abr/20	167	Total	217,04
Maio/20	156	Exercício de Luz do Sistema de Distribuição (Ref. 7/2020)	83,27,58
Jun/20	118		
Jul/20	104		
Ago/20	104		
Set/20	162		

* Pagamento para Mensal Mensal

INDICADORES DE QUALIDADE		REFERÊNCIA: 7/2020 - Consumo Setorial	
METRA	MENSAL APURADO TRIMEST. ANUAL	LIMITE DE TENSÃO (%)	
De 120V a 130V	6,21	0,00	10,00
De 130V a 140V	2,30	0,00	8,00
De 140V a 150V	3,29	0,00	13,00
De 150V a 160V	1,22		

ATENÇÃO
A leitura é realizada ao menos na data indicada no seu contrato de luz fixada, mantendo seu site em local que não ofereça risco aos profissionais, independente do tamanho ou tempo de permanência no imóvel. Se houver instalação elétrica realizada que não esteja em conformidade com a norma vigente, os profissionais passam por treinamento para evitar acidentes, mas ninguém melhor do que o dono para cuidar e evitar acidentes.

- Para as Tarifas Parciais, conforme contrato firmado.
- Para este contrato, a partir de 28/08/2020, conforme RBR nº 1.765/AN/EEC.

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A - BR 220, Km 25 - Cristó Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-880
CNPJ 00.086.183/0001-40 - Ins. Est. 18.015.829-0
Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica N°001 411 299 - Emissão: 28/09/2020
Esta NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA Fica disponível para consulta e pagamento a partir de 26/09/2020

BANCO DO BRASIL - PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190.00009 03268 926007 02166 275178 4 84050000021704

FAIXADOR: JESSYCA RAQUEL DA SILVA GABRIEL PEREIRA - CPF/CNPJ: 105.348.304-00
FLA DALVA CANTALUCE FALCONE, BIN/QUAD 18-BITEL SANTIAGO
SANTA RITA / PB CEP: 58300000

Nº do Documento	Nº do Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
32199260002186275	001592649202009	11/10/2020	R\$ 217,04	

DEBENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 00.086.183/0001-40
BR 220, Km 25 - Cristó Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-880
Agência / Código do beneficiário: 3064-3/3447-3



JESSYCA RAQUEL DA SILVA GABRIEL PEREIRA
RUA DALVA CANTALICE FALCONE, S/N/O D6 LT 7B - EITEL SANTI
SANTA RITA / PB CEP: 59300000 (AG: 1)



CPF/CNPJ/RANI: 105.348.384-80

Grupo CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo B1
Classe RES MTC B1 / Subclasse RESIDENCIAL
Legenda MONOFÁSICO
Fatura 18-9-341-1050 Nº Medidor 00008831958



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5/1592649-6

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00015926496



VALOR DA FATURA

R\$ 217,04



VENCIMENTO

11/10/2020



REFERÊNCIA

Set / 2020



CONSUMO

165kWh

5,16 kWh
MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS



Identificação do paciente			
ID 1540269	Nome JEFFERSON PEREIRA MARCELO	Sexo Masculino	
Data de nascimento 10/11/1992	Idade 27 anos 11 meses 13 dias	Estado civil	Religião
Mãe LUZIMAR PEREIRA MARCELO	Pai NAO DECLARADO		Prontuário 125230
Escolaridade	Responsável (Parentesco) - ACOMPANHANTE		
DDD Celular 83	Celular 988820344	DDD	Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3612593	Nº Cns 705001671742252	
Local de procedência BAYEUX	Tipo MUNICIPIO		UF PB
Email	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58068760	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro ENEDINO JORGE DE ANDRADE
Número 4	Complemento	Bairro OITIZEIRO	
Admissão			
Data e Hora 05/10/2020 09:08:46	Número da pulseira 1000008774896	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA	X	mmHg	Pulso
Temperatura			
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []		ECG []	
Ultrasonografia []			
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por JOSINETE BARBOSA DA CUNHA			Tempo

Imprimir



Documento de Alta

Nome: JEFFERSON PEREIRA MARCELO			Sexo: Masculino	Número Prontuário: 125230
Data de Nascimento: 10/11/1992	Idade: 27A 10M 26D	Data de Internação: 05/10/2020 12:56:49	Data de Alta: 19/10/2020 07:01:47	BAE: 1261291
Mãe: LUZIMAR PEREIRA MARCELO				
Endereço: RUA ENEDINO JORGE DE ANDRADE, 4		Bairro: OITIZEIRO	Município: JOAO PESSOA	UF PB
Motivo da alta: ALTA MEDICA				
Conduta:				
Resumo da internação: #ORTOPEDIA 1º DIA POS OPERATORIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE UMEMO PROXIMAL DIREITO SEM INTERCORRENCIAS POR DR. JERRY E DR. LUCAS				
Resultado de Exames: RADIOGRAFIAS				
Tratamento: 1º DIA POS OPERATORIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE UMEMO PROXIMAL DIREITO SEM INTERCORRENCIAS POR DR. JERRY E DR. LUCAS				
Diagnóstico: S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero				
Recomendações: CD: ALTA HOSPITALAR ORIENTAÇÕES DE RETORNO AO CEREST MEDICAÇÕES VIA ORAL DR. HEISENBERG				

Data: 19/10/2020

Dr. Heisenberg Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MEDICINA ESPORTIVA
CRM-PB 4224 1700 0001627224144

AUGUSTO GONCALVES
SARMENTO JUNIOR
CRM: 12411 - PB



Identificação do paciente

Nome	JEFFERSON PEREIRA MARCELO			Sexo	Masculino
Idade	27 anos 10 meses 25 dias	Estado civil	Religião	Prontuário	
Pai			NAO DECLARADO		
Responsável (Parentesco)			JOELSON MARQUES - ACOMPANHANTE		
Celular	988820344	DDD	Telefone		
Número documento	3612593	Nº Cns			
Tipo		MUNICIPIO	UF		PB
Naturalidade		SANTA RITA	CBO/R		

Endereço

Município de residência	JOAO PESSOA	UF	PB	Logradouro	ENEDINO JORGE DE ANDRADE
Complemento				Bairro	OTIZEIRO

Identificação

Número da pulseira	100008774896	Convênio	SUS
--------------------	--------------	----------	-----

Localização

Clinica			
Origem do paciente	RUA		
Motivo do atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente	VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Plano de saúde	Não	Veio de ambulância	Não	Trauma	Não
Quem transportou		BOMBEIROS			

Sinais Vitais

X	mmHg	Pulso	Temperatura
---	------	-------	-------------

Exames complementares

Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

CID	
Tempo	

Imprimir



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 259262

Paciente JEFFERSON PEREIRA MARCELO	BAE 1261291	Data/Hora Entrada 05/10/2020 09:08:46	Data Baixa
Data de nascimento 10/11/1992	Idade 27a 10m 25d	Sexo Masculino	CNS
Mãe LUZIMAR PEREIRA MARCELO			Telefone de Contato (83) 988820344
Endereço ENEDINO JORGE DE ANDRADE, 4	Bairro OTIZEIRO	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO	UF PB
Data/Hora Classificação 05/10/2020 09:08:46		Data/Hora Prescrição 05/10/2020 09:40:12	Nº Cons. Regional 4417/PB

ANAMNESE

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ CERCA DE 2H (COLISÃO C/ CARRO). QUEIXA-SE DE DOR NO OMBRO D e NA BOCA. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS, TONTURA, GLASGOW 15. NEGA CERVICALGIA. NEGA QUEIXAS TORÁCICAS E NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. NEGA QUEIXAS ABDOMINAIS. NÃO TEM QUEIXAS DE DOR E NÃO APRESENTA SINAIS DE FRATURAS EM MMII. APRESENTA ESCORIAÇÕES NO JOELHO D, FACE, MÃO D + EDEMA EM LÁBIO SUPERIOR. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, PATOLOGIAS PRÉVIAS E USO REGULAR DE MEDICAÇÃO. NEGA VAT. AO EXAME= EGR, EUPNEICO, CORADO, LOTE, ESTÁVEL. ABDOME= PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO. CONDUTA= 1º ATENDIMENTO CIRÚRGICO + SOLICITO RX DE OMBRO D + SOLICITO PARECER DO ORTOPEDISTA e BMF + PRESCREVO SAT E ANALGESIA. LIBERADO DA CIRURGIA GERAL.

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA. 0.0 (MGTSM)

CUIDADOS

IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTITETANICA 250UI/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR DIREITA

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Feito
10:45
AV

AV

ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO
(: 4417/PB)

Enfermeiro



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Seus todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Paciente JEFFERSON PEREIRA MARCELO	BAE 1261291	Data/Hora Entrada 05/10/2020 09:08:46	Data Baixa
Data de nascimento 10/11/1992	Idade 27a 10m 25d	Sexo Masculino	CNS
Mãe LUZIMAR PEREIRA MARCELO			Telefone de Contato (83) 968820344
Endereço ENEDINO JORGE DE ANDRADE, 4	Bairro OITIZEIRO	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR	UF PB
Data/Hora Classificação 05/10/2020 09:08:46		Data/Hora Prescrição 05/10/2020 12:34:21	Nº Cons. Regional 12411/PB

ANAMNESE

#ORTOPEDIA PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HA CERCA DE 2H (COLISÃO C/ CARRO), QUEIXA-SE DE DOR NO OMBRO D RX EVIDENCIANDO FX DE UMERÓ PROXIMAL DIREITO CD. IMOBILIZAÇÃO INTERNO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGIÇA SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS POR DR. FRANCISCO GUEDES

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

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

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V., 8,8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES:: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

TRAMADOL 50 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 CÁPSULA VIA ORAL, 8/8H

CUIDADOS

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

PROTEÍNA C REATIVA ULTRA SENSÍVEL - PCR

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

UREIA

IONOGRAMA

CID10

S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero

Conduta

Internar Paciente

Enfermeiro

AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR
(CRM: 12411/PB)

Boletim registrado por: JOSINETE BARBOSA DA CUNHA em 05/10/2020 09:08:46

Paciente
JEFFERSON PEREIRA MARCELO
Data de nascimento
10/11/1992
Idade
27a 10m 25d
Mãe
LUZIMAR PEREIRA MARCELO
Endereço
ENEDINO JORGE DE ANDRADE, 4
Acidente
VEICULO X MOTO
Data/Hora Classificação
05/10/2020 09:08:46

BAE
1261291
Sexo
Masculino
Data/Hora Entrada
05/10/2020 09:08:46
CNS
Município
JOAO PESSOA
Profissional
ANDRÉ GUSTAVO BARBOSA LUNA
Data/Hora Prescrição
05/10/2020 11:26:59

Data Baixa
Telefone de Contato
(83) 988820344
Prontuário
UF
PB
Nº Cons. Regional
3040/PB

Bairro
OTIZEIRO

Motivo
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

ANAMNESE

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO A APROXIMADAMENTE 4 HORAS, NEGA ÊMESE E SÍNCOPE. NO MOMENTO EM EGR. LOTE. DEAMBULANDO. CONTACTANTE. AFEBRIL AO TOQUE. AO EXAME CLÍNICO DA FACE OBSERVA-SE ESCORIAÇÃO EM DORSO NASAL, LÁBIO SUPERIOR E MENTO. SEM LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL OU MOVIMENTOS MANDIBULARES. AUSÊNCIA DE SINAIS CLÍNICOS DE FRATURA NOS OSSOS DA FACE. ALTA BMF AOS CUIDADOS DAS DEMAIS ESPECIALIDADES. CD: - AVALIAÇÃO E ALTA BMF. AOS CUIDADOS DEMAIS ESPECIALIDADES.

CID10

S00.9 - Traumatismo superficial da cabeça, parte não especificada

Conduta

Em observação

Anna Priscilla C. Jucá
COREN PB 386
Enfermeira

André Gustavo Barbosa Luna
Otorrinolaringologista
CRO 3040/PB
ANDRÉ GUSTAVO BARBOSA LUNA
(: 3040/PB)

Boletim registrado por: JOSINETE BARBOSA DA CUNHA em 05/10/2020 09:08:46



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Av. Dr. João de Deus, 1000



PARAÍBA
Estado do Brasil

Endereço: RUA CRESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32155700 - CNES: 2593262

Impresso por: JERRY ADRIANO BONI
Em: 16/10/2020 11:12:13

Nome JEFFERSON PEREIRA MARCELO		Boletim de Atendimento 1261291	Data/Hora Entrada 05/10/2020 09:08:46	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/11/1992	Idade 27	Sexo Masculino	CNS 705001671742252	Prontuário 125230
Tempo de Internação 12d 22h 16min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 05/10/2020 09:08:46	Data Internação 05/10/2020 12:56:49	Permanência em Unidades 13d 2h 4min		Permanência no Leito 1d 16h 53min

EVOLUÇÃO MEDICA (JERRY ADRIANO BONI - 16/10/2020 11:12:03)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:
ORTOPEDIA

HD: FRATURA DA TUBEROSIDADE MAIOR DO UMEROS DIREITO
realizado procedimento cirurgico

CD: VPM

Seção: POSTO IB - ENF 12 - Leito: LEITO EXTRA 01
Profissional responsável pela informação: JERRY ADRIANO BONI

Número Conselho: 6753

Dr. Jerry Boni
CRM: 8793
Cirurgia Ombro
Lesões Esportivas

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

Impresso por: AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR
Em: 17/10/2020 07:55:10

Nome JEFFERSON PEREIRA MARCELO		Boletim de Atendimento 1261291	Data/Hora Entrada 05/10/2020 09:08:46	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/11/1992	Idade 27	Sexo Masculino	CNS 705001671742252	Prontuário 125230
Tempo de Internação 11d 18h 59min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 05/10/2020 09:08:46	Data Internação 05/10/2020 12:56:49	Permanência na Unidade: 11d 22h 47min	Permanência no Leito: 13h 36min	

EVOLUÇÃO MEDICA (AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR - 17/10/2020 07:55:07)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

HD: FRATURA DA TUBEROSIDADE MAIOR DO UMEROS DIREITO

PACIENTE CLINICAMENTE BEM E SEM QUEIXAS NO MOMENTO

PRE-OP OK

CD: AGUARDA CIRURGIA

Seção: POSTO IB - ENF 12 Leito: LEITO EXTRA 01

Profissional responsável pela informação: AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR


Dr. Augusto Sarmiento
Médico
CRM-PB 2411

Número Conselho: 12411



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Secretaria de Administração - Lucena



Seus Tidos
PARAÍBA
Governador do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, 5/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: JOSE RENNA GOMES DA SILVA
Em: 16/10/2020 10:06:16

Nome JEFFERSON PEREIRA MARCELO		Boletim de Atendimento 1261291	Data/Hora Entrada 05/10/2020 09:08:46	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/11/1992	Idade 27	Sexo Masculino	CNS 705001671742252	Prontuário 125230
Tempo de Internação 10d 21h 10min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 05/10/2020 09:08:46	Data Internação 05/10/2020 12:56:49	Permanência na Unidade: 11d 58min	Permanência no Leito: 10d 21h 10min	

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE RENNA GOMES DA SILVA - 16/10/2020 10:05:48)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

HD: FRATURA DA TUBEROSIDADE MAIOR DO UMEROS DIREITO

PACIENTE CLINICAMENTE BEM E SEM QUEIXAS NO MOMENTO

PRE-OP OK

CD: AGUARDA CIRURGIA

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 008
Profissional responsável pela informação: JOSE RENNA GOMES DA SILVA

Número Conselho: 9121

Dr. Jose Renna Gomes da Silva
ORTOPEDIA
CRM-PB 12345
TEOF 12345



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Sermos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Impresso por: JOSE RENNA GOMES DA SILVA
Em: 09/10/2020 09:27:08

Nome JEFFERSON PEREIRA MARCELO		Boletim de Atendimento 1261291	Data/Hora Entrada 05/10/2020 09:08:46	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/11/1992	Idade 27	Sexo Masculino	CNS 705001671742252	Prontuário 125230
Tempo de Internação 3d 20h 31min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 05/10/2020 09:08:46	Data Internação 05/10/2020 12:56:49	Permanência na Unidade: 4d 19min		Permanência no Leito: 3d 20h 31min

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE RENNA GOMES DA SILVA - 09/10/2020 09:27:04)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:
ORTOPEDIA

HD FRATURA DE TUBEROSIDADE MAIOR DE UMEMO D

PACIENTE EVOLUINDO COM QUADRO ESTAVEL CLINICAMENTE E SEM QUEIXAS.
PRE-OP = OK

CD VPM

AGUARDA AGENDAMENTO DA CIRURGIA

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 008
Profissional responsável pela informação: JOSE RENNA GOMES DA SILVA

Número Conselho: 9121

Dr. José Renna Gomes
Ortopedista
CRM-PB 21477
TELEFONE 32165700



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



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Impresso por: FELIPE TAVARES SENA
Em: 07/10/2020 09:47:04

Nome JEFFERSON PEREIRA MARCELO		Boletim de Atendimento 1261291	Data/Hora Entrada 05/10/2020 09:08:46	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/11/1992	Idade 27	Sexo Masculino	CNS 705001671742252	Prontuário 125230
Tempo de Internação 1d 20h 51min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 05/10/2020 09:08:46	Data Internação 05/10/2020 12:56:49	Permanência na Unidade: 2d 39min		Permanência no Leito: 1d 20h 51min

EVOLUÇÃO MEDICA (FELIPE TAVARES SENA - 07/10/2020 09:46:59)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

SOT

HD FRATURA DE TUBEROSIDADE MAIOR DE UMEROS D

PACIENTE ESTAVEL CLINICAMENTE

EXAMES LAB OK

CD VPM - AGUARDA AGENDAMENTO CIRURGICO

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 008
Profissional responsável pela informação: FELIPE TAVARES SENA

Número Conselho: 5349



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Senos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Impresso por: LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR
Em: 06/10/2020 09:07:56

JEFFERSON PEREIRA MARCELO		Boletim de Atendimento : 261291	Data/Hora Entrada 05/10/2020 09:08:46	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/11/1992	Idade 27	Sexo Masculino	CNS 705001671742252	Prontuário 125230
Tempo de Internação 20h 11min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 05/10/2020 09:08:46	Data Internação 05/10/2020 12:56:49	Permanência na Unidade: 2h 59min		Permanência no Leito: 20h 11min

EVOLUÇÃO MEDICA (LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR - 06/10/2020 09:07:27)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

SOT

HD FRATURA DE TUBEROSIDADE MAIOR DE UMERO D

PACIENTE ESTAVEL CLINICAMENTE

EXAMES LAB OK

CD VPM - AGUARDA AGENDAMENTO CIRURGICO

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 008

Profissional responsável pela informação: LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR

Número Conselho: 6918

Lauri F. C. Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 6918/TEOT-135

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Jefferson Ferreira Marcalo BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 18/10/2020
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Fratura Úmero proximal 1º Assistente: João Mendes
 Cirurgião: Jerry Boni 3º Assistente: _____
 2º Assistente: _____ Anestesista: _____
 Instrumentador: João Horário: Início _____ Término _____
 Tipo de Anestesia: Blenda + Canal

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura Úmero Proximal Anterolateral</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Ato Cir. Fratura Úmero Proximal</u>	
<u>Ombro</u> (9)	

Acidente durante Ato Cirúrgico: Sim Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: Sim Não
 Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:
 Enfermaria Terapia Intensa Residência Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico CRM: _____
Dr. Jerry Boni
 CRM: 8753
 Cirurgia Ombro
 Lesões Esportivas

João Pessoa, 18/10/2020

RELATÓRIO DE CIRURGIA



SECRETARIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Costeiras flexionadas

Tronco e membros superiores

Incisão:

Apresenta coleção líquida no abdome

Dr. K. - - - - -

Achados:

- Incisão de 11. post. musculocutânea

- Omentum pleural

Conduta:

Enxerto de pele torácica

- Prótese fecal + Anorexia

de 5th Sand. S.O.

Ligamento anastomótico anastomose

+ uretra + supurativa

Fechamento:

Observação:

Dr. Jerry Boni
Cirurgia Geral
Legado Esportivo

18 / 10 / 2020
João Pessoa, _____

Nota de Sala Cirúrgica

Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Jefferson Pereira Marcato

PACIENTE: *Jefferson Pereira Marcato*
 Nº: *1265294*
 ENFERMARIA: *100*
 LEITO: *100*
 MÓDULO: *100*
 CIDADA: *Itapecuru*
 RESPOSTA: *Dr. Paulo*
 PRESENTADOR: *Paulo*
 TEMPO CIRÚRGICO: *1h 30*
 ANESTESIA INÍCIO: *11:30*
 CIRURGIA INÍCIO: *13:00*

INDICACIONES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIALS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
FENTANILA	1	JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
PYVACAÍNA ISOBARICA		JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
PYVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE ACO Nº	
ETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE ACO Nº	
ROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁNICA Nº		FIO DE NYLON Nº	30
TOXIDATO		LÁMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	1
ENOBARBITAL		LÁMINA BISTURI Nº12		FIO DE NYLON Nº	
ENTANILA		LÁMINA BISTURI Nº13		FIO POLIOLACTINA Nº	
ETMAZENIL		LÁMINA BISTURI Nº14		FIO POLIOLACTINA Nº	
ROFOLLRANO		LÁMINA DE DERMATOMO		FIO POLIPROPILENO Nº	
EVOL. VACAÍNA C VASO		LÁMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
IDOCAÍNA S VASO		LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR	12/12	FIO POLIPROPILENO Nº	
IDOCAÍNA S VASO		LUVAS ESTERIL Nº7,0	12	FIO POLIGLEC A PRONE Nº	
IDAZOLAN		LUVAS ESTERIL Nº7,5	12	FIO SEDA Nº	
ADRFENÁ		LUVAS ESTERIL Nº8,0	12	FITA CARDIACA	
PRIBILUM		MASCARA CIRURGICA	1	MATERIAL ESPECIAL	
ANCLORÓNIO		MULTIVIAS	1	CATETER DE PIC	
ETIDINA		PERFURADOR DE SORO	1	CIMENTO CIRURGICO	
PROPORFOL		SCALP Nº19	1	CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RANIFENTANILA		SCALP Nº21	1	FIO DE KIRSCHNER Nº9	1
ROCLORÓNIO		SERINGA 3ML	1	FIO DE KIRSCHNER Nº9	1
SEVOFLURANO		SERINGA 5ML	1	FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÓNIO		SERINGA 10ML	1	FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		SERINGA 20ML	1	GRAMPEADOR CIRURGICO	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HEMOST. ABSORVIVEL	
ÁGUA DESTILADA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ATROPINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		PRÓTESE VASCULAR	
BENTRA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT. PAM	
CEFAZOLINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
EFEDRINA		SONDA FOLEY 3VIAS Nº12			
FLORSEMIDA		SONDA FOLEY 3VIAS Nº14			
GLICOSE 50%		SONDA FOLEY 3VIAS Nº16			
GLIKONATO DE CALCIO		SONDA TRACHEO CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS	
HIDROCORTISONA		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS	
LIDOCAÍNA GELEIA		SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSO	
OXDASENTRONA		TORÇEALINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
PLASIL		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEÓL. B	
PROSTÍGMINA		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEÓL. B	
PROTAMINA		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
TENOXICAN		TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA	

*uso comum
guia.*

*ex 3,5 parafusos (Premium)
 parafusos canulados Nº 28 - 02.
 Agulha de 36º A 50 Uycan - 01.*

ASPIRADOR
 BISTURI ELÉTRICO
 CAPNOGRAFIA
 CARDIOMONITOR
 DESFIBRILADOR
 FOCO AUXILIAR
 FOCO CENTRAL
 MICROSCOPIO
 OXÍMETRO DE PULSO
 SÉRIA INVASIVA NÃO INVASIVA
 PERFURADOR ELÉTRICO
 SERRA CIRCULANTE



FICHA DE ANESTESIA



DATA: 18/10/2020

PRONTUÁRIO: 125230

PACIENTE: JEFFERSON PEREIRA MARCELO SEXO: COR: IDADE: 27

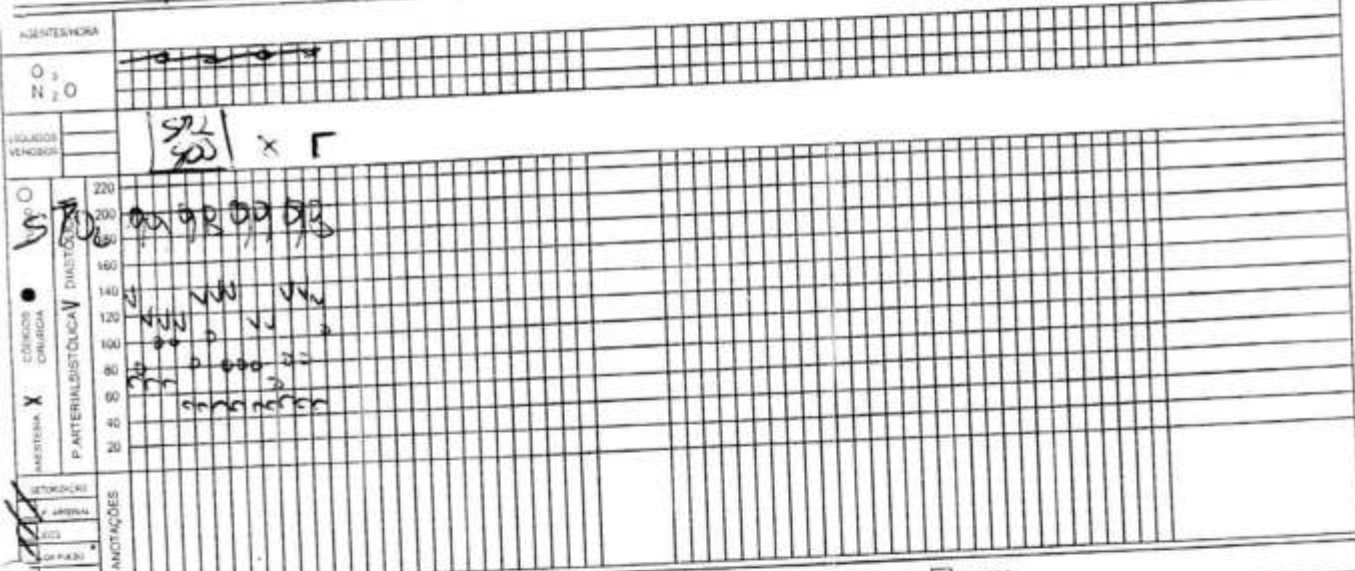
PRESSÃO ARTERIAL: PULSO: 80 RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA: PESO: GRUPO SANGUÍNEO:
ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: VER PRONTUÁRIO
AP. RESPIRATÓRIO: MV(+) ANT S/P
AP. DIGESTIVO: jejum 04 ESTADO MENTAL: LOTE DROGAS EM USO: ESTADO FÍSICO (ASA):

PRÉ-ANESTÉSICO DOSE: 110RA
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fígado de volume próximo

CIRURGIA REALIZADA: TTT CIRURGIA DE FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL

CIRURGIÃO: JCPMg AUXILIARES: Lucas
INÍCIO DA ANESTESIA: 11:00 TÉRMINO DA ANESTESIA: 13:00 DURAÇÃO DA ANESTESIA:
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CIL: VALORES R\$:
ANESTESISTA: PAULO TALESSO CPF: 054.544.664-22 CRM-PB:



TECNICA: ANESTESIA GERAL RAQUIDIANA EPIDURAL BLOCO PERIF. BLOCO NERVOS OUTROS

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

QUANTIDADE	VALOR UNIT.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		1	2	3	4	5	6				
GLICOSE		1	2	3	4	5	6				
INS.		1	2	3	4	5	6				
SANGUE		1	2	3	4	5	6				
REZER.		1	2	3	4	5	6				
TOTAL		1	2	3	4	5	6				
DESTINO DO PACIENTE*		1	2	3	4	5	6				
<input type="checkbox"/> APT. <input type="checkbox"/> ENFERMARIA		7	8	9	10						
<input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA											
<input type="checkbox"/> OUTROS											

ANESTESIA
Dr. Paulo Talecco
Médico Anestesiologista
CRM-PB 10914

ASSINATURA DO ANESTESISTA



Receituário

Paciente: JEFFERSON PEREIRA MARCELO
 Data: 19/10/2020 07:00:33
 Sexo: Masculino
 Idade: 27
 CPF: Não Informado
 BAE: 1.261291

RETORNO AO CEREST EM 15 DIAS COM DR. JERRY BONI
 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE UNERO PROXIMAL DIREITO
 RUA JESUS DE NAZARE, 300, BAIRRO JAGUARIBE, POR TRÁS DO HOSPITAL ARLINDA
 MARQUES
 TELEFONE: 3218-5822

[Handwritten signature]
 Dr. Augusto Gonçalves Sarmiento Junior

Dr. AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR
 12411/PB
 HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
 Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090



Receituário

Paciente: JEFFERSON PEREIRA MARCELO
 Data: 19/10/2020 07:00:33
 Sexo: Masculino
 Idade: 27
 CPF: Não Informado
 BAE: 1261291

RETORNO AO CEREST EM 15 DIAS COM DR. JERRY BONI
 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE UNERO PROXIMAL DIREITO
 RUA JESUS DE NAZARE, 300, BAIRRO JAGUARIBE, POR TRÁS DO HOSPITAL ARLINDA
 MARQUES
 TELEFONE: 3218-5822

[Handwritten signature]
 Dr. Augusto Gonçalves Sarmiento Junior

Dr. AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR
 12411/PB
 HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
 Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Av. Senador Humberto Lucena, 1000 - Jd. Santa Helena - Paraíba

Endereço: RUA ORIENTE LINDO, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 5801190
Tel: 32165700 - CNES: 2491262



Senador Humberto
PARAIBA
Governador do Estado

Atestado Médico

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO DE: **JEFFERSON PEREIRA MARCELO**

RG (IDENTIDADE):
3612593

FOI ATENDIDO(A) POR: **AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR**

DE: **AREA AMARELA**

NO DIA: **05/10/2020** ÀS **03:21**

NECESSITANDO DE **90** - noventa


DIAS DE REPOUSO POR MOTIVO DE DOENÇA


CID: **S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero**
T14.9 - Traumatismo não especificado
S00.9 - Traumatismo superficial da cabeça, parte não especificada

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO - ODONTÓLOGO (Preencher, contendo nome completo e registro CRM/O) 

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 2º DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE 23/01/84, E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE ABSTENIMENTO DO TRABALHO 

AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR
(12410/PB)

HETSHI - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1843622120

JEFFERSON FERREIRA MARCELO



DOC. IDENTIFIC. / CRI. JARDIM DO
3612593

CPF 101.746.714-58 DATA NASCIM. 10/11/1992

RENOME
**LUIZMAR FERREIRA
MARCELO**

RENOME
RACIA
COR

Nº REGISTRO 07152047963
VALIDADEZ 18/05/2023
1ª EMISSÃO 25/10/2018

OBSERVAÇÃO:
NENHUMA

Jefferson Ferreira Marcelo
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL JOÃO PESSOA, PB DATA 30/10/2019

Parab
ASSINATURA DO EMISSOR
56258565516
PB039948250

PROIBIDO PLASTIFICAR
1843622120

PARAIBA



DETRAN - PB

2105646085

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO - ELETRÔNICO

CÓDIGO RENAVAM
00258484365



Valide este QRCode com app Via

PLACA EXERCÍCIO
NQG1558 2020

ANO FABRICAÇÃO ANO MODELO
2010 2010

ESPÉCIE / TIPO
PASSAGEIRO MOTOCICLETA

MARCA / MODELO / VERSÃO
HONDA/CG 150 FAN ESI

PLACA ANTERIOR / UF CHASSI
*****/** 9C2KC1550AR209111

COR PREDOMINANTE COMBUSTÍVEL
PRETA GASOLINA

OBSERVAÇÕES DO VEÍCULO

CATEGORIA PARTICULAR	CAPACIDADE * *		
POTÊNCIA/CILINDRADA 0CV/149	PESO BRUTO TOTAL 0.3		
MOTOR KC15E5A209111	CMT * *	EIXOS *	LOTAÇÃO 02P
CARROCERIA NÃO APLICAVEL			

NOME
JEFFERSON PEREIRA MARCELO

CPF / CNPJ
101.746.714-58

LOCAL DATA
SANTA RITA PB 08/07/2020

ASSINADO DIGITALMENTE PELO DETRAN

DADOS DO SEGURO DPVAT 2105646085

CAT. TARIF *	DATA DE QUITAÇÃO *	PAGAMENTO <input type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO
REPASSE OBRIGATÓRIO AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (R\$) *	CUSTO DO BILHETE (R\$) *	CUSTO EFETIVO DO SEGURO (R\$) *
REPASSE OBRIGATÓRIO AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO (R\$) *	VALOR DO IOF (R\$) *	VALOR TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) *

INFORMAÇÕES DO SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

Todos os cidadãos, acidentados em território nacional, estão cobertos, sejam eles motoristas, passageiros ou pedestres. Dar entrada no Seguro DPVAT é gratuito e não é necessário a contratação de terceiros. O prazo para solicitação da indenização do Seguro DPVAT é de até 3 anos.

São três tipos de cobertura:

 MOTORISTA R\$ 13.500,00	 INVALIDEZ PERMANENTE ATÉ R\$ 13.500,00* * conforme graduação prevista em lei	 REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS ATÉ R\$ 2.700,00
--------------------------------	--	---

COMO DAR ENTRADA NO SEGURO DPVAT

1. Acessar o site de atendimento ao cidadão no endereço: www.seguradoratider.com.br ou acessar o aplicativo móvel disponível no Google Play e App Store.
2. Informar os dados pessoais do acidentado no endereço: www.seguradoratider.com.br ou acessar o aplicativo móvel disponível no Google Play e App Store.
3. Apresentar o documento de identificação do acidentado no endereço: www.seguradoratider.com.br ou acessar o aplicativo móvel disponível no Google Play e App Store.

DOCUMENTAÇÃO COMUM A TODAS AS COBERTURAS

- Formulário de Solicitação (SOL) do acidente devidamente preenchido e assinado pelo Grupo (POLÍCIA COMPARTILHA POLÍCIA FEDERAL, POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL, POLÍCIA CIVIL, POLÍCIA MILITAR e BOLETIM DE Ocorrência).
- Formulário de Pedido do Seguro DPVAT disponível no site: www.seguradoratider.com.br/seguro-dpvat.
- Cópia do comprovante de residência.
- Cópia do documento de identificação: Carteira de identidade RG ou seu RG em vigor, Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) ou Carteira Nacional de Habilitação (CNH).
- Cópia do CPF.

Acesse www.seguradoratider.com.br/seguro-dpvat/como-pedir-indenizacao e confira o detalhamento da documentação necessária para cada cobertura.

IMPORTANTE:

- O prazo para pagamento da indenização ou reembolso é de 30 dias corridos a partir da disponibilização da documentação completa e correta, de acordo com a cobertura pleiteada.
- O período de validade do Seguro DPVAT corresponde ao ano civil, ou seja, de 01/01/2020 até 31/12/2020.
- A contratação do Seguro DPVAT é obrigatória e deverá ser paga juntamente com o valor do imposto de Renda sobre o total do acidente - IRRF. Os dados de identificação do acidentado deverão ser fornecidos de forma correta e verdadeira.
- O veículo não estava devidamente licenciado no momento do acidente não faz parte do âmbito de cobertura do Seguro DPVAT.
- O Seguro DPVAT é uma importante fonte de recursos para a UNIAS, além de:
 - Atende às necessidades do Sistema Único de Saúde - SUS para custeio de assistência médica-hospitalar a vítimas de acidentes de trânsito (Lei 8.232/1991).
 - No caso de acidente com destruição do Departamento Nacional de Trânsito - DENATRAN para aplicação de programas de segurança e prevenção de acidentes de trânsito (Lei 9.503/1997 - Código de Trânsito Brasileiro).

Para informações sobre o Seguro DPVAT, período de contratação e renovação, atendimento ao cidadão, forma de atendimento, documentação necessária, prazo e demais aspectos:



Central de Atendimento
0800 022 1204
0800 022 1206
0800 022 1208
0800 022 1209
0800 022 1210

www.seguradoratider.com.br

MENSAGENS DENATRAN

CARTEIRA DIGITAL DE TRÂNSITO

Para sua comodidade, você pode acessar este documento diretamente pelo seu celular. Baixe o aplicativo Carteira Digital de Trânsito - CDT e tenha acesso ao licenciamento de seu veículo além de outras várias funcionalidades. Com a Carteira Digital de Trânsito - CDT você pode:

- Consultar suas infrações e pagar multas com desconto
- Acessar a versão digital da CNH (sem custo adicional para o CNH)
- Assinar a versão digital deste Licenciamento Eletrônico
- Compartilhar o licenciamento com até 5 pessoas
- Indicar o principal condutor
- Renovar seus direitos





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



- IDENTIFICAÇÃO

VITIMA _____

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VITIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (_____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

Obs: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

Obs: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1304

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

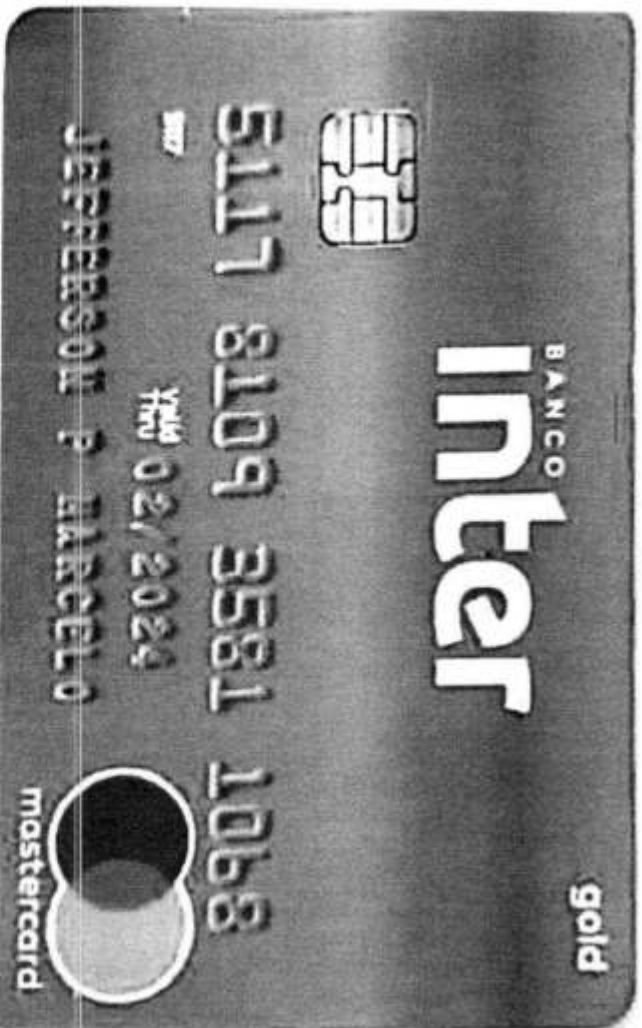
ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210009151 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFFERSON PEREIRA MARCELO **Data do acidente:** 05/10/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/01/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO DIREITO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO DIREITO.

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 OMBRO DIREITO.

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210009151

Cidade: Bayeux

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JEFFERSON PEREIRA MARCELO

Data do acidente: 05/10/2020

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/01/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO DIREITO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO DIREITO.

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 OMBRO DIREITO.

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0008584/21

Vítima: JEFFERSON PEREIRA MARCELO

CPF: 101.746.714-58

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Data do acidente: 05/10/2020

Titular do CPF: JEFFERSON PEREIRA MARCELO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JEFFERSON PEREIRA MARCELO : 101.746.714-58

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: 11/01/2021
Nome: JEFFERSON PEREIRA MARCELO
CPF: 101.746.714-58

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/01/2021
Nome: JOSIVAN GOMES DA SILVA
CPF: 117.281.804-57

JEFFERSON PEREIRA MARCELO

JOSIVAN GOMES DA SILVA