

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0066846/39	CPF da vítima: 706.270.224-21	Nome completo da vítima: DANIELA CORDEIRO DA SILVA ALVES
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: DANIELA CORDEIRO DA SILVA ALVES		CPF: 706.270.224-21
Profissão: DOMA FORMOZINA MARIA DA CONCEIÇÃO	Endereço: JOÃO PESSOA	Número: 353 Complemento: CASA
Bairro: MANGABEIRA	Cidade: JOÃO PESSOA	Estado: PARAIBA CEP: 58056-580
E-mail:		Tel (DDD): (83) 98713-3642

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **3487** CONTA: **8988** **4**

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

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: **João Pessoa 22/02/2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Daniela Cordeiro da Silva Alves

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

2º Nome: _____

CPF: _____



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0826 - 2018		Responsável pelo Levantamento do Acidente: CLEODON CARLOS FERREIRA NETO			Posto/Graduação: SD/PM	
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: R. Elias P. de Araújo/R. Janduí D. Nascimento			Hora 18:00	Bairro Mangabeira	Município: João Pessoa	U F PB
Data da Ocorrência 13/11/2018	Dia da Semana Terça-Feira	C/S Vítima (QT) Com 01	Tipo de Acidente Colisão Lateral	Tipo de pavimento Asfalto	Condições da Pista Seca	
Condições do Tempo Bom	Envolvidos no acidente (Quantidade) 02 Veículos			Controle do tráfego Placa de Pare		

CONDUTOR 01

Nome Emerson Rodrigues dos Santos		Sexo Masculino	Nascimento 07/02/1983	RG 4124652 PB		
Endereço Rua, Formosina Maria da Conceição, 153, Mangabeira, João Pessoa, PB – Tel.(083)987723556						
1ª Habilitação Não Habilitado	Categoria -	Registro CNH N.º -	U.F. -	Ex.méd./Dia -	Data Vencimento -	Usava cinto -
Exame de Embriaguez Alcoólica Sim (0,00 mg/l)			Destino do Condutor Central de Polícia			

VEÍCULO 01

Marca/Modelo Yamaha/YBR	Espécie Motocicleta	Placa MNJ 8127	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
Nome do Proprietário Daniela Cordeiro da Silva Alves					
Seguradora DPVAT	Bilhete N° 012974091212	Renavan N° 00861624246	Data da Emissão 10/11/2017		
Condições do Veículo Antes do Acidente Nada constatado					

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Condutor declarou que: trafegava na via A, sentido Mangabeira/José Américo e ao chegar no cruzamento com a via B, foi surpreendido pelo o V2, que fez a conversão a esquerda sem sinalizar; que acionou o sistema de freios do seu veículo na tentativa de evitar o sinistro, não sendo possível, que o V2 fez a conversão de vez.

CONDUTOR 02

Nome João Laurentino da Silva		Sexo Masculino	Nascimento 22/05/1943	RG 76510 SSP PB		
Endereço Rua, Inaldo Rodrigues de Almeida, 139, C. dos Colibris, José Américo, João Pessoa, PB – Tel.(083)987313670						
1ª Habilitação 18/07/1975	Categoria B	Registro CNH N.º 02868612146	U.F. PB	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 09/05/2019	Usava cinto Sim
Exame de Embriaguez Alcoólica Sim (0,00) mg/l			Destino do Condutor Permaneceu no Local			

VEÍCULO 02

Marca/Modelo VW/Voyage	Espécie Automóvel	Placa QSA 4768	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
Nome do Proprietário João Laurentino da Silva					
Seguradora DPVAT	Bilhete N° 014082157898	Renavan N° 0116132545-7	Data da Emissão 13/08/2018		
Condições do Veículo Antes do Acidente Nada constatado					

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Condutor declarou que: trafegava na via A sentido José Américo/Mangabeira, que no chegar no cruzamento com a via B, acionou a luz indicadora de direção (seta), para fazer a conversão à esquerda em direção a via B, que ao iniciar a conversão não viu o V1, o qual trafegava com o farol apagado e no sentido oposto, vindo a colidir com o mesmo.



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 04/12/2018
ASSINADO: [Assinatura]

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº

VÍTIMA 01

Nome Daniela Cordeiro da Silva Alves	Sexo Feminino	Nascimento	Viajava no Veículo Nº 01
Endereço			
Condição da Vítilma Passageira	Conduzida Para Hospital de Ortotrauma	Usava Cinto Sim	Usava Capacete -

VÍTIMA 02

Nome Emerson Rodrigues dos Santos	Sexo Masculino	Nascimento 07/02/1983	Viajava no Veículo Nº 01
Endereço Rua, Formosina Maria da Conceição, 153, Mangabeira, João Pessoa, PB – Tel.(083)987723556			
Condição da Vítilma Condutor	Conduzida Para Hospital de Ortotrauma	Usava Cinto Sim	Usava Capacete -

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: os veículos trafegavam na via A e ; que o sítio da colisão se deu no cruzamento das vias A e B, que na Via A, havia linha de divisão do tipo fluxo do tipo, dupla continua, bem como faixa de pedestres, que na via B. Havia sinalização vertical de placa de PARE; que logo após o acidente a passageira do V1 foi socorrida para o Hospital Ortotrauma, que os C1 e C2, foram submetidos a testes em etilômetros, resultado em 0,00 mg/l.

João Pessoa – PB, 28 de Novembro de 2018.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 04.12.11.2018
ASS: [assinatura]



Cleodon Carlos Ferreira Neto – SD PM
Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0826 / 2018

FOTOS DO V2

FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO

Cópia de Conformidade com o Original

EM: 08/02/2018

ASSINATURA

Cleodon Carlos Ferreira Neto SD PM
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



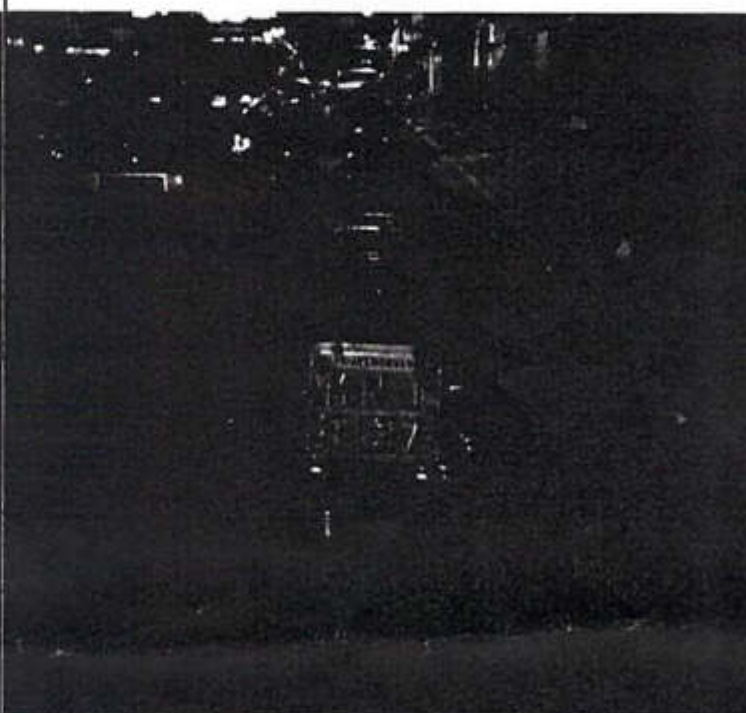
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0826 / 2018

FOTOS DO V1

FRENTE (V1)



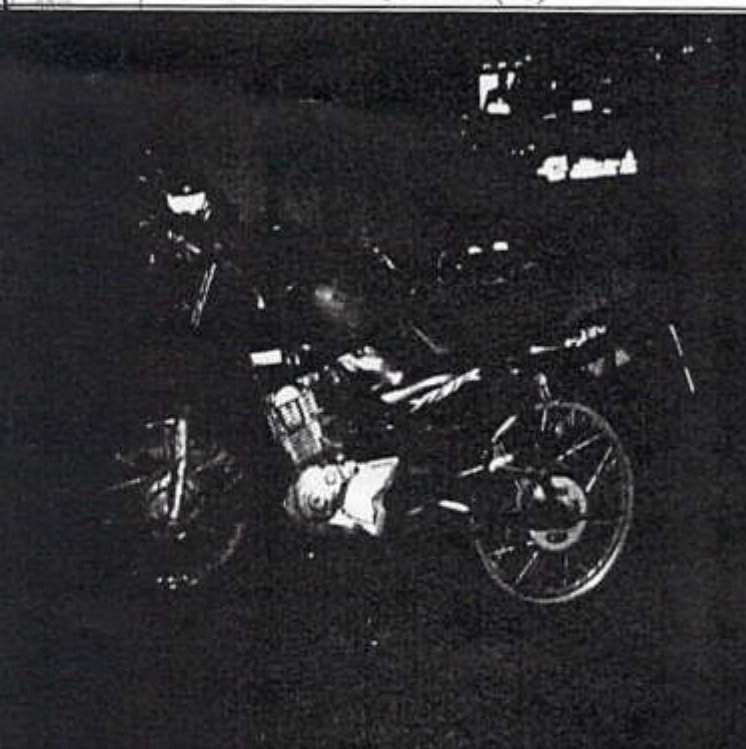
TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 04 / 12 / 2018
ASSINATURA

Cleodon Carlos Ferreira Neto SD PM
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0826 / 2018

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Rua Elias Pereira de Araújo - 11,00metros

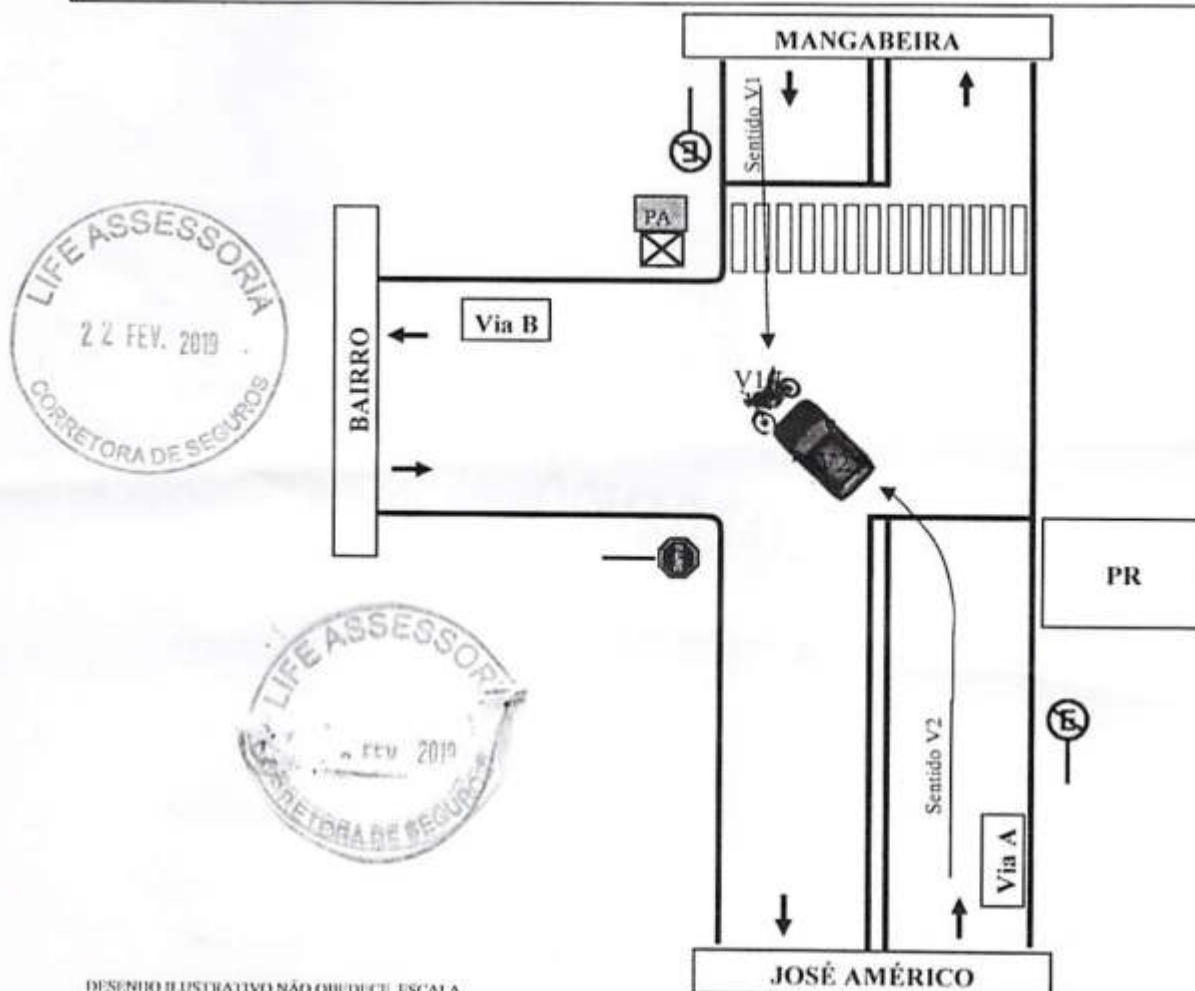
VIA "B" - Rua Janduí Dantas do Nascimento - 06,00metros

PR (Ponto de Referência) borracharia Bom Jesus

PA (Ponto de Amarração) Poste da Energisa

V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro 10.00 e Traseiro Direito 09.00 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Eixos Dianteiro 10.00 e Traseiro Direito 12.50 metros para (PA)



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO ORIENTA ESCALA

AVARIAS



V1



V2

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original

EM: 14/02/2018
ASSINATURA

Cleodon Carlos Ferreira Neto SD PM
Responsável pelo Levantamento

EM BRANCO



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0826 - 2018

DANOS NO V2

Marca/Modelo:
VW Voyage

Placa:
QSA 4768

Responsável pelo Preenchimento:
SD Cleodon

Data:
13/11/2018

AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

Item		Avaliação			Item		Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Painel corta-fogo		x		12	Longarina traseira esquerda		x	
02	Longarina dianteira esquerda	x			13	Assoalho porta malas ou caçamba		x	
03	Caixa de roda dianteira esquerda	x			14	Longarina traseira direita		x	
04	Estrutura da soleira esquerda		x		15	Caixa de roda traseira direita		x	
05	Air Bags frontais		x		16	Estrutura da coluna traseira direita		x	
06	Air Bags laterais		x		17	Estrutura da soleira direita		x	
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda		x		18	Estrutura da coluna central direita		x	
08	Estrutura da coluna central esquerda		x		19	Estrutura da coluna dianteira direita		x	
09	Estrutura da coluna traseira esquerda		x		20	Assoalho central direito		x	
10	Caixa de roda traseira esquerda		x		21	Caixa de roda dianteira direita		x	
11	Assoalho central esquerdo		x		22	Longarina dianteira direita		x	
Total Geral (Sim + NA)							02		

Observações: DANO DE MÉDIA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1 -> DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6 -> DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6 -> DANO DE GRANDE MONTA

DANOS NO V1

Marca/Modelo:
Yamaha YBR

Placa:
MNJ 8127

Responsável pelo Preenchimento:
SD Cleodon

Data:
13/11/2018

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item		Avaliação			Item		Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro	x			05	Chassi		x	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		x		06	Garfo traseiro		x	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		x		07	Elxo traseiro (tríciclos)			
04	Coluna de direção		x		Total Geral (Sim + NA)			01	

Observações: DANO DE MÉDIA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 -> DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 -> DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 -> DANO DE GRANDE MONTA

João Pessoa-PB, 28 de Novembro de 2018.

Cleodon Carlos Ferreira Neto – SD PM
Responsável pelo Levantamento

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 04/12/2018
Assinatura



EM BRANCO



SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

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



SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 03.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 812/075, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2256208, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **Daniela Cordeiro da Silva Alves** idade 22 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão Moto x Carro)** no dia 13/11/2018, na Rua Elias Pereira de Araújo, Bairro: Mangabeira - João Pessoa - aproximadamente às 18:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 21 de Dezembro de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS nº 1017

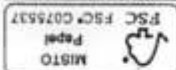
Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



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

RCHLO
RIACHUELO

MIDWAY
FINANCEIRA



PARA USO DO CORREIO

Remetente: Caixa Postal 79594 - CEP 05181-971 São Paulo SP

DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO

- ☐ Mudou-se
- ☐ Endereço Inexistente
- ☐ Não existe nº informado
- ☐ Faltou
- ☐ Descartado
- ☐ Retornado
- ☐ Ausente
- ☐ Não procurado
- ☐ Objeto danificado
- ☐ End. desconhecido na localidade

- ☐ Fatura comprovando (contrato)
- ☐ Caixa postal conhecida
- ☐ Retornado ao Serviço Postal em
- ☐ Assinatura do Entregador



CTC RECIFE PE PL6



EMERSON R D SANTOS
RUA FORMOZINA MARIA DA CONCEICAO
153
MANGABEIRA JOAO PESSOA PB
58056-580



7211050330101640000000524930161118



Data da Postagem: 16/11/2018
Data do Vencimento: 25/11/2018
DIG/0000005249



BLACK FRIDAY

ESTAMOS EM CONTAGEM REGRESSIVA

APROVEITE

CONDIÇÕES EXCLUSIVAS DE PARCELAMENTO PARA O CREDITO RACHUELO

EM TODAS AS NOSSAS LOJAS E NO SITE

Este ano, ela acontece no dia 17 de Novembro e Riachuelo está preparando milhares de ofertas para você a partir de R\$9,90

155 RCHLO RCHLO RCHLO

Riachuelo é uma marca registrada da Riachuelo S.A. Condições e regras de acesso à oportunidade Black Friday Riachuelo estão disponíveis no site www.riachuelo.com.br. Para mais informações, consulte o site www.riachuelo.com.br. SAC: 0800 701 4542

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Daniela Cordeiro da Silva</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA <i>18/11/18</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura Bimaleolar do Tornozelo</i>				CID <i>S82.6 + S82.5</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo lateral e medial</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de maléolo lateral e medial foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

ETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por **90** dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em **45** dias e com esforço maior em **90** dias.

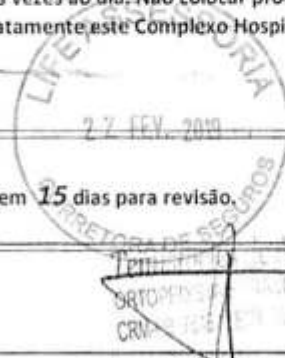
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA:

RETORNO: Ao posto de saúde em **15** dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em **15** dias para revisão.

17/11/18

DATA



Temerário A. R. Filho
ORTOPEDISTA
CRM 10.107 / RQE-5245

ASS. MÉDICO / C.R.M


Nome: DANIELA CORDEIRO DA SILVA ALVES
Idade: 22 ANOS
Data: 06/12/2018
Convenio: VISA MANGABEIRA
Solicitante Dr(a): .
Nº Exame: 153515

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

Fratura bimalleolar, fixados com placa e parafusos metálicos.

Tecidos moles sem alterações.

Controle pós-operatório.



Dr(a). Ricardo de Souza Cavalcanti
Médico radiologista
CRM - PB - 3505



DANIELA CORDEIRO DA SILVA ALVES,.

Sex: Feminino

Data de nascimento: 23/11/1996

ID: 153515

Data de aquis.: 06/12/2018

Hora de aquis.: 17:13:15

Índice de exp.: 2757

Dir.

NÃO ESPECIFICADO
NÃO ESPECIFICADO
W: 4113, L: 1991
ID de técnico: adm117



9cm

13cm

Escala: 0.0
DIA DIAGNOSTICO POR IMAGEM









ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) DANIELA CORREIA DA SILVA portador(a) da
identidade RG _____, que o(a) mesmo(a)
foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da
patologia CID-10 S828, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período de 40
NOVE dias, a partir desta data.

Tempestade Pessoa,
ORTOPEDI
CRM-PA 17/11/8

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a)
Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA - PACIENTE

2ª VIA - ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua RQ - Píscal José Costa Duarte, 84, CEP 52030-380, Mangabeira II, Jato Pessoa - PE





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: _____

DA SILVA
CONDOMÍNIO DA SERRA
ALTO

Solteiro

DR. DE PAULA
DAP

20/12/18

Assinatura e Carimbo



L-237

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIVIL E A

DEFESA DO CIDADÃO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Daniela L. Cordeiro da Silva




VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.124.654 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/10/2013

NOME DANIELA CORDEIRO DA SILVA ALVES

FILIAÇÃO DANIEL ALVES DA SILVA JOSINETTE CORDEIRO DA SILVA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
JOÃO PESSOA-PB 23/11/1996

DOC. ORIGEM CERT. NASC. Nº6007 - LIV A-07 - FLS.02 - CARTÓRIO JOÃO PESSOA -PB

CPF 706.270.224-21

LEI Nº 2.116 DE 20/06/93



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 012974091212

51884550712

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRF 20160000534496-0

VV	0085162424-6	00/00000000
----	--------------	-------------

NOME/ENTEREÇO
DANIELA CORDEIRO DA SILVA ALVES
R FORMOZINA M CONCEICAO 153 CA
MANGABEIRA
58056580 JOAO PESSOA-PB

CPF/CNPJ PLACA
70627022421 RNJ8127/PB

NOME ANTERIOR
RAILSON MAX GONCALVES MENDONCA

PLACA ANO / UF	CHASSI	
NOVO MA 9C6KE044050122516 REM		
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL	
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	GASOLINA	
MARCA/MODELO	ANO FAB ANO IMC	
YAMAHA/YBR 125K	2005 2005	
CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 P/124 /CI	PARTIC	VERMELHA

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO

N.Motor : E338E-118707 0

JOAO PESSOA-PB LOCAL DATA
17221 10/01/2017

16951

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$

NOME DO COMPRADOR:

RG: CPF/CNPJ:

ENDEREÇO

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

- a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas reincidências até a data da comunicação (Lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).
- b) O adquirente terá prazo máximo de 30(trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 253 do CTB).
- c) É obrigatório o reconhecimento de firma do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)
CONFORME ART. 369 C.P.C.





IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA DANIELA CORDEIRO DA SILVA ALVESDATA DO ACIDENTE 13/11/2018 CPF DA VÍTIMA 706.240.224-21

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA FORMOZINA MARIA DA CONCEIÇÃONº 153 COMPLEMENTO CASA BAIRRO MANGABEIRACIDADE JOÃO PESSOA UF PB CEP 58056-580E-MAIL muxidpvt23@ono.com.br TELEFONE (83) 98713-1642

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA 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)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

• 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE 4.124.6595505/PBASSINATURA Daniela Cordeiro da Silva Alves

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066846/19

Vítima: DANIELA CORDEIRO DA SILVA ALVES

CPF: 706.270.224-21

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 13/11/2018

Titular do CPF: DANIELA CORDEIRO DA SILVA ALVES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

DANIELA CORDEIRO DA SILVA ALVES : 706.270.224-21

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/02/2019
Nome: DANIELA CORDEIRO DA SILVA ALVES
CPF: 706.270.224-21

DANIELA CORDEIRO DA SILVA ALVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/02/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA