

# 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:

0066 846/39

CPF da vítima:

406.970.224-21

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:

406.970.224-21

Profissão:

Endereço:

RUA FORMOSA MARIA DA CONCEIÇÃO

Número:

353

Complemento:

CASA

Bairro:

MANGABEIRA

Cidade:

JOÃO PESSOA

Estado:

PARANÁ

CEP:

58056-580

E-mail:

Tel (DDD):

(83) 9873-3642

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

**DADOS CADASTRAIS**
 RENDA MENSAL:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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):

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:

3487

CONTA:

89 88

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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**:

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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 Lider 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)  Divorciado  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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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:

Joacim Gonçalves 22/02/2019

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

22 FEB. 2019

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)







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

**CONDUTOR 01**

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

**VEÍCULO 01**

Marca/Modelo <b>Yamaha/YBR</b>	Espécie <b>Motocicleta</b>	Placa <b>MNJ 8127</b>	Categoria <b>Particular</b>	Município <b>João Pessoa</b>	U.F. <b>PB</b>
-----------------------------------	-------------------------------	--------------------------	--------------------------------	---------------------------------	-------------------

Nome do Proprietário

**Daniela Cordeiro da Silva Alves**

Seguradora <b>DPVAT</b>	Bilhete N.º <b>012974091212</b>	Renavan N.º <b>00861624246</b>	Data da Emissão <b>10/11/2017</b>
----------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------

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 <b>João Laurentino da Silva</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Nascimento <b>22/05/1943</b>	RG <b>76510 SSP PB</b>
---	--------------------------	---------------------------------	---------------------------

Endereço

**Rua, Inaldo Rodrigues de Almeida, 139, C. dos Colibris, José Américo, João Pessoa, PB – Tel.(083)987313670**

1ª Habilitação <b>18/07/1975</b>	Categoria <b>B</b>	Registro CNH N.º <b>02868612146</b>	U.F. <b>PB</b> Ex.méd./Dia <b>Sim</b>	Data Vencimento <b>09/05/2019</b>	Usava cinto <b>Sim</b>	Usava Capacete <b>Sim</b>
-------------------------------------	-----------------------	--	---	--------------------------------------	---------------------------	------------------------------

Exame de Embriaguez Alcoólica <b>Sim (0,00) mg/l</b>	Destino do Condutor <b>Permaneceu no Local</b>
---	---

**VEÍCULO 02**

Marca/Modelo <b>VW/Voyage</b>	Espécie <b>Automóvel</b>	Placa <b>QSA 4768</b>	Categoria <b>Particular</b>	Município <b>João Pessoa</b>	U.F. <b>PB</b>
----------------------------------	-----------------------------	--------------------------	--------------------------------	---------------------------------	-------------------

Nome do Proprietário

**João Laurentino da Silva**

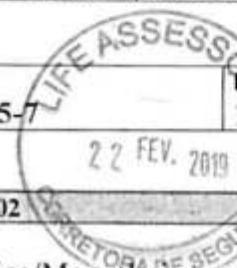
Seguradora <b>DPVAT</b>	Bilhete N.º <b>014082157898</b>	Renavan N.º <b>0116132545-7</b>	Data da Emissão <b>13/08/2018</b>
----------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

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.



BOAT - Batalhão de Policia de Trânsito Urbano e Rodoviário  
Assessoria de Comunicação - 2019  
Cópia de Conformidade com o Código de Trânsito Brasileiro  
EM: 001

## CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT N°

## VÍTIMA 01

Nome <b>Daniela Cordeiro da Silva Alves</b>	Sexo <b>Feminino</b>	Nascimento	Viajava no Veiculo N° <b>01</b>
--	-------------------------	------------	------------------------------------

Endereço

Condição da Vitima <b>Passageira</b>	Conduzida Para <b>Hospital de Ortotrauma</b>	Usava Cinto <b>Sim</b>	Usava Capacete <b>-</b>
---	---	---------------------------	----------------------------

## VÍTIMA 02

Nome <b>Emerson Rodrigues dos Santos</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Nascimento <b>07/02/1983</b>	Viajava no Veiculo N° <b>01</b>
---	--------------------------	---------------------------------	------------------------------------

Endereço

**Rua, Formosina Maria da Conceição, 153, Mangabeira, João Pessoa, PB – Tel.(083)987723556**

Condição da Vitima <b>Condutor</b>	Conduzida Para <b>Hospital de Ortotrauma</b>	Usava Cinto <b>Sim</b>	Usava Capacete <b>-</b>
---------------------------------------	---	---------------------------	----------------------------

## 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: 04/12/2018

ASSINATURA

  
Clebton Carlos Ferreira Neto – SD PM  
Responsável pelo Levantamento





POLICIA 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 N° 0826 / 2018

FOTOS DO V2

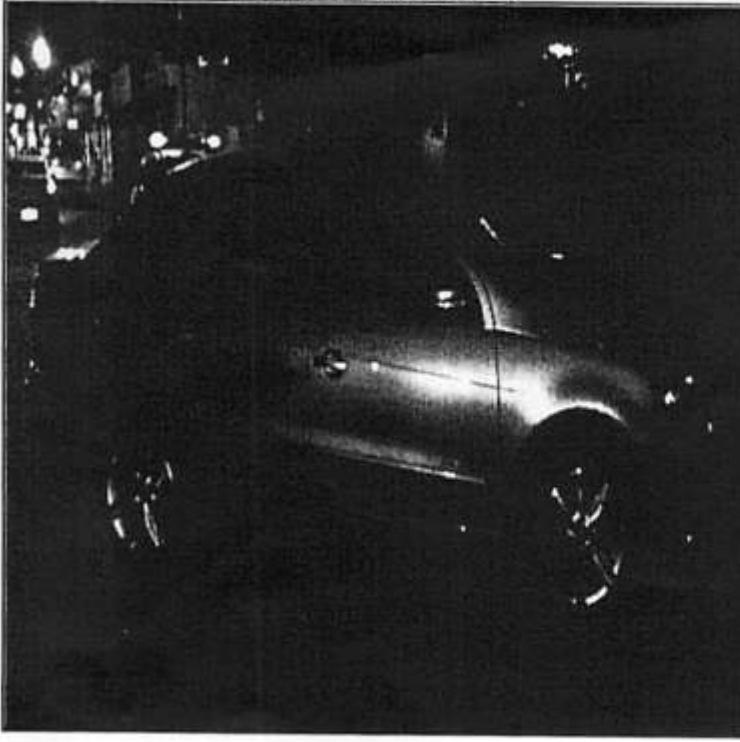
FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o C.R.

EM: 09 / 02 / 2018

ASSINATURA

Cleodon Carlos Ferreira Neto SD PM  
Responsável pelo Levantamento



POLICIA 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 V1

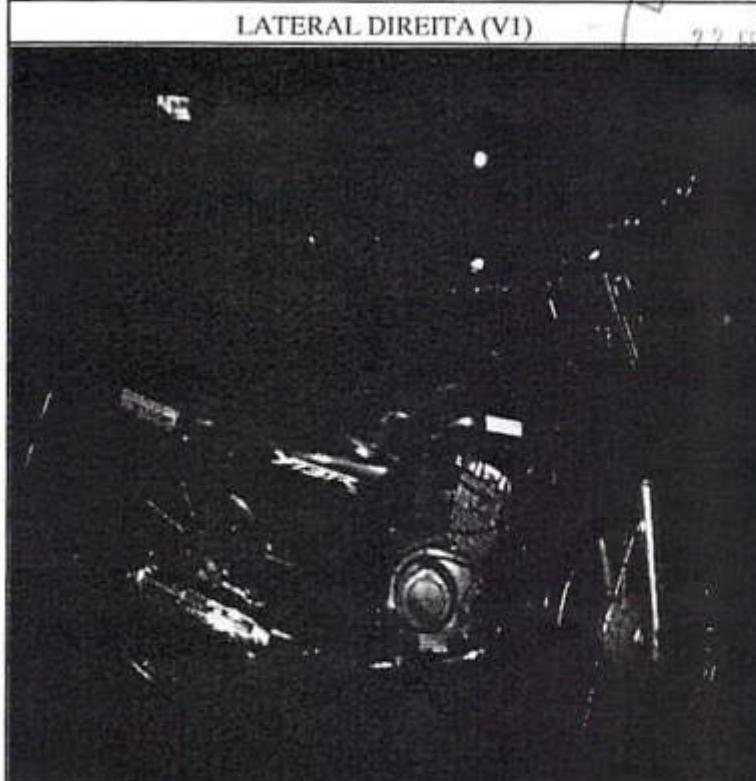
FRENTE (V1)



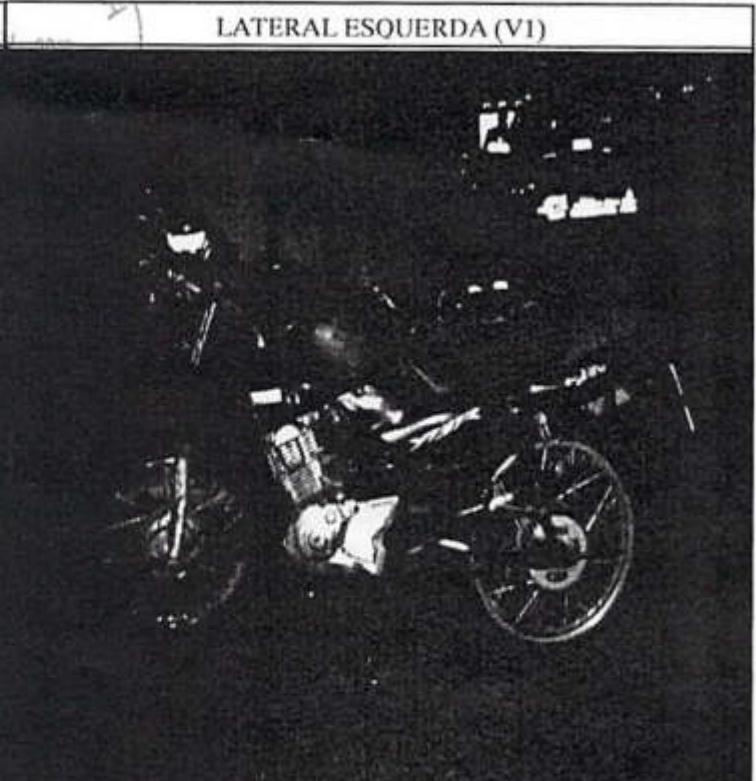
TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)

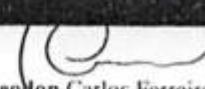


BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO

Copia de Conformidade com o Dnit

EM: 04/12/2018

Assinatura

  
Cleodon Carlos Ferreira Neto SD PM  
Responsável pelo Levantamento



POLICIA 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

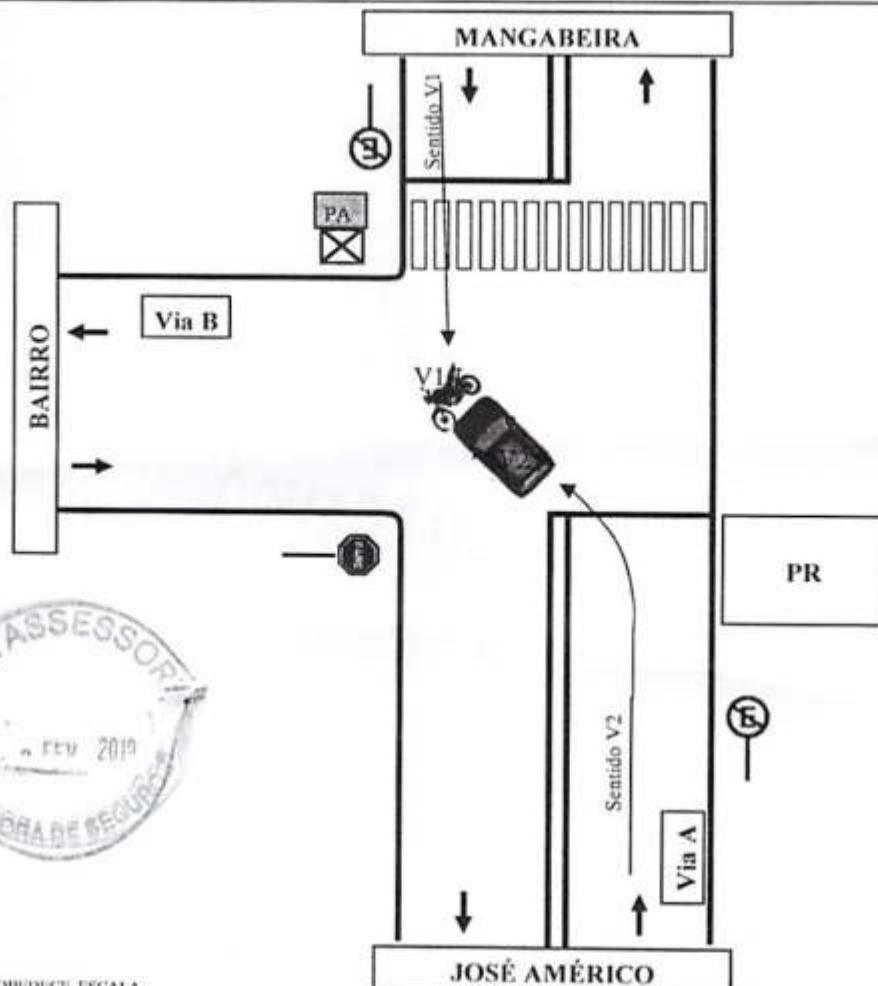
VIA "B" - Rua Janduí Dantas do Nascimento - 06,00metros

PR (Ponto de Referência) borracharia Bom Jesus

PA (Ponto de Amarração) Poste da Energisa

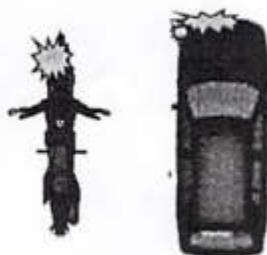
V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro 10,00 e Traseiro Direito 09,00 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Eixos Dianteiro 10,00 e Traseiro Direito 12,50 metros para (PA)



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECER ESCALA

AVARIAS



V1

V2

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Oficial  
EM: *14/02/2018*

ASSINATURA



Cleodon Carlos Ferreira Neto SD PM  
Responsável pelo Levantamento

EMBRANCO



POLICIA 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	Nome da Peça	Avaliação			Nome da Peça	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	Nome da Peça	Avaliação			Nome da Peça	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	Eixo traseiro (triciclos)		
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 Oficial  
EM: 04/12/2018



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. Olígenes Chaves, 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 Tarçisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 21 de Dezembro de 2018.

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

<input type="checkbox"/> Mudanças	<input type="checkbox"/> Descrição da mudança
<input type="checkbox"/> Recursos	<input type="checkbox"/> Descrição dos recursos
<input type="checkbox"/> Arames	<input type="checkbox"/> Descrição dos arames
<input type="checkbox"/> Fitas e fitas de plástico	<input type="checkbox"/> Descrição das fitas e fitas de plástico
<input type="checkbox"/> Papel	<input type="checkbox"/> Descrição do papel
<input type="checkbox"/> FSC® C07557	<input type="checkbox"/> Descrição do FSC® C07557

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

DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEO

PARA USO DO CORREIO

Assinatura do destinatário

Assinatura do remetente

**RCHLO**  
RIACHUELO

**MIDWAY**  
FINANCEIRA



CTC RECIFE PE PLE



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/000005249

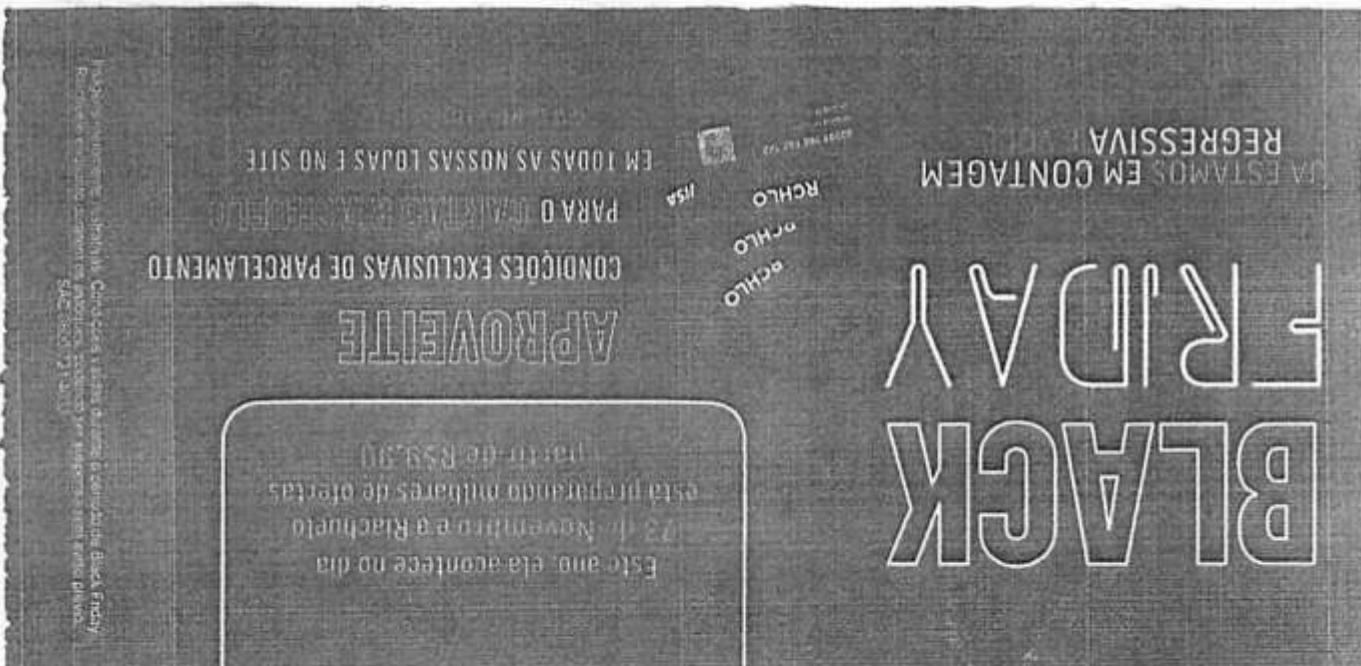


Este é um documento digital. Clique aqui para baixar o documento em formato PDF.  
O documento é enviado para o seu e-mail. Se não souber o endereço, entre em contato com o vendedor.

APROVEITE  
CONDIÇÕES EXCLUSIVAS DE PARCELAGEM  
PARA QUEM FAZ PARCELAGEM  
EM TODAS AS NOSSAS LOJAS E NO SITE  
www.midway.com.br

Este ano, ela acontece no dia 23 de Novembro e a Black Friday é uma oportunidade única para descontos de até 50%.

BLACK FRIDAY  
REGRESSIVA  
ESTAMOS EM CONTAGEM



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>18/11/08</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

*Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo lateral e medial*

## TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA

ANATOMIA PATOLÓGICA

INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO

**COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO**

## RESULTADO BACTERIOLOGIA

## CONDIÇÕES DE ALTA

(X) MELHORADO ( ) REMOVIDO

( ) SUBARO

## ÓBITO

## RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, 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

ITA: *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 “inchaco” 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.

2/1/8 ~~Temp. 50.000  
S.R. 50.000  
E.R. 50.000~~ 1. R. Filho

## DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

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

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 bimaleolar, fixados com placa e parafusos metálicos.*

*Tecidos moles sem alterações.*

*Controle pós-operatório.*



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



83 3247 6465  
Anexo a SOS Otorrino  
Av. Nossa Senhora dos  
Navegantes, 500 - Tambau  
João Pessoa - PB | 58039-110

83 3576-4730  
Anexo a Policlínica São Luiz  
Av. Francisco Manoel, 77 - Iaguaribe  
João Pessoa - PB | 58015-580  
Página 1 de 1  
dia.diagnóstico@gmail.com

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.

9cm

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

13cm

DIA DIAGNOSTICO POR IMAGEM  
Escala:0.0









### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Damila Corrêa 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 S82.8, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 40 (Maior) dias, a partir desta data.

*Temistocles  
Orsião Pessoa, 17/1/18  
CRM 4100  
R. Pinto  
GOLICISTA*

Assinatura e Câmbio 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 FRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua 40, Fazenda José Costa Duarte, 641, CEP 50330-384, Mangabeira, Belo Horizonte - MG





**RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS**

**NOME:** \_\_\_\_\_

Da SELB  
Consonzio San  
Pietro.

Solids

One Be portion  
DAP

20/12/18  
Assinatura e Carimbo

10





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETAN - PB** N.º **012974091212**

**51884550712**

**CERTIFICADO DE REGISTRO DE VÉHICULO**

**PRT 20160000534496-0**

VU	1	0085162424-6	00/00000000
NOME/ENDERECO			
<b>DANIELA CORDEIRO DA SILVA ALVES</b> <b>R FORMOZINA M CONCEICAO 153 CA</b> <b>MANGABEIRA</b> <b>58056580 JOAO PESSOA-PB</b>			
CNPJ/CPF		PLACA	
70627022421		MNJ8127/PB	
NOME ANTERIOR			
<b>RAILSON MAX GONCALVES MENDONCA</b>			
PLACAS/UNI		CHASSI	
NOVO		MA 9C6KE044050122516 REM	
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		GASOLINA	
MARCAS/MODELO		ANO FAB	ANO MFG
YAMAHA/YBR 125K		2005	2005
CAP/PIOT/PL		CATEGORIA	
2 P/124 /CI		PARTIC	
COR PREDOMINANTE			
VERMELHA			
OBSERVAÇÕES			
<b>SEM RESERVA DE DOMÍNIO</b>			
N. Motor : E338E-118707 0			
JOAO PESSOA-PB LOCAL		DATA	
17221		10/01/2017	
VALOR		16951	
			

**AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VÉHICULO ATPV**  
**AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETAN,**  
**TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VÉHICULO, PARA:**

VALOR R\$ \_\_\_\_\_

NOME DO COMPRADOR: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CEP/CNPJ: \_\_\_\_\_

ENDERECO: \_\_\_\_\_

LOCAL E DATA: \_\_\_\_\_

**ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)**

- a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETAN 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 proceder à transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 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 ALVES  
 DATA DO ACIDENTE 13/11/2018 CPF DA VÍTIMA 706.270.224-21

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É

ENDERECO DO PORTADOR RUA FORMOZINA MARIA DA COCEIRAO  
 N° 153 COMPLEMENTO CASA BAIRRO MANGABÉIRA  
 CIDADE JOÃO PESSOA UF PB CEP 58056-580  
 E-MAIL maria.dpvat23@hotmail.com TELEFONE (83) 9 8713-1642

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](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

## 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

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 13/11/2018

**Titular do CPF:** DANIELA CORDEIRO DA SILVA ALVES

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

DANIELA CORDEIRO DA SILVA ALVES

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA