
Rio de Janeiro, 25 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190220887

Vítima: DAVID BALBINO DOS SANTOS

Data do Acidente: 21/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAVID BALBINO DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190220887

Vítima: DAVID BALBINO DOS SANTOS

Data do Acidente: 21/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), DAVID BALBINO DOS SANTOS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 01 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190220887

Vítima: DAVID BALBINO DOS SANTOS

Data do Acidente: 21/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DAVID BALBINO DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o 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 funcional completa de um dos pés 50%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **DAVID BALBINO DOS SANTOS**

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

Banco: **104**

Agência: **000001668**

Conta: **0000057551-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0098375/189	CPF da vítima: 70475213483	Nome completo da vítima: David Ballim dos Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: David Ballim dos Santos	CPF: 70475213483	
Profissão: agente de vendas	Endereço: Rua Sebastião Gonçalves	Número: 189
Bairro: Bela Vista	Cidade: Parnaíba	CEP: 58398000
E-mail: inacio.pinto@vivo.com	Estado: PA	Tel.(DDD): 5333341289

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

RENTA MENSAL:

☒ RECURSO 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)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1668 ☐ CONTA: 37551 ☐ 5 (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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, **Parnaíba Grande - PA 22/03/2019**

Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

David Ballim dos Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura
22 MAR. 2019
CORRETORA DE SEGUROS

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES E
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (83) 3310-9319



OCORRÊNCIA Nº 000040/19

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000040/19 registrada em 25/02/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e cinco dias do mês de fevereiro do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES E VEICULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 14:18 horas, compareceu o Sr. DAVID BALBINO DOS SANTOS, com 28 anos de idade, filho de ELIEZÉR BEZERRA BALBINO e MARIA EDLENE DOS SANTOS, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de ESPERANÇA - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incomple, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 3.637.557, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 70475213483, residindo à rua SEBASTIÃO GONÇALVES, 189, bairro BELA VISTA, na cidade de REMÍGIO - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 16h00min do dia 21.10.2018, estava trafegando por uma estrada vicinal localizada no Sítio Jenipapo, área rural de Remígio, conduzindo a motocicleta HONDA/POP 110I, ano/modelo 2015/2016, de cor vermelha, chassi nº 9C2JB0100GR033965, de placa QFZ-5039/PB, licenciada em nome de Alexandre Matias da Silva, quando perdeu o controle de direção em uma curva fechada e acabou se chocando contra uma cerca de arames farpado, sofrendo fratura exposta no membro inferior esquerdo, além de escoriações diversas pelo corpo, sendo socorrido por populares e encaminhado inicialmente para o hospital daquela cidade e depois foi transferido para o Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamento cirúrgico, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, ao local não compareceram os Policiais Militares do BPTran, motivo pelo qual não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Segunda-feira, 25 de Fevereiro de 2019

David Balbino dos Santos
DAVID BALBINO DOS SANTOS

Declarante

José Alberto do Nascimento
Escrivão de Polícia
JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



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: **0098375/189** CPF da vítima: **70475213483** Nome completo da vítima: **David Ballim dos Santos**

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

Nome completo: **David Ballim dos Santos** CPF: **70475213483**
Profissão: **agente de vendas** Endereço: **Rua Sebastião Gonçalves** Número: **189** Complemento:
Bairro: **Bela Vista** Cidade: **Parnaíba** Estado: **PA** CEP: **58398000**
E-mail: **inacio.pinto@cdv.com.br** Tel.(DDD): **5333341289**

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUZO 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)
AGÊNCIA: **1668** CONTA: **37551** **5** AGÊNCIA: **0000** CONTA: **0000**
(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.

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **Campanha Grande - PA 22/03/2019**

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

David Ballim dos Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1758583 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Makhinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 21/10/2018
 Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Patrícia Maria Gonçalves

PACIENTE: DAVID BALBINO DOS SANTOS CEP: 58398000 Nascimento: 18/02/1991
 Endereço: RUA SEBASTIANA GONCALVES DE L... Telefone: 98831812

Cidade: Remigio

Idade: 027

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: MARIA EDELENE DOS SANTOS

RG: 3637557

Nº: 189

Responsável:

CPF:

Profissão: GESSE

Estado Civil: Casado(a)

Data de Atendimento: 21/10/2018

CNS: 700300930797436

Motivo: ACIDENTE DE AUTO

Hora: 18:05:24

CONVÊNIO: SUS

Médico:

CRM:

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abrasão 19. Fratura osso fechada
 2. Amputação 20. Fratura osso aberta
 3. Anel 21. Hematoma
 4. Contusão 22. Injúria Venozose
 5. Crepitação 23. Laceração
 6. Dor 24. Lesão tendão
 7. Edema 25. Luxação
 8. Empalhamento 26. Moradura
 9. Enfisema subcutâneo 27. Movimento torácico paradoxal
 10. Estrangamento 28. Objeto Encaixado
 11. Equimose 29. Otorrágia
 12. F. Arma branca 30. Paralisia
 13. F. Arma de fogo 31. Paralisia
 14. F. Coriúso 32. Paralisia
 15. F. Cerebral 33. Queimadura
 16. F. Corte-contusão 34. Rinoorrágia
 17. F. Perfuro-contusão 35. Sinais de Isquemia
 18. F. Perfuro-cortante 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesionada =

%

Grau

() 1º Grau

() 2º Grau

() 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:



EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS 1) Fotorregentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 1) PA 1) HGT: 1) SATUR: 1)

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia:

() Radiografias:

()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista:

Especialista:

Especialista:

Especialista:

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	TRATAMENTO	18:00
2	TRATAMENTO	18:00
3	TRATAMENTO	18:00
4	TRATAMENTO	18:00
5	TRATAMENTO	18:00
6	TRATAMENTO	18:00

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Francisco Claudio A. Ferreira

CIRURGIÃO GERAL

CRM-PB: 5435

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Alexandre Matias de Lima,
RG nº 1.914.093, data de expedição 05/09/2017
Órgão SSPPB, portador do CPF nº 022.194.244-05, com
domicílio na cidade de Remigio, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Desembargo Gêmeo Cananeia, Bela Vista nº 59,
complemento Centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima David Balbino dos Santos, cujo o condutor era
David Balbino dos Santos.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda POP 110i
Ano: 2015/2016
Placa: GFZ 5039/PB
Chassi: 91C25 001006R033965
Data do Acidente: 21/10/2018
Local e Data: Remigio PB 13/03/2019



Alexandre Matias de Lima
Assinatura do Declarante

David Balbino dos Santos

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1758583

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 21/10/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Patricia Maria Gonçalves

PACIENTE: DAVID BALBINO DOS SANTOS

CEP: 58398000

Nascimento: 18/02/1991

Endereço: RUA SEBASTIANA GONCALVES DE L

Sexo: M

Telefone: 98831812

Cidade: Remigio

Idade: 027

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: MARIA EDLENE DOS SANTOS

RG: 3637557

Nº: 189

Responsável:

CPF:

Profissão: GESSE

Estado Civil: Casado(a)

Data de

CNS: 700300930797436

Atend: 21/10/2018

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 18:05:24

CONVÊNIO: SUS

Médico:

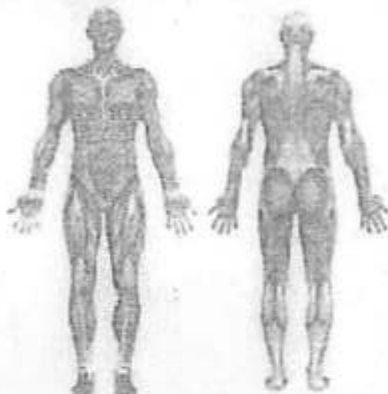
CRM:

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injurgimento Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinária |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Erisipela subcutânea | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encaixado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Paresia |
| 14. F. Cortado | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Certo-contuso | 34. Rinoorragia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sínclisis de tórax |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotofrágil () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow

PA

HGT:

SatO2

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Ultrassonografia:

() Gasometria arterial

() Radiografias:

() Tomografia Computadorizada

()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista:

às

Dia

Especialista:

às

Dia

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Francisco Claudio A. Ferreira
CIRURGIÃO GERAL
CRM-PB: 5435

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
10/03/2019	1) Dado Normal		11:00
	2) Dado Normal		11:00
	3) Dado Normal		11:00
	4) Dado Normal		11:00
	5) Dado Normal		11:00
	6) Dado Normal		11:00
	7) Dado Normal		11:00
	8) Dado Normal		11:00
	9) Dado Normal		11:00
	10) Dado Normal		11:00
	11) Dado Normal		11:00
	12) Dado Normal		11:00
	13) Dado Normal		11:00
	14) Dado Normal		11:00
	15) Dado Normal		11:00
	16) Dado Normal		11:00
	17) Dado Normal		11:00
	18) Dado Normal		11:00
	19) Dado Normal		11:00
	20) Dado Normal		11:00
	21) Dado Normal		11:00
	22) Dado Normal		11:00
	23) Dado Normal		11:00
	24) Dado Normal		11:00
	25) Dado Normal		11:00
	26) Dado Normal		11:00
	27) Dado Normal		11:00
	28) Dado Normal		11:00
	29) Dado Normal		11:00
	30) Dado Normal		11:00
	31) Dado Normal		11:00
	32) Dado Normal		11:00
	33) Dado Normal		11:00
	34) Dado Normal		11:00
	35) Dado Normal		11:00
	36) Dado Normal		11:00
	37) Dado Normal		11:00
	38) Dado Normal		11:00
	39) Dado Normal		11:00
	40) Dado Normal		11:00
	41) Dado Normal		11:00
	42) Dado Normal		11:00
	43) Dado Normal		11:00
	44) Dado Normal		11:00
	45) Dado Normal		11:00
	46) Dado Normal		11:00
	47) Dado Normal		11:00
	48) Dado Normal		11:00
	49) Dado Normal		11:00
	50) Dado Normal		11:00
	51) Dado Normal		11:00
	52) Dado Normal		11:00
	53) Dado Normal		11:00
	54) Dado Normal		11:00
	55) Dado Normal		11:00
	56) Dado Normal		11:00
	57) Dado Normal		11:00
	58) Dado Normal		11:00
	59) Dado Normal		11:00
	60) Dado Normal		11:00
	61) Dado Normal		11:00
	62) Dado Normal		11:00
	63) Dado Normal		11:00
	64) Dado Normal		11:00
	65) Dado Normal		11:00
	66) Dado Normal		11:00
	67) Dado Normal		11:00
	68) Dado Normal		11:00
	69) Dado Normal		11:00
	70) Dado Normal		11:00
	71) Dado Normal		11:00
	72) Dado Normal		11:00
	73) Dado Normal		11:00
	74) Dado Normal		11:00
	75) Dado Normal		11:00
	76) Dado Normal		11:00
	77) Dado Normal		11:00
	78) Dado Normal		11:00
	79) Dado Normal		11:00
	80) Dado Normal		11:00
	81) Dado Normal		11:00
	82) Dado Normal		11:00
	83) Dado Normal		11:00
	84) Dado Normal		11:00
	85) Dado Normal		11:00
	86) Dado Normal		11:00
	87) Dado Normal		11:00
	88) Dado Normal		11:00
	89) Dado Normal		11:00
	90) Dado Normal		11:00
	91) Dado Normal		11:00
	92) Dado Normal		11:00
	93) Dado Normal		11:00
	94) Dado Normal		11:00
	95) Dado Normal		11:00
	96) Dado Normal		11:00
	97) Dado Normal		11:00
	98) Dado Normal		11:00
	99) Dado Normal		11:00
	100) Dado Normal		11:00

Dr. E. J. M. M. M.

[Handwritten signature]

22 MAR 2019

1758624



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Data da Operação		Enf.	Leito
Operador		1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório			
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1/ 1.5.19.11
- 2/ 1.5.19.11
- 3/ 1.5.19.11
- 4/ 1.5.19.11
- 5/ 1.5.19.11
- 6/ 1.5.19.11
- 7/ 1.5.19.11
- 8/ 1.5.19.11
- 9/ 1.5.19.11
- 10/ 1.5.19.11
- 11/ 1.5.19.11
- 12/ 1.5.19.11
- 13/ 1.5.19.11
- 14/ 1.5.19.11
- 15/ 1.5.19.11
- 16/ 1.5.19.11
- 17/ 1.5.19.11
- 18/ 1.5.19.11
- 19/ 1.5.19.11
- 20/ 1.5.19.11
- 21/ 1.5.19.11
- 22/ 1.5.19.11
- 23/ 1.5.19.11
- 24/ 1.5.19.11
- 25/ 1.5.19.11
- 26/ 1.5.19.11
- 27/ 1.5.19.11
- 28/ 1.5.19.11
- 29/ 1.5.19.11
- 30/ 1.5.19.11
- 31/ 1.5.19.11
- 32/ 1.5.19.11
- 33/ 1.5.19.11
- 34/ 1.5.19.11
- 35/ 1.5.19.11
- 36/ 1.5.19.11
- 37/ 1.5.19.11
- 38/ 1.5.19.11
- 39/ 1.5.19.11
- 40/ 1.5.19.11
- 41/ 1.5.19.11
- 42/ 1.5.19.11
- 43/ 1.5.19.11
- 44/ 1.5.19.11
- 45/ 1.5.19.11
- 46/ 1.5.19.11
- 47/ 1.5.19.11
- 48/ 1.5.19.11
- 49/ 1.5.19.11
- 50/ 1.5.19.11
- 51/ 1.5.19.11
- 52/ 1.5.19.11
- 53/ 1.5.19.11
- 54/ 1.5.19.11
- 55/ 1.5.19.11
- 56/ 1.5.19.11
- 57/ 1.5.19.11
- 58/ 1.5.19.11
- 59/ 1.5.19.11
- 60/ 1.5.19.11
- 61/ 1.5.19.11
- 62/ 1.5.19.11
- 63/ 1.5.19.11
- 64/ 1.5.19.11
- 65/ 1.5.19.11
- 66/ 1.5.19.11
- 67/ 1.5.19.11
- 68/ 1.5.19.11
- 69/ 1.5.19.11
- 70/ 1.5.19.11
- 71/ 1.5.19.11
- 72/ 1.5.19.11
- 73/ 1.5.19.11
- 74/ 1.5.19.11
- 75/ 1.5.19.11
- 76/ 1.5.19.11
- 77/ 1.5.19.11
- 78/ 1.5.19.11
- 79/ 1.5.19.11
- 80/ 1.5.19.11
- 81/ 1.5.19.11
- 82/ 1.5.19.11
- 83/ 1.5.19.11
- 84/ 1.5.19.11
- 85/ 1.5.19.11
- 86/ 1.5.19.11
- 87/ 1.5.19.11
- 88/ 1.5.19.11
- 89/ 1.5.19.11
- 90/ 1.5.19.11
- 91/ 1.5.19.11
- 92/ 1.5.19.11
- 93/ 1.5.19.11
- 94/ 1.5.19.11
- 95/ 1.5.19.11
- 96/ 1.5.19.11
- 97/ 1.5.19.11
- 98/ 1.5.19.11
- 99/ 1.5.19.11
- 100/ 1.5.19.11

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Dr. Paulo César Nunes
Assessor de Saúde
Assessor de Saúde
Assessor de Saúde

David

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Donald Guthrie

Alojamento:

As

Leito

Convênio

fat de hyspau

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
23/03	1. Dieta <i>ML</i> 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG	<i>14:00</i> <i>18:00</i> <i>20:00</i>	<i>23/03</i> <i>Admite para referência</i> <i>cm: MRP.</i>
24/03	<i>Clínica em CT 6/8h p 18:30</i> <i>Conte 08mg EV 18:30</i>	<i>14:00</i> <i>18:00</i> <i>20:00</i>	<i>24/03</i> <i>Admite para referência</i>

C=

1105 060

7

7.2 MAR. 2019

[illegible]

Circulante



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico			Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0				1
Movimentação 2 membros = 1				
Movimentação 4 membros = 2				
Apnéia = 0				
Respiração limitada, Dispneia = 1				2
Respiração profunda e tosse = 2				2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0				2
PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1				2
PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2				2
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0				
Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1				2
Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2				
Não responde ao chamado = 0				
Despertado ao chamado = 1				
Completamente acordado = 2				2
TOTAL DE PONTOS:				2



Assinatura do anestesista

[Signature]

[Signature]



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

CNPJ: 08.778.268/0001-60 | AV. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas - CEP 58432-809 / Campina Grande - PB

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

Telefone: _____

UF: _____

UF: _____

1ª VIA - Retenção da Farmácia ou Drogaria

2ª VIA - Orientação ao Paciente



Jr. Schubert Costa
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM 5523

Jr. Schubert Costa
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM 5523

Assinatura e Carimbo do Médico

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Cipro 500

1 CX

Tomar 1 comprimido via oral 12/12 hs.

Arflex retard 1cx

Tomar 1 comprimido via oral 1x ao dia.

Deocil 10mg 2cx

Tomar 1 comprimido sub-lingual de 08/08 hs.

Data: _____

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____

End.: _____

Cidade: _____

Telefone: _____

Org. Emissor: _____

UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

• Arflex -> 1 cp ao dia

• Deocil -> 1 cp sub-lingual
8/8 hr (3x ao dia).

• Cipro 500 -> 1 cp 12/12h
(2x ao dia)

Assinatura do Farmacêutico

DATA: _____

DATA: _____

GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

CARTÃO DE RETORNO



PACIENTE: _____

DATA DO ATENDIMENTO: _____

Nº PRONTUÁRIO: _____

DIAGNÓSTICO: _____

FICHA: _____

PROCEDIMENTO: _____

MÉDICO (CARIMBO): _____

João Paulo 31 OUT. 2019

Dr. Marcos Wagner de S. Porto

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SR. (A): Guilherme

PORTADOR (A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO (A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A

TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 592

O PERÍODO DE 21/10/18 A 24/10/18 NECESSITANDO DE

DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Ass. do médico CRM nº. _____

Ass. do médico CRM nº. 592
Ass. do médico CRM nº. 592
Ass. do médico CRM nº. 592

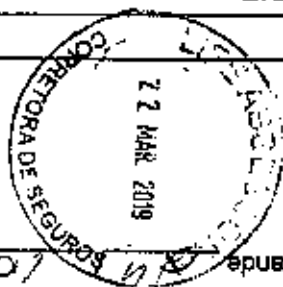
AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o

Dr., _____ a registrar o diagnóstico

codificado CIB ou por extenso neste atestado médico.

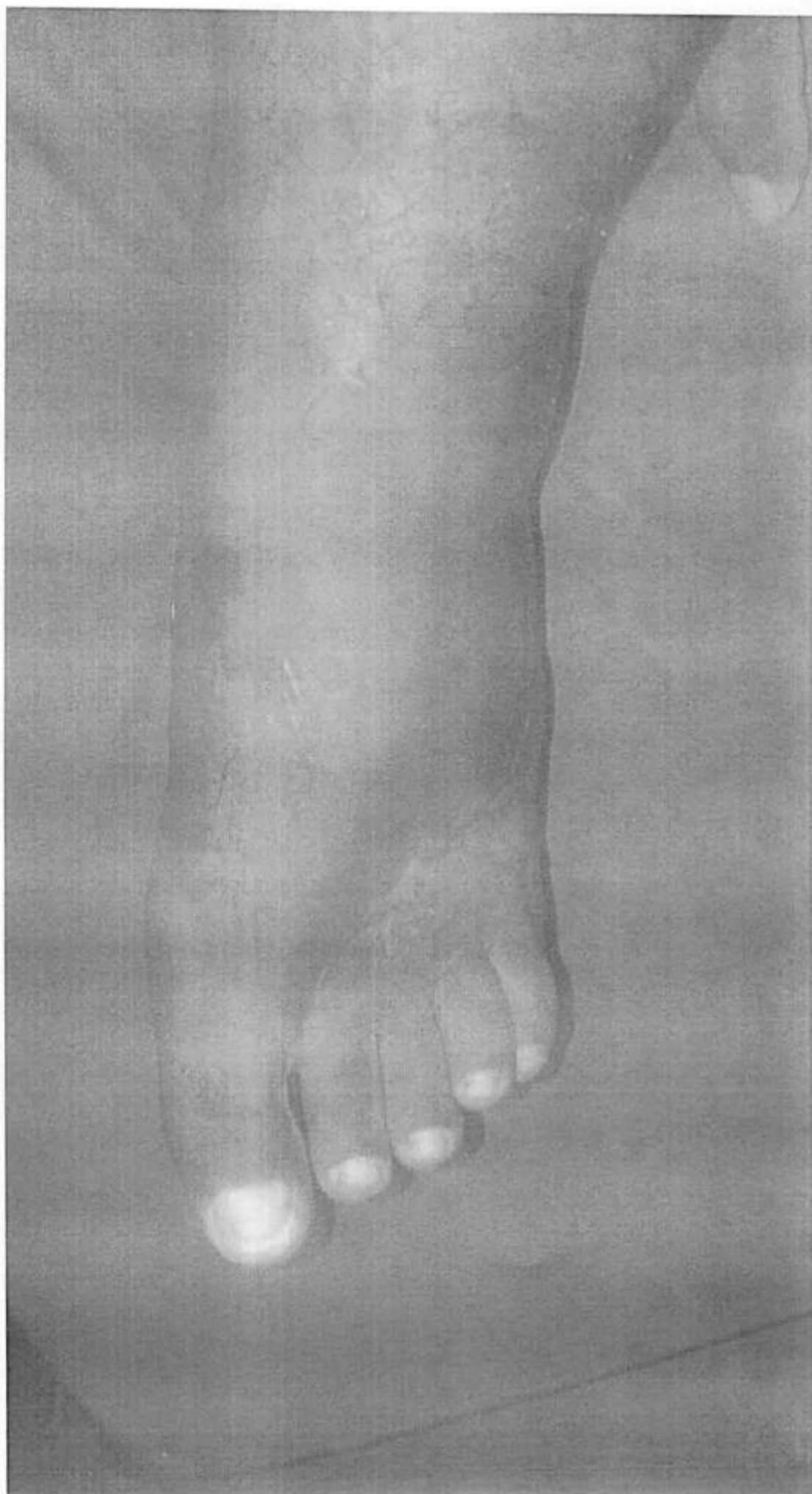
Ass. do paciente ou responsável



Campina Grande



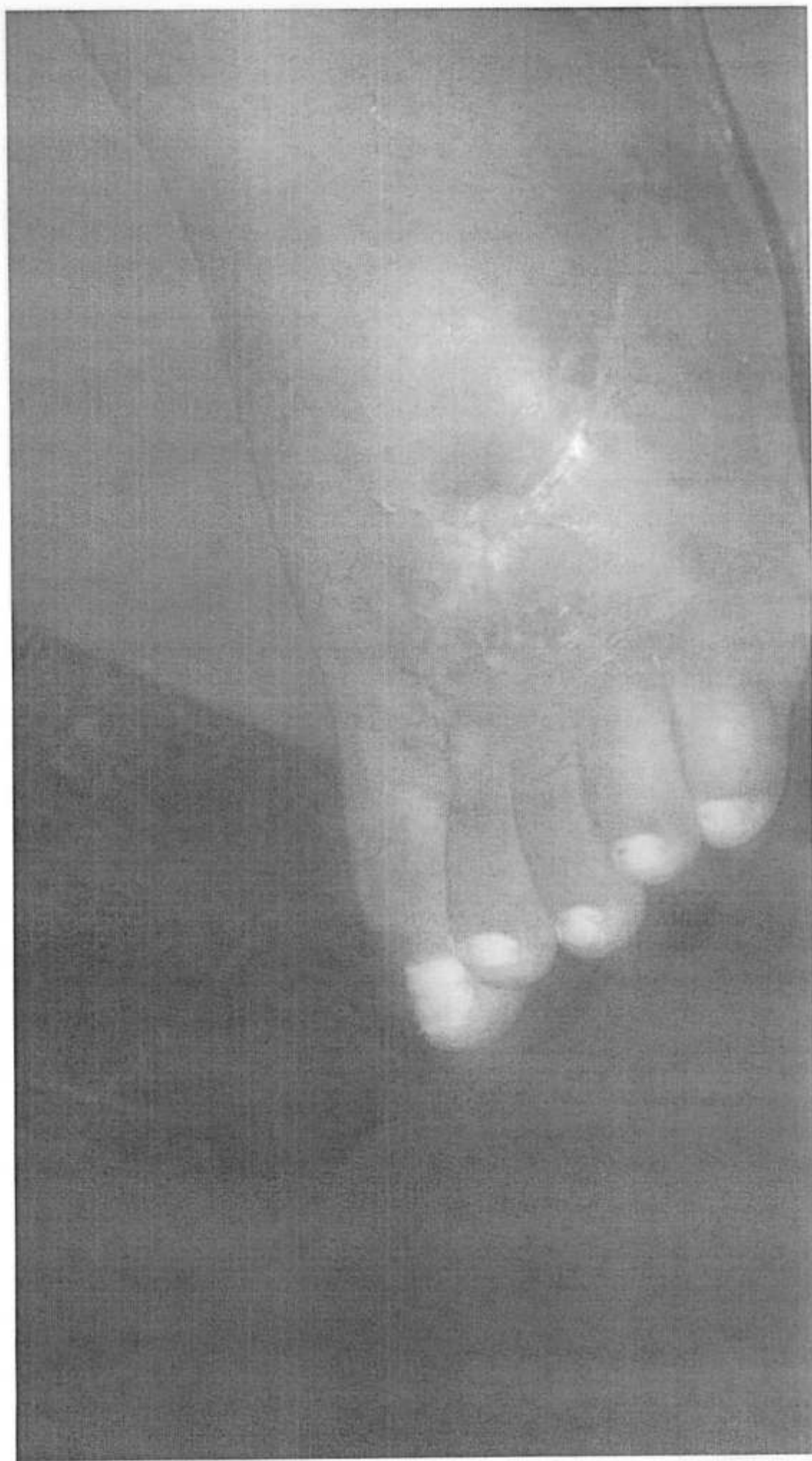


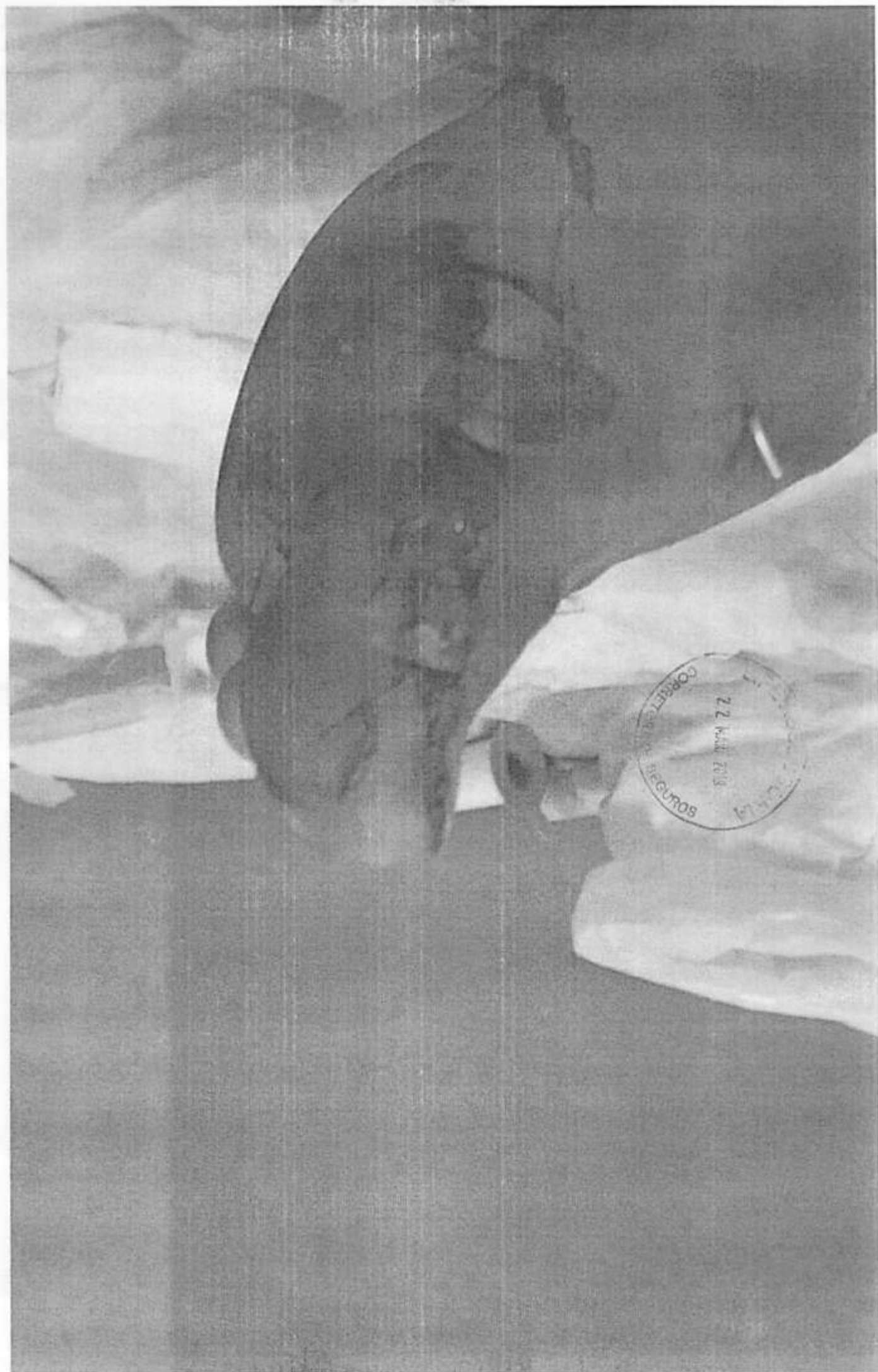




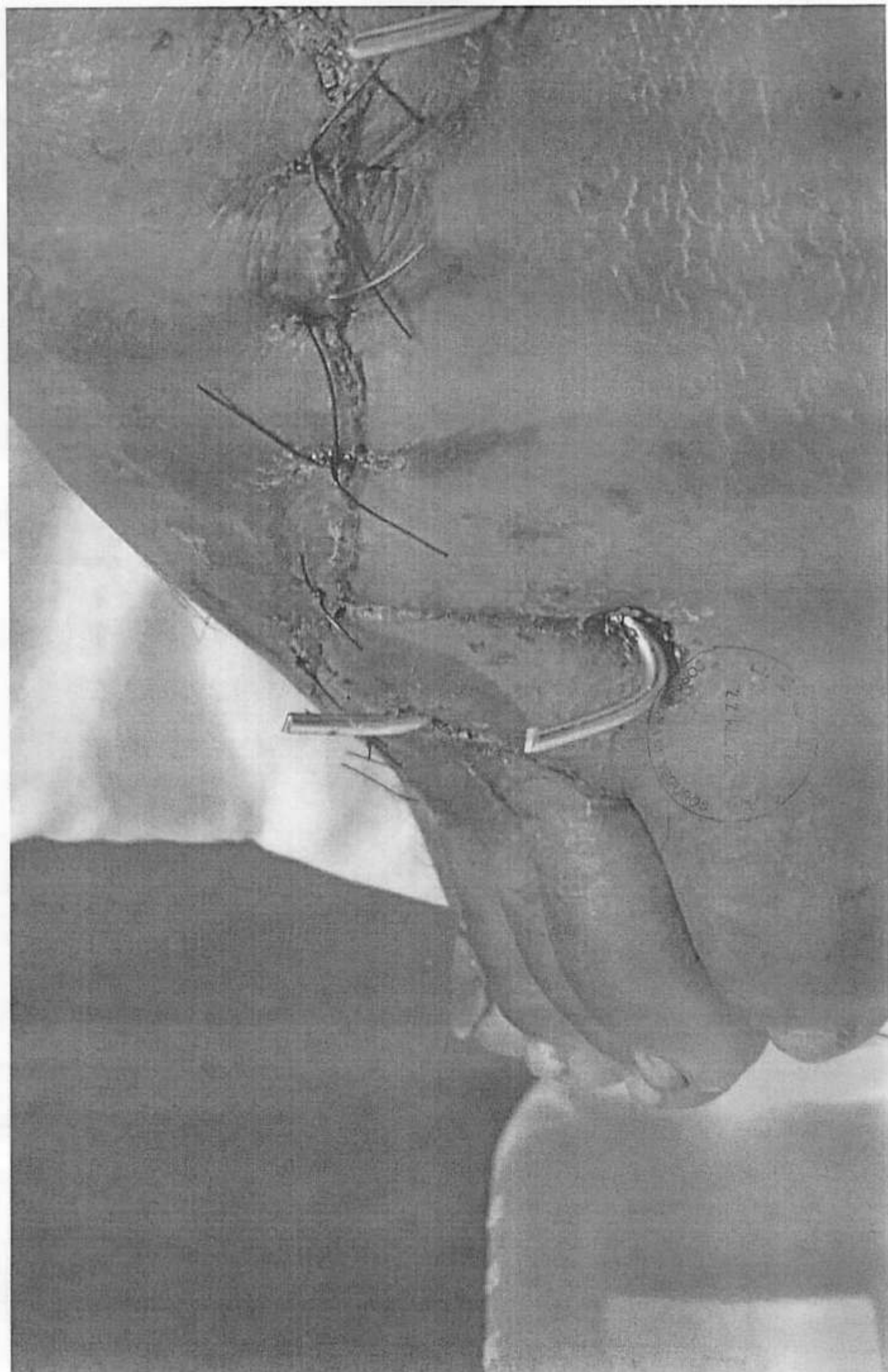


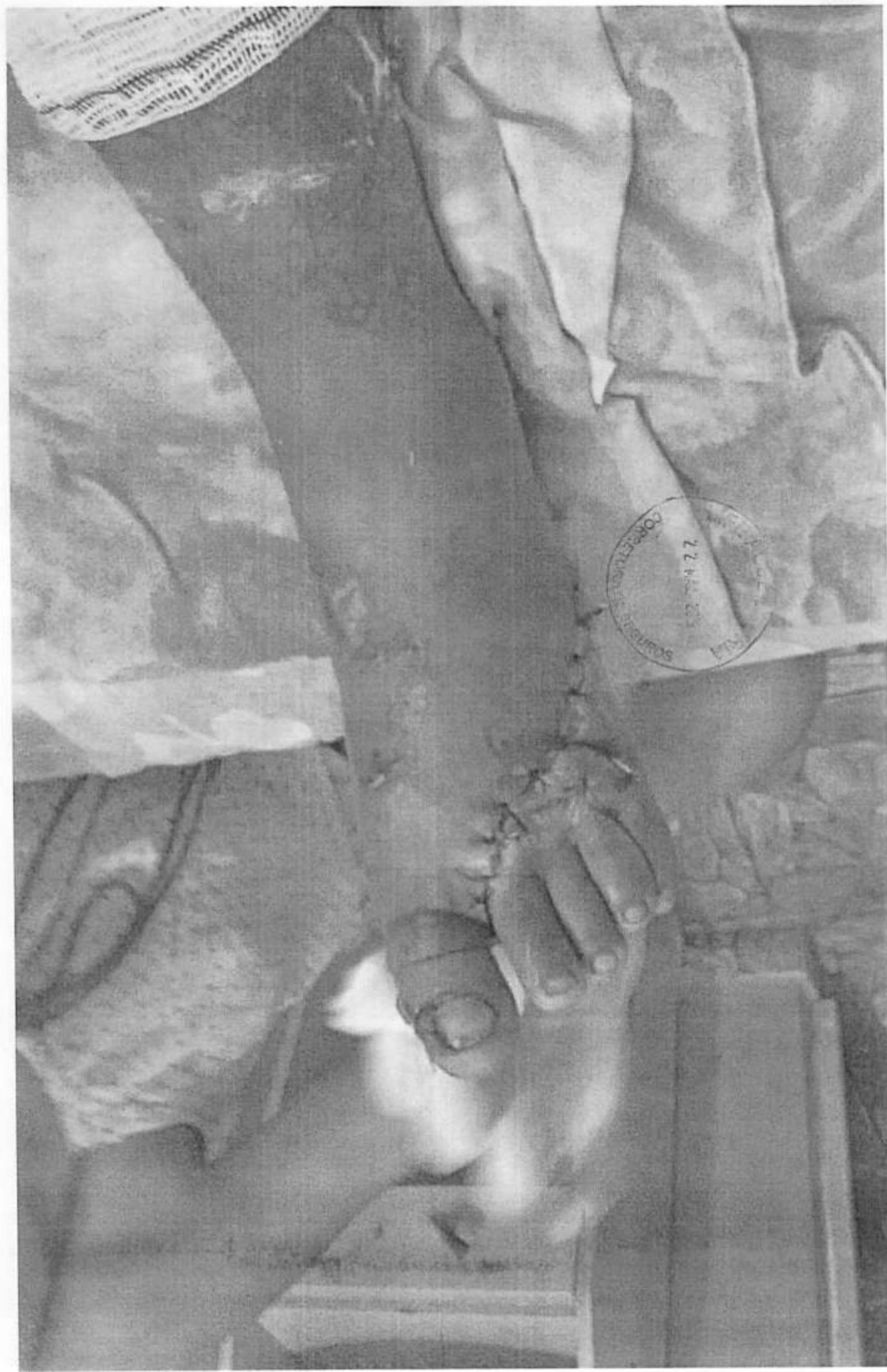








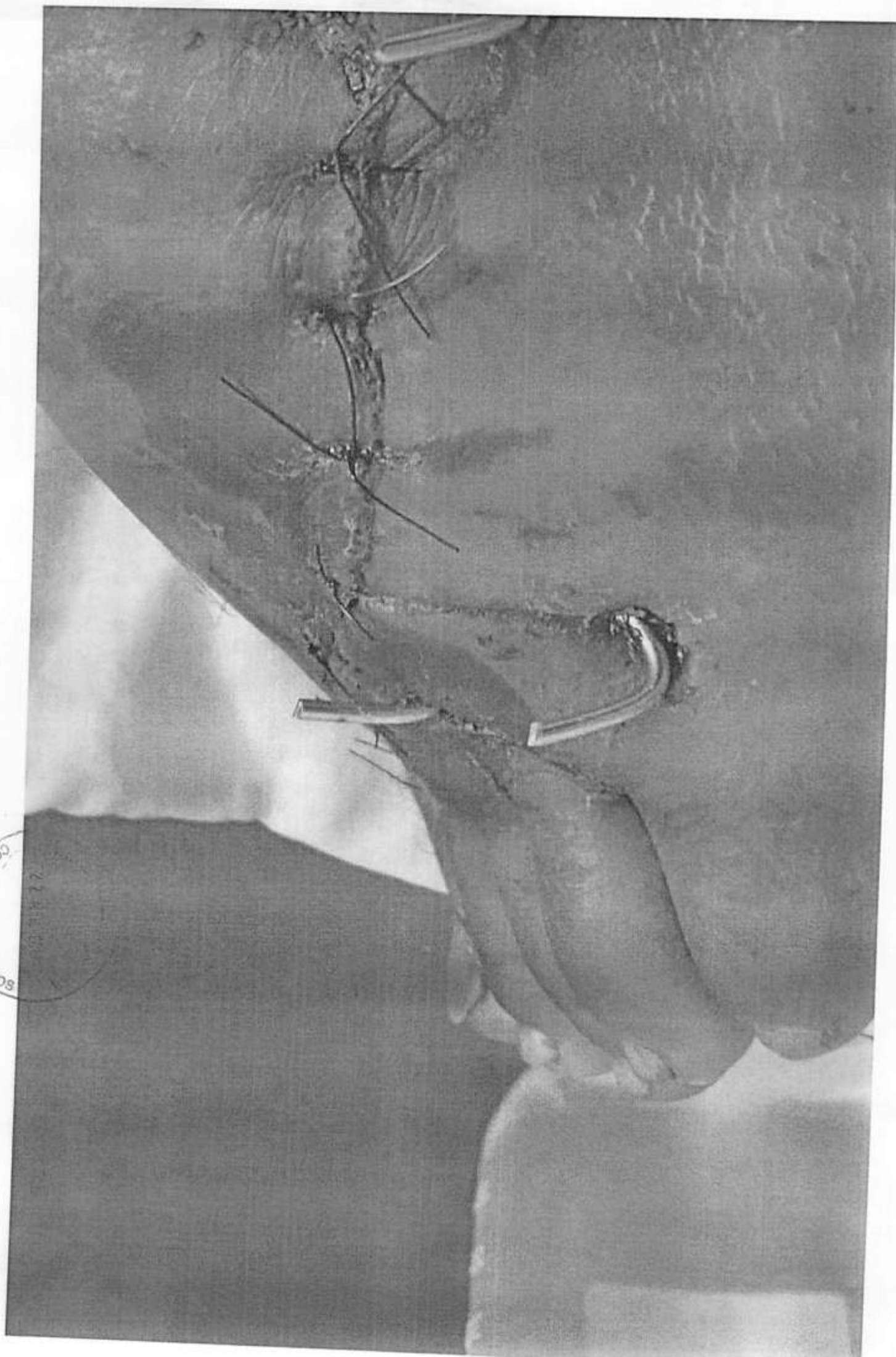






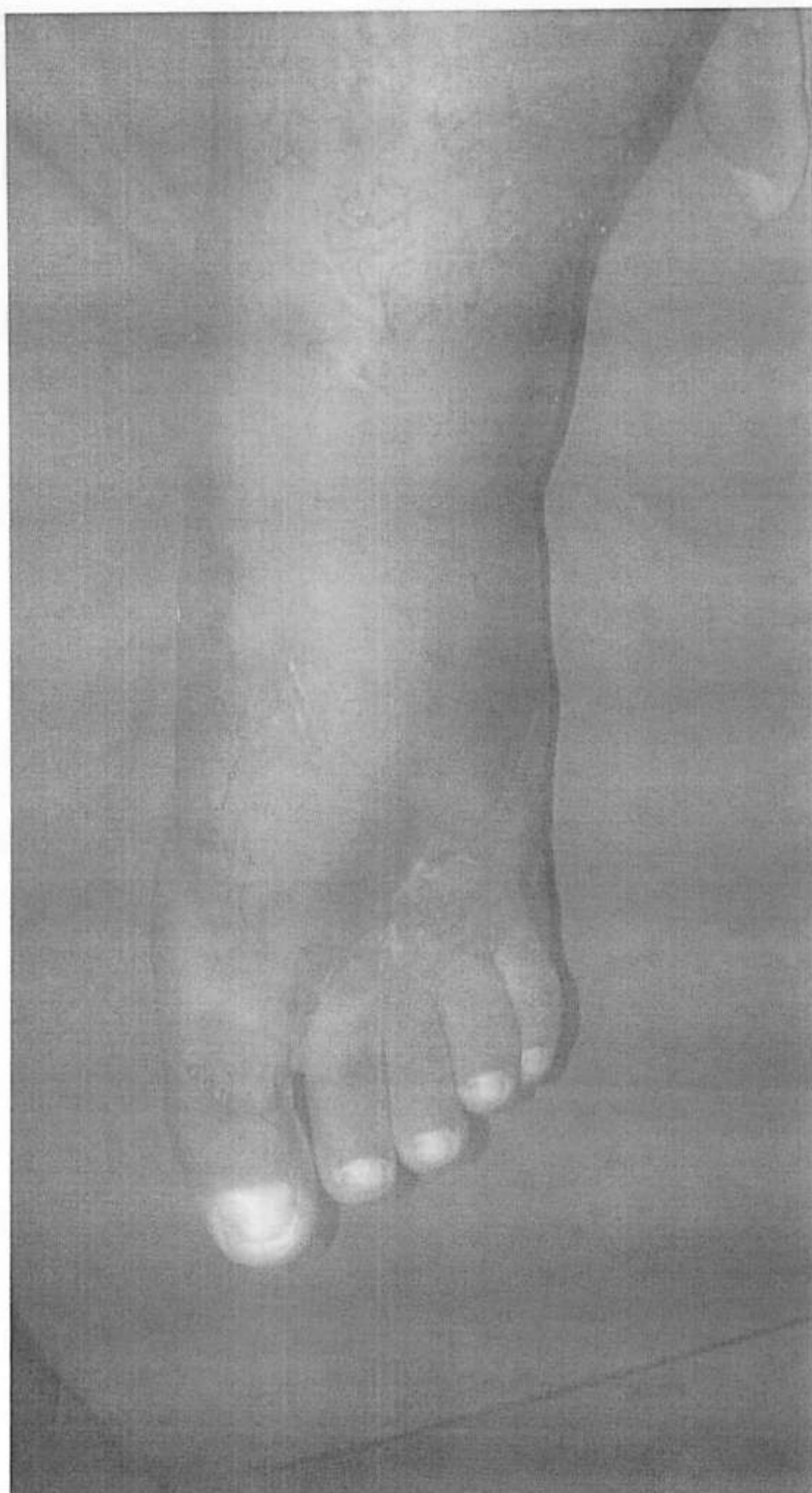


224120
CORRECTORA DE SEGUROS













REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADADES

DETRAN - PB

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 014082401632
CON REG. PRE-20180500907486-0
1 0107270109-7 0006000000 2018

ALEXANDRE MARTINS DE LIMA

02219424408
NOVO PB 9C2JB0100GR033965
QF35039/PB

PMS/MOTOCICLE/MRO APPLIC GASOLINA

HONDA/POP 110I

2 P/109 /CI PARTIC VERDELLHA

IPVA PAGO EM 00/00/0000

PREMIO TARIFARIO 0

SEGURO P A G O 28/09/2018

SEM RESERVA DE DOMINIO

NÃO VALEDO PARA TRANSFERIR 0

REMISSÃO-PB 16/10/2018

42692 31054

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE TRAFEGO, RESISTENCIA OU POR SUBSTANCIA PRESSIONAL TRANSFERIDA DO VEICULO, SEGUNDO A LEI Nº 6.092/73

PB Nº 014082401632 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1104

1 02219424405 2018 16/10/2018

01072701097 HONDA/POP 110I QF35039/PB

2015 9 9C2JB0100GR033965

PRÊMIO TARIFARIO

SEGURO P A G O 28/09/2018

SEGURO P A G O 28/09/2018

SEGURO P A G O 28/09/2018

SEGURADORA LIDER - DPVAT

31054-1129195-20181016





IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA David Ballim dos Santos

DATA DO ACIDENTE 21/10/2018 CPF DA VÍTIMA 704 752 13483

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO David Ballim dos Santos

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É David Ballim dos Santos

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Sebastiana Gonçalves

Nº 489 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Bela Vista

CIDADE Remigio UF PR CEP 58398000

E-MAIL _____ TELEFONE (83) 33341289

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 22/03/2019

IDENTIDADE 3637552

ASSINATURA David Ballim dos Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 6/02/2019 7.7

NOME _____

ASSINATURA _____



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190220887 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAVID BALBINO DOS SANTOS **Data do acidente:** 21/10/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PÉ ESQUERDO (LINSFRANC).

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0098375/19

Vítima: DAVID BALBINO DOS SANTOS

CPF: 704.752.134-83

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/10/2018

Titular do CPF: DAVID BALBINO DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

DAVID BALBINO DOS SANTOS : 704.752.134-83

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: 22/03/2019
Nome: DAVID BALBINO DOS SANTOS
CPF: 704.752.134-83

DAVID BALBINO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/03/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

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: **3190220887** CPF da vítima: **70475213483** Nome completo da vítima: **David Baltino dos Santos**

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

Nome completo: **David Baltino dos Santos** CPF: **70475213483**
Profissão: **agente** Endereço: **Rua Sebastião Gomes** Número: **139** Complemento:
Bairro: **Bela Vista** Cidade: **Pernambuco** Estado: **PE** CEP: **58398000**
E-mail: **inacio.bruno.odu@gmail.com** Tel.(DDD): **8333341289**

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

RENTA 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1668** CONTA: **37551** **5**
(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
Vivos: Falecidos:

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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: **Companhia Granel - PE 15/10/2019**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

David Baltino dos Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____
2º Nome: _____
CPF: _____



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.