
Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190282460

Vítima: ANTONIO DO NASCIMENTO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 03/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO DO NASCIMENTO DE OLIVEIRA

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, 30 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190282460

Vítima: ANTONIO DO NASCIMENTO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 03/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO DO NASCIMENTO DE OLIVEIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

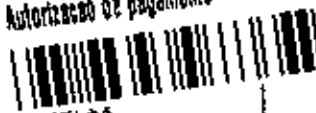
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradomalider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF do Vítima

064.144.954-25

Nome completo da vítima

Antonio do Nascimento de Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Antonio do Nascimento de Oliveira</u>		CPF titular da conta <u>064.144.954-25</u>	Profissão
Endereço <u>Sítio Caiama dos Crisúlos</u>	Número <u>31m</u>	Complemento	
Bairro <u>Zona Rural</u>	Cidade <u>Itaguaçu Grande</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58.388-000</u>
E-mail		Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO EM INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA Nº <u>1100</u>	CV <u>0</u>	CONTA Nº <u>03781</u>	CV <u>0</u>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

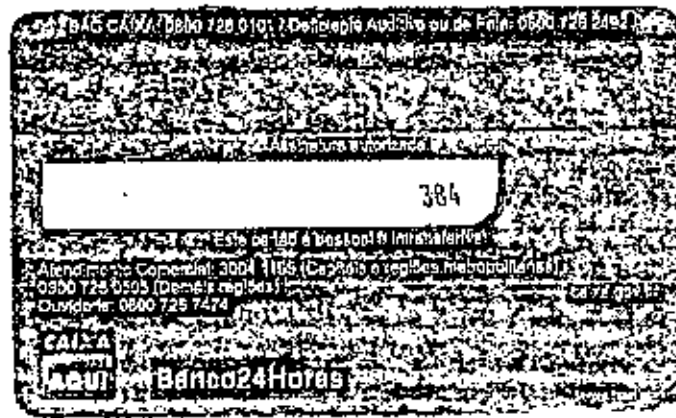
BANCO Nome <u>CAIXA</u>	IBR
AGÊNCIA Nº <u>1100</u>	CV <u>0</u>
(Informar dígito se existir)	
CONTA Nº <u>03781</u>	CV <u>0</u>
(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento de indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Itaguaçu Grande - PB 19 de março de 2018
Local e Data

Antonio do Nascimento de Oliveira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2019

Ocorrência nº. 175/2019

Aos DEZOITO dias de MARÇO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de ALAGOA GRANDE/PB, na Delegacia de Policia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MARIA SOLIDADE DE SOUSA**, Delegado(a) de Policia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, ai, por volta 11h:33min, compareceu a **PESSOA a seguir qualificada:**

ANTONIO DO NASCIMENTO DE OLIVEIRA, conhecido(a) por _____, Identidade nº 3204872-SSS/PB, CPF nº 064.144.954-25, nacionalidade brasileira, estado civil: casado, profissão: agricultor, filho(a) de Severino Simão De Oliveira E De Maria Do Nascimento De Oliveira, natural de Alagoa Grande/PB, nascido(a) em 11/06/1986 (32 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Caiana Dos Crioulos, Zona Rural, tendo como ponto de referência: _____, na cidade de ALAGOA GRANDE/PB, fone(s) para contato: (83)99146-2486.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Policia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** COMUNICAÇÃO DE FATO;
- 2) **Data do fato:** 03/01/2019;
- 3) **Horário do fato:** 10h:40min;
- 4) **Local do fato:** Via rural no sítio Caiana dos Crioulos, zona rural de Alagoa Grande/PB.
- 5) **Dados do veículo:**

HONDA NXR 150 BROS ES, DE PLACA : NPU9405/PB, CHASSI:9C2KD04209R014432, DE COR VERMELHA, ANO/MODELO 2009, REGISTRADA EM NOME DO NOTICIANTE.

6) Breve resumo do fato:

Que o NOTICIANTE procurou esta delegacia para comunicar que no dia e hora acima citado estava travegando em sua motocicleta HONDA BROS, pela via rural que liga o centro deste municipio ao sítio Caiana dos Crioulos, momento em que ia passando próximo a igreja católica, passou com a motocicleta por cima de uma pedra solta na pista e perdeu o controle vindo a cair ao solo; Que com a queda o NOTICIANTE fraturou o seu tornozelo esquerdo e foi socorrido por uma unidade do SAMU para o hospital municipal de Alagoa Grande, onde o mesmo foi atendido e após exames que constatou a fratura foi encaminhado para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES em Campina Grande; Que segundo o NOTICIANTE, ao chegar no Hospital de trauma foi atendido e após exames de raio x, teve seu tornozelo engessado e em seguida foi liberado para retornar para sua residência.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Este Boletim tem validade de 30 (trinta) dias, devendo o comunicante providenciar a segunda via dentro deste prazo.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

Antonio D. N. Oliveira
ANTONIO DO NASCIMENTO DE OLIVEIRA
Comunicante

[Assinatura]
Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 182.464-3

RECEBIDO

11 ABR 2019

Seguradora Líder DPVAT

CÓPIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência

Eu, Antonio do Nascimento de OliveiraRG nº 3204872, data de expedição 15/03/04, Órgão SSP - PB,CPF nº 064.134.954-25, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	Sítio Caiana dos Ciculos
Número	n/n
Apto / Complemento	-
Bairro	Zona Rural
Cidade	Alagoa Grande
Estado	PB
CEP	58.388-000
Telefone de Contato	-
E-mail	-

Por ser verdade, firmo esta.

Local e Data: Alagoa Grande - PB, 19 de março de 2019Assinatura do Declarante: Antonio N. Oliveira

JOSILENE SALVINO DOS SANTOS NASCIMENTO
SIT CAAVA DOS CRIOJOS, 571 - AREA RURAL
ALAGOA GRANDE / PB CEP: 5063000 (AG: 22)

Emissão: 27/02/2019 Referência: Fev / 2019

Código: 3 Jato: RURAL / RURAL RESIDENCIAL MONOFASICO P 230, Km 25 - Cota Referente: João Pessoa / PB - Cód. 5627400

Retorno: 18 - 40 - 618 - 190 Nº medidor: 00003043771

ENERGISA PARÁIBA DISTRIBUIDORA S.A. - RJRN 24

CNPJ 08.085.183/0001-40 Insc. Est. 10152254

Nota Fiscal / Conta de Energia BR 11.111.111/11111111

Cód. para DNE Autenticação: 00000000000000000000000000000000

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a: Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI
Fev / 2019 27/02/2019 28/03/2019 102.383.774.00

UC (Unidade Consumidora): 5/570089-3

Canal de contato
Apresentar este boleto nos pontos de acesso durante o dia ou em estúdios de rádio, informe a prefeitura da sua cidade: a iluminação pública é responsabilidade do município e da sua cidade.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Letura	Data	Letura	
28/01/19	8897	27/02/19	8725	
Demonstrativo				
CC Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Valor
CC1 Consumo em kWh	20,000	0,676310	13,526	13,526
CC10 Aluguel	8,00	0,60	4,80	4,80
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
CC4 JUROS DE MORIA 12/2018	0,25	0,00	0,00	0,00
CC5 ALTA 12/2018	0,00	0,00	0,00	0,00
CC6 Devolução Substituição	-5,00	0,00	0,00	0,00

CC1 Consumo de Classificação do Rem. TOTAL: 20,22 82,10 8,02 32,50 3,2 1,40
Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
08/03/2019 R\$ 26,22
Histórico de Consumo (kWh)

32 45 46 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 09 08 07 06 05 04 03 02 01 00

RESERVADO AO FISCO
de 15.6693.2765.0817.3389.9481.95cc.45ae.

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo	
Limites	Apurado	Limite de Tensão	Discriminação	Valor
DE ANEEL				
DISTRIÇÃO	11,84	0,00	Serviço de Dist. da Energia PE	5,54
DISTRIBUIÇÃO	28,89	NOVEMBRO	Consumo de Energia	7,81
DISTRIBUIÇÃO	47,78		Serviço de Manutenção	0,84
DISTRIBUIÇÃO	7,52	0,00	Encargos Setoriais	7,21
DISTRIBUIÇÃO	15,54	CONTRATAÇÃO	Impostos Diretos e Encargos	10,67
DISTRIBUIÇÃO	31,28	LIMITE INFERIOR	Outros Serviços	0,00
DISTRIBUIÇÃO	0,59	LIMITE SUPERIOR		
DISTRIBUIÇÃO	16,60		Total	26,22

ATENÇÃO: Faturas em atraso
Jan/19 31,87
REARTE DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) no todo (trimestral) (bimestral) (mensal) em atraso, a fatura em atraso será considerada a partir de 14/03/2019. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não garante a possibilidade de devolução da suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou seja pago após o término da suspensão de fornecimento para comprovação. Caso a fatura esteja em atraso, o pagamento da(s) fatura(s) acima, não considerará essa suspensão. Fatura em atraso e inadimplência em atraso de pagamento no caso de inadimplência. Substituição DEC 18/12/19 0,00

ENERGISA PARÁIBA VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
08/03/2019 R\$ 26,22

Retorno: 18 - 40 - 618 - 190
Módulo: 570089-2019-02-7

GOVERNO
DA PARAÍBASECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**ATESTADO MÉDICO**

ATESTO que

Antônio do Nascimento
da Silva

foi atendido (às) hoje, às

horas, necessitando de

10 (dez)

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID

Fatadura do
tímpano esq.

Campina Grande,

03.01.2019.

Dr. [illegible]
CRM-PB 12345
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PB

Assinatura do Médico - CRM Nº

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

GOVERNO
DO ESTADO DA PARAIBASECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (G.E) Nº: 1806027

CLASS. DE RISCO: AMARELO

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: 03/01/2019
Boleim de Emergência (O.E) - Modelo 07 Atendente: Daniella Dos Santos Lima

PACIENTE: ANTONIO DO

CEP: 58388000

Nascimento: 11/06/1985

NASCIMENTO DE OLIVEIRA

Sexo: M

Telefone: 981970577

Endereço: SÍTIO CAIANA DOS CRIOLOS

Idade: 032

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: Alagoa Grande

RG:

Nº: 0

Nome da Mãe: MARIA DO NASCIMENTO DE OLIVEIRA

CPI:

Profissão: AGRICULTOR

Responsável:

Data de

CNS: 705009081009058

Estado Civil: Casado(a)

Atend: 03/01/2019

CONVÊNIO: SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 11:07:36

Especialidade:

Médico:

CRIA:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente no lado)



- | | |
|-------------------------|--------------------------------|
| 1. Abreção | 19. Fratura ossea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura ossea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injuriamento hemático |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinea |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Eritema subcutâneo | 27. Movimento corpóreo parcial |
| 10. Estagnamento | 28. Objeto Encaixado |
| 11. Equimose | 29. Queimadura |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Pericoma |
| 14. F. Cortado | 32. Paratoma |
| 15. F. Corte | 33. Queimadura |
| 16. F. Corte-cortado | 34. Rinsoragis |
| 17. F. Perfuro-cortado | 35. Síncope de isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada: _____ %

Grau

() 1º Grau

() 2º Grau

() 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

D.

T01.102

E

HTCG-Panel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Poliorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ SatO2 _____

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia:

() Radiografias:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: _____ hs _____ Dia _____

Especialista: _____ hs _____ Dia _____

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

NOME:	A	U	T	O	R	A	D	O	A	S	C	I	M	O	PRONTUÁRIO		
IDADE:																	
SEXO:	M ☐		F ☐		COR:		B ☐		P ☐		A ☐		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEI

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

URGÊNCIA:

DATA:

ROTINA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Antonio do Nascimento de Oliveira		
End:	St. Pique dos Gaiolos		
Data de Nascimento:	11.06.1976	Bairro:	Alagoinha Grande
Queixa:	AC. de	Documento de Identificação:	
Acidente de trabalho?	() Sim () Não	Data do Atend.	03.03.19 Hora: 11:00 Documentar:

Classificação de Risco

Nível de consciência: ☒ Bom () Regular () Baixo	Aspecto: ☒ Calmo () Fácels de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: ☒ Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Cama	

Estratificação

- () Vermelho - atendimento imediato
- () Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
- () Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

09:14



ALAGOA GRANDE

CLASSIFICATION

HOSPITAL MUNICIPAL MINISTRO OSWALDO TRIGUEIRO

ATENDIMENTO/AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

TIPO DE ATENDIMENTO

- () Clínico
() Gineco Obstétrico
() Psiquiátrico
(x) Trauma
() Outros: _____
() Encaminhado para

Medicamentos:

Patologia (s):

{ - } Alergia a Medicamentos. Quais?

SINAIS VITAIS

PA: 120/80 mmHg FC: 70 bpm SpO2: 93 % BCF: 1 bpm
FR: 12 rpm Temperatura: 36.5 °C Peso: 65 kg Glicemia: 100 mg/dl

EXAMEN FÍSICO

EXAME FÍSICO

Nível de consciência: (☒) Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Sonolento () Outro: _____
 Função Motora: (☒) Deambula () Cadeira de rodas () Maca () Nos braços () Outro: Clavado
 Pele e Mucosa: () Normocradas () Hipocradas () Ictérica () Cianótica () Outro: _____
 Sistema Respiratório: () Eupnéico () Dispnéia () Taquipnéia () Bradcardia () Outro: _____
 Sistema Cardiovascular: () Normocárdico () Taquicardia () Bradcardia
 Sistema Digestório: Abdome: () Plano () Globoso () Distendido () Dolor a palpação () Outro: _____
 Sistema Geniturinário: () Disúria () Polaciúria () Anúria () Hematúria () SVD DU: _____ ml

QUEIXA PRINCIPAL

doz e edema em UE após acidente de moto na data anterior.

ENCAMINHAMENTO:

- (X) Consulta no hospital
() Encaminhado para CEO
() Encaminhamento para ESF
() Encaminhado para o NASF
() Encaminhado para CAPS
() Outros

ORIENTAÇÃO:

LAIS HELENA DE LIMA CRUZ
CORREIO 26 09/07 1988

Assinatura e Carimbo do Enfermeiro



UMA NOVA HISTÓRIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA

ENCAMINHAMENTO

UNIDADE DE REFERÊNCIA: Hospital Trauma em Campina Grande

UNIDADE DE ORIGEM: HM de Alagoa Grande

NOME DO PACIENTE: Antônio do Nascimento da Oliveira

PROCEDÊNCIA: Por coar edo ceca + ferimento no tor-
noço esquerdo após queda

Raio X - Fratura do fíbula

Solicita: conduta e avaliação do especialista

ALAGORA GRANDE (PB): 03/11/2019

Maria José Severo
Médica CRM 2243-PB
MBOICO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0132463/19

Vítima: ANTONIO DO NASCIMENTO DE OLIVEIRA

CPF: 064.144.954-25

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/01/2019

Título do CPF: NASCIMENTO DE

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

Outros



ANTONIO DO NASCIMENTO DE OLIVEIRA : 064.144.954-25

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 cancela 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: 17/04/2019

Nome: ANTONIO DO NASCIMENTO DE OLIVEIRA

CPF: 064.144.954-25

ANTONIO DO NASCIMENTO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/04/2019

Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

IDENTIFICAÇÃO

TITULAR Antonio de Nascimento de OliveiraDATA DO ACIDENTE 03.01.19 CPF DA VÍTIMA 064.144.954-25

DETETADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☐ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM VÍTIMA ÉENDEREÇO DO PORTADOR Sítio Caiçara dos Açúdos, s/nCOMPLEMENTO — BAIRRO Zona RuralCIDADE Alagoa Grande UF PB CEP 58.388-000MAIL — TELEFONE ()

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)

☐ 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)
- OS 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 PAGAMENTO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (TREMBOLOS). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DAS DESPESAS QUITADAS.

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 19.03.2019IDENTIDADE 3204872

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA — MAYS, CORREIOSNOME —

ASSINATURA

Antonio N. Oliveira

DESTINATÁRIO

SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A

RUA: SENADOR DANTAS, Nº 74, 5º ANDAR – CENTRO

CEP: 20031205

RIO DE JANEIRO-RJ



Correios	REGISTRADO URGENTE	110	PESO (kg)
	registered priority		weight
Recebedor			
Assinatura	Doc. ☒ AR ☐ MP		

Fonte:
Tomio do Nascimento de Oliveira
cio Coriana dos Guaias, 5/11/1971
ma Ruaf, Alagoa Grande -

(ETIQUETA OU CARIMBO Nº 1)

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0132463/19

Vítima: ANTONIO DO NASCIMENTO DE OLIVEIRA

CPF: 064.144.954-25

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO DO
NASCIMENTO DE
OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ANTONIO DO NASCIMENTO DE OLIVEIRA : 064.144.954-25

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: 17/04/2019
Nome: ANTONIO DO NASCIMENTO DE OLIVEIRA
CPF: 064.144.954-25

ANTONIO DO NASCIMENTO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/04/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES