

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2018

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180591695**

**Vítima: ADAUCO ALVES NETO**

**Data do Acidente: 04/11/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: RAIMUNDO ANTUNES BATISTA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ADAUCO ALVES NETO**

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2018

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180591695**

**Vítima: ADAUCO ALVES NETO**

**Data do Acidente: 04/11/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: RAIMUNDO ANTUNES BATISTA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2018

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180591695**

**Vítima: ADAUCO ALVES NETO**

**Data do Acidente: 04/11/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: RAIMUNDO ANTUNES BATISTA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ADAUCO ALVES NETO**

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

Comprovante de residência incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180591695**

**Vítima: ADAUCO ALVES NETO**

**Data do Acidente: 04/11/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: RAIMUNDO ANTUNES BATISTA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3180591695**

**Vítima: ADAUCO ALVES NETO**

**Data do Acidente: 04/11/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: RAIMUNDO ANTUNES BATISTA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ADAUCO ALVES NETO**

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\$ 9.450,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 70,00%

Valor a indenizar: 70,00% x 13.500,00 = R\$ 9.450,00

**Recebedor: ADAUCO ALVES NETO**

**Valor: R\$ 9.450,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000004167**

**Conta: 0000060749-7**

**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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180591695      **Cidade:** Brasília      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADAUCO ALVES NETO      **Data do acidente:** 04/11/2017      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA FECHADO TORÁCICO, CAUSANDO DENERVAÇÃO AGUDA DO PLEXO BRAQUIAL, PANPLEXOPATIA BRAQUIAL DIREITA COM ACOMETIMENTO SEVERO DOS TRONCOS SUPERIOR, MÉDIO E INFERIOR.

**Descrição do exame físico:** PACIENTE COM MUSCULATURA HIPOTRÓFICA EM TODO MSD, APRESENTA PLEGIA EM TODO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, REFERE AINDA PERDA DA SENSIBILIDADE TESTADA NO MEMBRO.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR IMPORTANTE EM TODO MSD, ALÉM DE AUSENCIA DE MOVIMENTOS NO REFERIDO MEMBRO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU COMPLETO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 01/02/2019

**Conduta mantida:**

**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 membros superiores	70 %	Em grau completo - 100 %	70%	R\$ 9.450,00
<b>Total</b>			<b>70 %</b>	<b>R\$ 9.450,00</b>

# 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:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

700.235.374.85 ADAUÇO ALVES NETO

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

Nome completo: ADAUÇO ALVES NETO

Profissão: GARGUA

Endereço:

SITIO oticera

Bairro: ÁREA RURAL

Cidade:

BOM SUCESSO

E-mail:

adauco.neto75@ymail.com

Estado:

CPF: 700.235.374-85

Número: 311

Complemento: 005A

CEP: 58.887.000

Tel.(DDD): (183) 9.9830.1322

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input checked="" 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"/> SEMI 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 OPCIÃO 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: 4167

CONTA: 013.000.60749 7

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 de 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.

Pela 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. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar 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: Vítima deixou pais/vôos vivos?  Sim  Não Vítima deixou pais/vôos vivos?  Sim  Não

Vítima falecidos: Vítima deixou pais/vôos vivos?  Sim  Não Vítima deixou pais/vôos vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a que os beneficiários que se apresentarem e comprovarem 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: BOM SUCESSO-PB, 13/12/18  
 Nome: ADAUÇO ALVES NETO  
 CPF: 700.235.374-85

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e casadas, comprometendo-se a dar-lhe ciência do ínterio teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



17 DEZ. 2018

# 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:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

700.235.374.85 ADAUÇO ALVES NETO

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

Nome completo: ADAUÇO ALVES NETO

Profissão: GARGUA

Endereço:

SITIO oticera

Bairro: ÁREA RURAL

Cidade:

BOM SUCESSO

E-mail:

adauco.neto75@gmail.com

Estado:

CPF: 700.235.374-85

Número: 311

Complemento: 005A

CEP: 58.887.000

Tel.(DDD): (153) 9.9830.1322

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input checked="" 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"/> SEMI 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 OPCIÃO 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: 4167

CONTA: 013.000.60749 7

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 de 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.

Pela 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. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar 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: Vítima deixou pais/vôos vivos?  Sim  Não Vítima deixou pais/vôos vivos?  Sim  Não

Vítima falecidos: Vítima deixou pais/vôos vivos?  Sim  Não Vítima deixou pais/vôos vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a que os beneficiários que se apresentarem e comprovarem 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: BOM SUCESSO-PB, 13/12/18

Nome: ADAUÇO ALVES NETO

CPF: 700.235.374-85

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e casadas, comprometendo-se a dar-lhe ciência do íntero teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



17 DEZ. 2018



## Dados do Paciente

**Paciente:** ADAUCO ALVES NETO  
**SES:** 6157168 **Data admissão:** 04/11/2017 **Registro:** 12028771  
**Sexo:** Masculino **Data Nascimento:** 28/09/1995 **Data da alta:** 17/11/2017  
**Filiação:** Maria Alves da Silva **Idade:** 22 (A) 1(M) 23(1)  
 Gilmar Simplicio da Silva  
**Endereço:** Quadra QR 410 Conjunto 11 Casa 07  
**Especialidade:** Ortopedia/Traumatologia **Motivo da Admissão:**

	14/11/2017	16/11/2017	17/11/2017
	08:00	10:47	08:00
<b>Freq Resp (linc/min)</b>	17	16	21
<b>Pressao Diastolica</b>	70	90	80
<b>Pressao Sistolica</b>	120	130	130
<b>Pulso (bpm)</b>	68	80	69
<b>Temperatura C</b>	36.5	36	35.3

### Evolução

Data	Hora	Anotações	Profissional
04/11/2017	03:32	<p>em tempo TC de crânio sem laudo: não evidencio hematomas, sangramentos. Linha media centralizada.</p> <p>CD:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Encaminho a ortopedia para avaliação de fratura</li> <li>-Alta da UCG aos cuidados da UTO</li> </ul> <p># #AVALIAÇÃO UTO##</p> <p>***</p> <p>PCTE ENCAMINHADO DA UCG, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, COM QUEIXA DE DOR EM MSD. PORTA RADIOGRAFIA SEM LAUDO, COM IMAGEM SUGERIDO FRATURA DE ÚMERO DIR., TRAÇO TRANSVERSO, DESVIADA &lt; 45°, ALINHADA. PCTE COM HÁLITO ETILICO.</p> <p>=</p> <p>AO EXAME:</p> <p>PCTE EM BEG, EUPNEICO, CORADO, HIDRATADO, COLABORATIVO, ORIENTADO;</p> <p>EM USO DE TALA PROVISÓRIA, RETIRO TALA, EDEMA E DEFORMIDADE EM BRAÇO DIREITO, SEM ALT. DE PELE;</p> <p>DEFÍCIT SENSITIVO EM MÃO DIREITA, REFERE NÃO CONSEGUIR MOVIMENTAR OS DEDOS E QUE FICOU ASSIM APÓS MEDICAÇÃO;</p> <p>=</p> <p>H.D: FRATURA ÚMERO</p> <p>=</p> <p>CONDUTA ORIENTADA POR DR. BRUNO</p> <p>TENTATIVA REDUÇÃO INCRUENTA, PINÇA CONFITEIRO, RX CONTROLE; INTERNAÇÃO, REAVALIAÇÃO</p>	DERVAL PEREIRA PINTO JU TOR
04/11/2017	04:11		THIAGO VINÍCIUS DE SOUZA TOR

17 DEZ. 2018



## Dados do Paciente

**Paciente:** ADAUCO ALVES NETO  
**SES:** 6157168 **Data admissão:** 04/11/2017 **Registro:** I2028771  
**Sexo:** Masculino **Data Nascimento:** 28/09/1995 **Data da alta:** 17/11/2017  
**Filiação:** Maria Alves da Silva **Idade:** 22 (A) 1(M) 2(D)  
 Gilmar Simplicio da Silva  
**Endereço:** Quadra QR 410 Conjunto 11 Casa 07  
**Especialidade:** Ortopedia/Traumatologia **Motivo da Admissão:**

### Procedência

Passagem	Status	Dt/Hr Admissão	Aba	tipo	Dt/Hr Alta
E22724606	Pre-Admissão	07/12/2017	13:27		
I2028771	Fechada	04/11/2017	06:09	HRT INT Ortopedia	Externo
EM-20000486	Fechada	04/11/2017	01:10	HRT PS Ortopedia	Interno
EM-18063839	Fechada	25/10/2016	22:36	UPAHRSAM Clínica Médica	Emergência
EM-14909981	Fechada	09/05/2015	12:54	UPAHRSAM Clínica Médica	Emergência
EM-14909553	Fechada	09/05/2015	11:38	UPADRSNB Clínica Médica	Emergência
EM-13109133	Fechada	25/08/2014	14:43	UPAHRSAM Clínica Médica	Emergência
					25/08/2014 22:06

### Queixa/História

**Profissional:** CAROLINA OLIVEIRA PARANAGUA **tipo:** Interno **Especialidade:**  
 Pacente trazido em protocolo de trauma pelo CBMDF com historia de queda de moto

paciente refere ingerir de bebida alcoólica e apresenta-se um pouco desorientado  
 nega patologias e refere dor em MSD

### Exame Físico

**Profissional:** CAROLINA OLIVEIRA PARANAGUA **tipo:** Interno **Especialidade:**

- A. Vias aéreas pélvias com colar cervical e em prancha rígida, sem cervicalgia
- B. MV+ simétrico bilateral sem RA, Boa expansibilidade e simétrico. Gradil costal indolor a palpação, FR 18imp, SpO2 98%
- C. Pulso presentes e simétricos. BCNF em 2T em RCR, FC 79bpm;
- D. ECG 14 (O: 4/ V: 4/ M: 6), PD=PE (FR). Movimenta os quatro membros.
- E. Abdome indolor a palpação, sem irritação peritoneal. Pelve estável. Sem sangramentos ativos. Presença de dor a palpação e deformidade em MSD com pulso diminuído e pele fria

### Conduta

**Profissional:** CAROLINA OLIVEIRA PARANAGUA **tipo:** Interno **Especialidade:** 17 DEZ. 2013

radiografias + TC  
analgésica

### Diagnóstico

04/11/2017	6:09	T00.2 Traumatismos superficiais envolvendo regiões múltiplas do(s) membro(s) superior(es)
04/11/2017	1:23	T00.0 Traumatismos superficiais envolvendo a cabeça com o pescoço
17/11/2017	8:45	S42.3 Fratura da diafise do úmero

### Sinais Vitais



## Dados do Paciente

**Paciente:** ADAUCO ALVES NETO Registro: 12028771  
**SES:** 6157168 Data admissão: 04/11/2017  
**Sexo:** Masculino Data Nascimento: 28/09/1995  
**Filiação:** Maria Alves da Silva Idade: 22 (A) 1(M) : 3(D)  
 Gilmar Simplicio da Silva  
**Endereço:** Quadra QR 410 Conjunto 11 Casa 07  
**Especialidade:** Ortopedia/Traumatologia Motivo da Admissão:

06/11/2017	09:04	-----UTO----- -ID: 22 ANOS -DI: 04/11/17 -HPP: -MECANISMO DE TRAUMA: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO -DX: FRATURA DE ÚMERO DIREITO "-ATB: " -RISCO CIRÚRGICO: NÃO REALIZADO -CIRURGIA: AGUARDANDO -EV: BEG CHAAA CORADO HIDRATADO, SEM QUEIXAS NO MOMENTO, SEM DÉFICITS NEUROLÓGICOS -CD: RX CONTROLE	RENAN ANTONIO QUINTO DE ALMEIDA
06/11/2017	11:21	-ORIENTAÇÃO DR JORLANDIO " " -----UTO----- "DESCONSIDERAR EVOLUÇÃO ANTERIOR. "  -ID: 22 ANOS -DI: 04/11/17 -HPP: -MECANISMO DE TRAUMA: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO -DX: FRATURA DIAFISÁRIA TRANSVERSA DE ÚMERO DIREITO "-ATB: " -RISCO CIRÚRGICO: NÃO REALIZADO -CIRURGIA: AGUARDANDO -EV: BEG CHAAA CORADO HIDRATADO, PACIENTE SEGUE COM AUSÊNCIA DE MOVIMENTAÇÃO EM PUNHO E MÃO DIREITAS, COM PROVÁVEL LESÃO NEUROLÓGICA. -CD: PRESCRIÇÃO MANTIDA AGUARDA TRATAMENTO CIRÚRGICO -ORIENTAÇÃO DR MARCOS BETÂMIO	WELTON SOUZA FERREIRA
07/11/2017	08:55	-----UTO-----  -ID: 22 ANOS -DI: 04/11/17 -HPP: -MECANISMO DE TRAUMA: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO -DX: FRATURA DIAFISÁRIA TRANSVERSA DE ÚMERO DIREITO + COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO -RISCO CIRÚRGICO: NÃO NECESSITA -CIRURGIA: AGUARDANDO -EV: BEG CHAAA CORADO HIDRATADO, PACIENTE SEGUE COM AUSÊNCIA DE MOVIMENTAÇÃO EM PUNHO E MÃO DIREITAS, COM PROVÁVEL LESÃO NEUROLÓGICA DE NERVO RADIAL. -CD: PRESCRIÇÃO MANTIDA AGUARDA TRATAMENTO CIRÚRGICO -ORIENTAÇÃO DR JOSÉ WILLIAMS	WELTON SOUZA FERREIRA

17 DEZ. 2018



## Dados do Paciente

**Paciente:** ADAUCO ALVES NETO **Registro:** I2028771  
**SES:** 6157168 **Data admissão:** 04/11/2017 **Data da alta:** 17/11/2017  
**Sexo:** Masculino **Data Nascimento:** 28/09/1995 **Idade:** 22 (A) 1(M) 23(11)  
**Filiação:** Maria Alves da Silva  
 Gilmar Simplicio da Silva  
**Endereço:** Quadra QR 410 Conjunto 11 Casa 07  
**Especialidade:** Ortopedia/Traumatologia **Motivo da Admissão:**

08/11/2017 10:13 -----UTO----- WELTON SOUZA FERREIRA  
 -  
 -ID: 22 ANOS  
 -DI: 04/11/17  
 -HPP: NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES  
 -MECANISMO DE TRAUMA: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO  
 -DX: FRATURA DIAFISÁRIA TRANSVERSA DE ÚMERO DIREITO +  
 COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO  
 -RISCO CIRÚRGICO: NÃO NECESSITA  
 -CIRURGIA: AGUARDANDO  
 -EV: BEG CHAAA CORADO HIDRATADO, SEGUE COM AUSÊNCIA DE  
 MOVIMENTAÇÃO EM PUNHO E MÃO DIREITAS, COM PROVÁVEL LESÃO  
 NEUROLÓGICA DE NERVO RADIAL  
 -CD: PRESCRIÇÃO MANTIDA  
 AGUARDA TRATAMENTO CIRÚRGICO  
 -ORIENTAÇÃO DR CID  
 09/11/2017 08:39 -----UTO----- YURI CARDOSO PONTES  
 -  
 -ID: 22 ANOS  
 -DI: 04/11/17  
 -HPP: NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES  
 -MECANISMO DE TRAUMA: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO  
 -DX: FRATURA DIAFISÁRIA TRANSVERSA DE ÚMERO DIREITO +  
 COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO  
 -RISCO CIRÚRGICO: NÃO NECESSITA  
 -CIRURGIA: AGUARDANDO  
 -EV: BEG CHAAA CORADO HIDRATADO, SEGUE COM AUSÊNCIA DE  
 MOVIMENTAÇÃO EM PUNHO E MÃO DIREITAS, COM PROVÁVEL LESÃO  
 NEUROLÓGICA DE NERVO RADIAL  
 -CD: PRESCRIÇÃO MANTIDA  
 AGUARDA TRATAMENTO CIRÚRGICO  
 -ORIENTAÇÃO DR José Williams  
 10/11/2017 09:35 -----UTO----- WELTON SOUZA FERREIRA  
 -  
 -ID: 22 ANOS  
 -DI: 04/11/17  
 -HPP: NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES  
 -MECANISMO DE TRAUMA: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO  
 -DX: FRATURA DIAFISÁRIA TRANSVERSA DE ÚMERO DIREITO +  
 COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO  
 -RISCO CIRÚRGICO: NÃO NECESSITA  
 -CIRURGIA: AGUARDANDO  
 -EV: BEG CHAAA CORADO HIDRATADO, SEGUE COM AUSÊNCIA DE  
 MOVIMENTAÇÃO EM PUNHO E MÃO DIREITAS, COM PROVÁVEL LESÃO  
 NEUROLÓGICA DE NERVO RADIAL  
 -CD: PRESCRIÇÃO MANTIDA  
 AGUARDA TRATAMENTO CIRÚRGICO  
 -ORIENTAÇÃO DR LUIZ SARMANHO

17 DEZ. 2018



## Dados do Paciente

**Paciente:** ADAUCO ALVES NETO **Registro:** 12028771  
**SES:** 6157168 **Data admissão:** 04/11/2017 **Data da alta:** 17/11/2017  
**Sexo:** Masculino **Data Nascimento:** 28/09/1995 **Idade:** 22 (A) 1(M) 1(D)  
**Filiação:** Maria Alves da Silva  
**Gilmar Simplicio da Silva**  
**Endereço:** Quadra QR 410 Conjunto 11 Casa 07  
**Especialidade:** Ortopedia/Traumatologia **Motivo da Admissão:**

11/11/2017 08:38 " " WELTON SOUZA FERREIRA  
-----UTO-----  
- ID: 22 ANOS  
- DI: 04/11/17  
- HPP: NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES  
- MECANISMO DE TRAUMA: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO  
- DX: FRATURA DIAFISÁRIA TRANSVERSA DE ÚMERO DIREITO + COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO  
- RISCO CIRÚRGICO: NÃO NECESSITA  
- CIRURGIA: AGUARDANDO  
- EV: BEG CHAAA CORADO HIDRATADO, SEGUO COM AUSÊNCIA DE MOVIMENTAÇÃO EM PUNHO E MÃO DIREITAS, COM PROVAVEL LESÃO NEUROLÓGICA DE NERVO RADIAL.  
- CD: PRESCRIÇÃO MANTIDA  
AGUARDA TRATAMENTO CIRÚRGICO  
- ORIENTAÇÃO DR JOSÉ WILLIAMS  
12/11/2017 09:19 -----JOSE PEDRO REGO NITTO  
-----UTO-----  
- ID: 22 ANOS  
- DI: 04/11/17  
- HPP: NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES  
- MECANISMO DE TRAUMA: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO  
- DX: FRATURA DIAFISÁRIA TRANSVERSA DE ÚMERO DIREITO + COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO  
- RISCO CIRÚRGICO: NÃO NECESSITA  
- CIRURGIA: AGUARDANDO  
- EV: BEG CHAAA CORADO HIDRATADO, SEGUO COM AUSÊNCIA DE MOVIMENTAÇÃO EM PUNHO E MÃO DIREITAS, COM PROVAVEL LESÃO NEUROLÓGICA DE NERVO RADIAL.  
- CD: PRESCRIÇÃO MANTIDA  
AGUARDA TRATAMENTO CIRÚRGICO  
- ORIENTAÇÃO DR JOSÉ WILLIAMS  
13/11/2017 08:54 -----WELTON SOUZA FERRERA  
-----UTO-----  
- ID: 22 ANOS  
- DI: 04/11/17  
- HPP: NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES  
- MECANISMO DE TRAUMA: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO  
- DX: FRATURA DIAFISÁRIA TRANSVERSA DE ÚMERO DIREITO + COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO  
- RISCO CIRÚRGICO: NÃO NECESSITA  
- CIRURGIA: AGUARDANDO  
- EV: BEG CHAAA CORADO HIDRATADO, MANTÉM AUSÊNCIA DE MOVIMENTAÇÃO EM PUNHO E MÃO DIREITAS, COM PROVÁVEL LESÃO NEUROLÓGICA DE NERVO RADIAL.  
- CD: PRESCRIÇÃO MANTIDA  
AGUARDA TRATAMENTO CIRÚRGICO  
- ORIENTAÇÃO DR JORLÂNDIO

17 DEZ. 2018

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 9.450,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADAUCO ALVES NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04167

CONTA: 00000060749-7

---

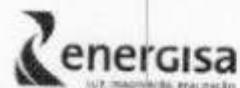
Nr. da Autenticação 9372C7AC1542C8DC

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segundaria de conta.

Bolão para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica N° 016.732.220



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-080

CNPJ 09.095.153/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-8

## DADOS DO CLIENTE

GILMAR SIMPLICIO DA SILVA  
SIT OFÍCICA SIN  
BOM SUCESSO

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1247092-8

REFERÊNCIA  
DEZ/2018

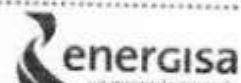
APRESENTAÇÃO  
07/12/2018

CONSUMO  
93

VENCIMENTO  
14/12/2018

TOTAL A PAGAR  
R\$ 41,40

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DESEJA AQUI

GILMAR SIMPLICIO DA SILVA

Rollero: 04-251-823-2579

83620000000-5 41400054000-8 12470922018-8 12300251019-6



VENCIMENTO TOTAL A PAGAR MATRÍCULA  
14/12/2018 R\$ 41,40 1247092-2018-12-3

17 DEZ. 2018

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, ADAUÇO ALVES NETO

RG nº. 003.302.357, data de expedição 18/01/2016 Órgão  
SSSESPOIS/RN CPF nº 700.235.374-85, venho perante a este  
instrumento declarar que não posso comprovar 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/Praça)	<u>sítio oficina</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto/Complemento	<u>00511</u>
Bairro	<u>POETA RURAL</u>
Cidade	<u>BON SUCESVO</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>58.887.000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9.9830.1322</u>
E-mail	<u>adauco.net@gmail.com</u>

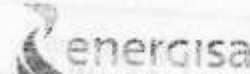
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Bon Sucevo 14/12/18

Assinatura do Declarante: Adauco Alves Neto

17 DEZ. 2018

GILMAR SIMPLICIO DA SILVA  
SIT. OFICICA, SIN - ÁREA RURAL  
BOM SUCESSO/PB CEP: 58887000 (AD: 245)



Emissão 01/12/2018 Referência Dez/2018  
Classe/Subs: RURAL / AQUECIMENTO RURAL MONOFÁSICO  
Rotativa 4.151.622-2570 N° medidor 000083986573

ENERGISA MARABA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
B-230, Km 26 - Cidade Industrial - João Pessoa/PB - CEP: 58071-690  
CNPJ: 09.096.103/0001-40 - Insc Est: 16.015.923-0

Nota Fiscal/Contas de Energia Elétrica N° 016.732.220  
Cód. para Dib. Automático: 00012470928

Atendimento ao Cliente ENERGISA, 0800 083 0196 Acesso: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da proxima leitura	CPF/CNPJ/ RANI
Dez / 2018	07/12/2018	09/01/2019	324.276.224-49
			Insc. Est:

UC (Unidade Consumidora): 5/1247092-8

Canal de contato  
- Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018  
Reservista, apresente-se na sua Organização Militar.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 09/11/18	Lectura 6268	Data 07/12/18	Lectura 6381	1
<b>Demonstrativo</b>				
CCI Descrição Quantidade Tarifa U Valor Base Cál. Abn. Icms(R\$) Icmsf(R\$) Base Cál. Pnf(R\$) Pnf(R\$) Cofre(R\$)				
0801 Consumo em kWh	93.000 0.426140	39,63	0,00	0 00 39,63 3,43 1,98
0801 Adc B Amarela		0,74	0,00	0 00 0,74 0,01 0,03
0810 Subsídio	16,98	0,00	II 0 00 16,98 0,18 0,85	
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>				
0808 Devolução Subsídio		-15,95	0,00	0 00 0,00 0,00 0,00

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL: 41,40 0,00 0,00 57,35 0,82 2,86

Media últimos meses (kWh): 82 VENCIMENTO: 14/12/2018 TOTAL A PAGAR: R\$ 41,40

Histórico de Consumo (kWh)

75 | 61 | 76 | 67 | 69 | 74 | 83 | 81 | 102 | 103 | 63 | 109  
Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18

dc26.1502.7628.4ae5.d987.8cfa.5338.bca8

Indicadores de Qualidade 10/2018 - Custo do Risco

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminações	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	11,74	0,00		12,46	32,51
DIC TRIMESTRAL	23,48	NOMINAL		19,19	48,35
DIC ANUAL	48,96			2,09	5,08
FIC MENSAL	7,74	0,00	CONTRATADA	3,18	7,68
FIC TRIMESTRAL	15,48	LIMITE INFERIOR	Importos Contratos e Encargos Sist.	2,48	8,41
FIC ANUAL	30,98	LIMITE SUPERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00
DMC	6,49	0,00	Total	41,40	100,00

Valor do Elet. D/Ral 10/2018 R\$ 19,88

ATENÇÃO Faturas em atraso

Subvenção DEC 7.891/13 R\$ 15,05  
Isento ICMS

29 JAN. 2019

## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

EU, SEBASTIÃO DE ARAÚJO VIEIRA, RG nº 258.393.092, data de expedição 20/11/1992, Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 765.756.751-15, com domicílio na cidade de SAMAMBAIA, no Estado de BRASÍLIA-DF, QR 414, CJ 07, LT 15, AP 103, complemento APARTAMENTO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima ADAUÇO ALVES NETO, cujo o condutor era ADAUÇO ALVES NETO.

VEÍCULO – MOTOCICLETA

MODELO – HONDA/CG 160 FAN E SDI

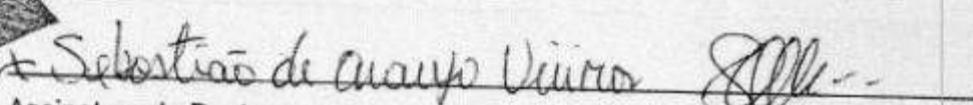
ANO – 2016

PLACA – PAT 4549

CHASSI – 9C2KC2200HR027543

DATA DO ACIDENTE – 04/11/2017

LOCAL E DATA - 16 / 10 / 2018

 17 DEZ. 2018

Assinatura do Declarante

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

2º. OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO  
SRTV/SUL ED. 201 BL. 01 LT. 14 RR. 01  
ED. ASSIS CHATEAUBRIAND - BA 451 A/1  
CNPJ/MF/00.618.421/0001-80  
CF/DE/07.435.140/001-38

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE, a 17 de dezembro de 2018  
det: SEBASTIÃO DE ARAÚJO VIEIRA

Em testemunha da verdade,  
BRASÍLIA, 16 de Outubro de 2018  
selo: TJDFT2018002057741YZ

Para consultar acesse: [www.tjdf.mt.gov.br](http://www.tjdf.mt.gov.br)

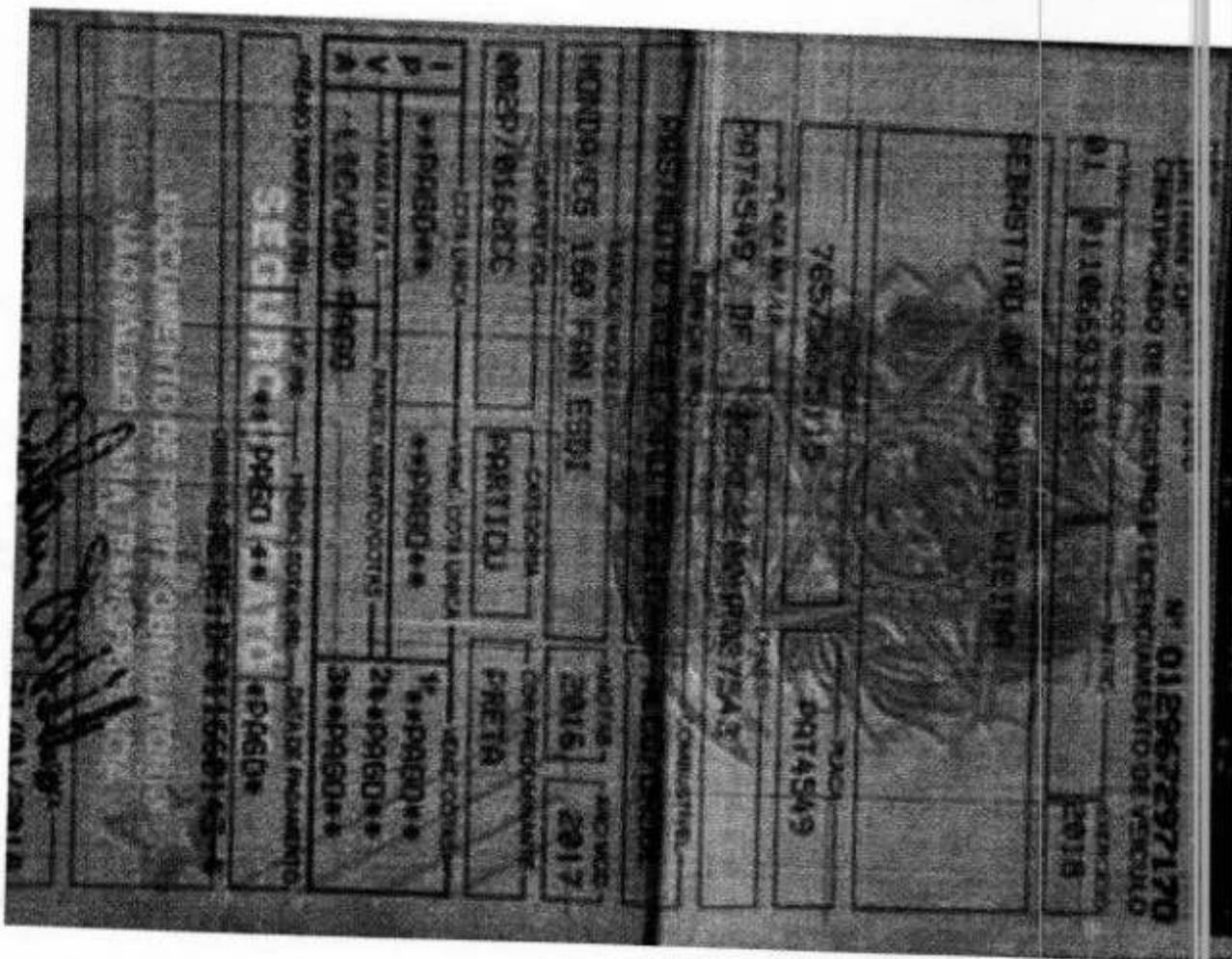
TRAMILIO SIMÕES CORRÊA - TAB. 11  
LUIZ CARLOS SCHONARTH - TAB. 11  
LENENIA VIRGINIA F.R. ANDRADE - 2a TAB. 11  
JENILDES ALVES GOMES - ESC. NOT.  
RITA CLIDES B. PEREIRA - ESC. NOT.



17 DEZ. 2018



17 DEZ. 2018



17 DEZ. 2018

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180591695      **Cidade:** Brasília      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADAUCO ALVES NETO      **Data do acidente:** 04/11/2017      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA FECHADO TORÁCICO, CAUSANDO DENERVAÇÃO AGUDA DO PLEXO BRAQUIAL, PANPLEXOPATIA BRAQUIAL DIREITA COM ACOMETIMENTO SEVERO DOS TRONCOS SUPERIOR, MÉDIO E INFERIOR.

**Descrição do exame físico:** PACIENTE COM MUSCULATURA HIPOTRÓFICA EM TODO MSD, APRESENTA PLEGIA EM TODO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, REFERE AINDA PERDA DA SENSIBILIDADE TESTADA NO MEMBRO.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR IMPORTANTE EM TODO MSD, ALÉM DE AUSENCIA DE MOVIMENTOS NO REFERIDO MEMBRO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU COMPLETO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 01/02/2019

**Conduta mantida:**

**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 membros superiores	70 %	Em grau completo - 100 %	70%	R\$ 9.450,00
<b>Total</b>			<b>70 %</b>	<b>R\$ 9.450,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180591695      **Cidade:** Brasília      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADAUCO ALVES NETO      **Data do acidente:** 04/11/2017      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA FECHADO TORÁCICO, CAUSANDO DENERVAÇÃO AGUDA DO PLEXO BRAQUIAL, PANPLEXOPATIA BRAQUIAL DIREITA COM ACOMETIMENTO SEVERO DOS TRONCOS SUPERIOR, MÉDIO E INFERIOR.

**Descrição do exame físico:** PACIENTE COM MUSCULATURA HIPOTRÓFICA EM TODO MSD, APRESENTA PLEGIA EM TODO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, REFERE AINDA PERDA DA SENSIBILIDADE TESTADA NO MEMBRO.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR IMPORTANTE EM TODO MSD, ALÉM DE AUSENCIA DE MOVIMENTOS NO REFERIDO MEMBRO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU COMPLETO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 01/02/2019

**Conduta mantida:**

**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 membros superiores	70 %	Em grau completo - 100 %	70%	R\$ 9.450,00
<b>Total</b>			<b>70 %</b>	<b>R\$ 9.450,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180591695      **Cidade:** Brasília      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADAUCO ALVES NETO      **Data do acidente:** 04/11/2017      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA FECHADO TORÁCICO, CAUSANDO DENERVAÇÃO AGUDA DO PLEXO BRAQUIAL, PANPLEXOPATIA BRAQUIAL DIREITA COM ACOMETIMENTO SEVERO DOS TRONCOS SUPERIOR, MÉDIO E INFERIOR.

**Descrição do exame físico:** PACIENTE COM MUSCULATURA HIPOTRÓFICA EM TODO MSD, APRESENTA PLEGIA EM TODO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, REFERE AINDA PERDA DA SENSIBILIDADE TESTADA NO MEMBRO.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR IMPORTANTE EM TODO MSD, ALÉM DE AUSENCIA DE MOVIMENTOS NO REFERIDO MEMBRO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU COMPLETO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 01/02/2019

**Conduta mantida:**

**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 membros superiores	70 %	Em grau completo - 100 %	70%	R\$ 9.450,00
<b>Total</b>			<b>70 %</b>	<b>R\$ 9.450,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180591695  
**Vítima:** ADAUCO ALVES NETO

**Cidade:** Brasília  
**Data do acidente:** 04/11/2017

**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/12/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE ÚMERO DIREITO (LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** (1-4)NÍVEL DE LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180591695      **Cidade:** Brasília      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADAUCO ALVES NETO      **Data do acidente:** 04/11/2017      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/12/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE ÚMERO DIREITO (LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** (1-4)NÍVEL DE LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

**CRM:** 5245228-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180591695  
**Vítima:** ADAUCO ALVES NETO

**Cidade:** Brasília  
**Data do acidente:** 04/11/2017

**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/12/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE ÚMERO DIREITO (LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** (1-4)NÍVEL DE LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

**PROCURAÇÃO PARTICULAR**

**OUTORGANTE: ADAUÇO ALVES NETO**, brasileiro, solteiro, aposentado, portador do RG nº 003.302.357 SESPDS/RN – 1ª via e do CPF(MF) nº 700.235.374-85, residente e domiciliado no Sítio Oiticica, s/n, área rural, Bom Sucesso – PB, CEP 58.887.000.

**OUTORGANTE: RAIMUNDO ANTUNES BATISTA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PB 6.409, com escritório profissional localizado à Rua Raimundo Gonçalves de Almeida, s/n, Centro, Bom Sucesso – PB, CEP 58.887.000.

**PODERES** – Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT para o Outorgante.

Bom Sucesso - PB, 30 de Abril de 2018.

Adauço Alves Neto  
Outorgante

OFÍCIO RCPN E TABELIONATO DE NOTAS

Rua Felix Trajano, 104, Centro, Bom Sucesso - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
**ADAUÇO ALVES NETO**

Dou fé. Bom Sucesso/PB - 30/04/2018

Substituto: Francisco Alvaci Fernandes Junior

Selo Digital:AGV65131-4G02

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
Emol R\$ 9,46 FARPART R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,30

Cartório Único de Bom Sucesso-PB

Francisco Alvaci Fernandes Junior

Oficial Interino

CPF: 078.704.464-40

17 DEZ. 2018

17 DEZ. 2018

**PROCURAÇÃO PARTICULAR**

**OUTORGANTE: ADAUÇO ALVES NETO**, brasileiro, solteiro, aposentado, portador do RG nº 003.302.357 SESPDS/RN – 1ª via e do CPF(MF) nº 700.235.374-85, residente e domiciliado no Sítio Oiticica, s/n, área rural, Bom Sucesso – PB, CEP 58.887.000.

**OUTORGANTE: RAIMUNDO ANTUNES BATISTA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PB 6.409, com escritório profissional localizado à Rua Raimundo Gonçalves de Almeida, s/n, Centro, Bom Sucesso – PB, CEP 58.887.000.

**PODERES** – Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT para o Outorgante.

Bom Sucesso - PB, 30 de Abril de 2018.

Adauço Alves Neto  
Outorgante

OFÍCIO RCPN E TABELIONATO DE NOTAIS

Rua Felix Trajano, 104, Centro, Bom Sucesso - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
**ADAUÇO ALVES NETO**

Dou fé. Bom Sucesso/PB - 30/04/2018

Substituto: Francisco Alvaci Fernandes Junior

Selo Digital:AGV65131-4G02

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
Emol R\$ 9,46 FARPART R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,33

Cartório Único de Bom Sucesso-PB

Francisco Alvaci Fernandes Junior

Oficial Interino

CPF: 078.704.464-40

17 DEZ. 2018

17 DEZ. 2018

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0453651/18

**Vítima:** ADAUCO ALVES NETO

**CPF:** 700.235.374-85

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/11/2017

**Titular do CPF:** ADAUCO ALVES NETO

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### RAIMUNDO ANTUNES BATISTA : 465.459.644-53

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### ADAUCO ALVES NETO : 700.235.374-85

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: 17/12/2018  
Nome: RAIMUNDO ANTUNES BATISTA  
CPF: 465.459.644-53

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2018  
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL  
CPF: 856.703.089-72

RAIMUNDO ANTUNES BATISTA

MARCOS AURELIO VIDAL

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0453651/18

**Vítima:** ADAUCO ALVES NETO

**CPF:** 700.235.374-85

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/11/2017

**Titular do CPF:** ADAUCO ALVES NETO

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### RAIMUNDO ANTUNES BATISTA : 465.459.644-53

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### ADAUCO ALVES NETO : 700.235.374-85

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: 17/12/2018  
Nome: RAIMUNDO ANTUNES BATISTA  
CPF: 465.459.644-53

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2018  
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL  
CPF: 856.703.089-72

RAIMUNDO ANTUNES BATISTA

MARCOS AURELIO VIDAL

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0453651/18

**Número do Sinistro:** 3180591695

**Vítima:** ADAUCO ALVES NETO

**Data do acidente:** 04/11/2017

**CPF:** 700.235.374-85

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ADAUCO ALVES NETO

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**ADAUCO ALVES NETO : 700.235.374-85**

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: 29/01/2019  
Nome: RAIMUNDO ANTUNES BATISTA  
CPF: 465.459.644-53

RAIMUNDO ANTUNES BATISTA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2019  
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL  
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0453651/18

**Número do Sinistro:** 3180591695

**Vítima:** ADAUCO ALVES NETO

**Data do acidente:** 04/11/2017

**CPF:** 700.235.374-85

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ADAUCO ALVES NETO

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**ADAUCO ALVES NETO : 700.235.374-85**

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: 29/01/2019  
Nome: RAIMUNDO ANTUNES BATISTA  
CPF: 465.459.644-53

RAIMUNDO ANTUNES BATISTA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2019  
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL  
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL



()



Buscar no site

A  
COMPANHIASEGURO  
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-  
Atendimento)CENTRO DE DADOS E  
ESTATÍSTICASSALA DE  
IMPRENSATRABALHE  
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

**Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a dias a contar da data de entrega da documentação completa.**

### SINISTRO 3180591695 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** ADAUCO ALVES NETO

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** MARCOS AURELIO VIDAL CORRETAGEM DE SEGUROS EIREL

**BENEFICIÁRIO** ADAUCO ALVES NETO

**CPF/CNPJ:** 70023537485

#### Posição em 25-09-2019 12:12:33

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

07/02/2019	R\$ 9.450,00	R\$ 0,00	R\$ 9.450,00
------------	--------------	----------	--------------

#### Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
15/02/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/4CtjN0zkar__4DBR3h_">Download</a> (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/4CtjN0zkar__4DBR3h_ api_key=JNZSNHQtdzoElDdKslu8oV__BEuPiQA8199LiO177BBE=)
30/01/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/CdBVkCoBkUcoQf4lr_">Download</a> (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/CdBVkCoBkUcoQf4lr_ api_key=JNZSNHQtdzoElDdKslu8oV__BEuPiQA8199LiO177BBE=)



## Serviços

- › Acompanhe seu Processo (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)
- › Consulta a Pagamentos (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx>)
- › Saiba Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)
- › Pontos de Atendimento (</Pontos-de-Atendimento>)
- › Como Pedir Indenização (</Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao>)

## Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (</Pages/Quem-Somos.aspx>)
- › Sobre o Seguro DPVAT (</Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx>)
- › Informações Gerais (</Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx>)
- › Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (</Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT>)
- › Perguntas Frequentes (</Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes>)

## Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (</Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line>)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (</Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes>)
- › Telefones de Contato (</Contato/telefones-de-contato>)
- › Ouvidoria (</Contato/Ouvidoria>)
- › Canal de Denúncias (</Contato/canal-de-Denuncias>)
- › Mapa do Site (</Mapa-do-Site>)
- › Consumidor.gov (<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

Termos de uso e política de privacidade (</Pages/Termos-de-Uso.aspx>)