

---

**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.

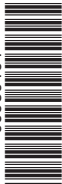
Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00807/00808 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13741754

---

**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**

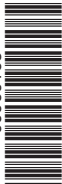
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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

Pag. 00325/00326 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13873475

**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, 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](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 AUSÊNCIA 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
Total			70 %	R\$ 9.450,00

# 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: **700.235.374-85** Nome completo da vítima: **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** CPF: **700.235.374-85**  
Profissão: **CARGON** Endereço: **SITIO OITICICA** Número: **31N** Complemento: **845A**  
Bairro: **ÁREA RURAL** Cidade: **BOM SUCESSO** Estado: \_\_\_\_\_ CEP: **58.887-000**  
E-mail: **adauco.neto75@gmail.com** Tel.(DDD): **(53) 9.9830.1322**

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

**DADOS CADASTRAIS**  
**RENDA MENSAL:**  
☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: **4167** CONTA: **013.000.60749 7** AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(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 contestação, caso discordo 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 companheira(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não  
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.





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: **700.235.374-85** Nome completo da vítima: **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** CPF: **700.235.374-85**  
 Profissão: **CARGON** Endereço: **SITIO OITICICA** Número: **31N** Complemento: **845A**  
 Bairro: **ÁREA RURAL** Cidade: **BOM SUCESSO** Estado: \_\_\_\_\_ CEP: **58.887-000**  
 E-mail: **adauco.neto75@gmail.com** Tel.(DDD): **(53) 9.9830.1322**

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

**DADOS CADASTRAIS**  
**RENDA MENSAL:**  
☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: **4167** CONTA: **013.000.60749 7** AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(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 contestação, caso discordo 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 companheira(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos Falecidos nasceu (ou nasceu)? pais/avós vivos?  
 Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
**Adauço Alves Neto**  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.



17 DEZ. 2018



## Dados do Paciente

Paciente: **ADAUÇO ALVES NETO**

SES: 6157168

Sexo: Masculino

Filiação: Maria Alves da Silva

Gilmar Simplicio da Silva

Endereço: Quadra QR 410 Conjunto 11 Casa 07

Especialidade: Ortopedia/Traumatologia

Data admissão: 04/11/2017

Data Nascimento: 28/09/1995

Registro: I2028771

Data da alta: 17/11/2017

Idade: 22 (A) 1 (M) 23 (D)

Motivo da Admissão:

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

## Evoluções

Data	Hora	Anotações
04/11/2017	03:32	em tempo TC de crânio sem laudo: não evidencio hematomas, sangramentos, Linha media centralizada. CD: -Encaminho a ortopedia para avaliação de fratura -Alta da UCG aos cuidados da UTO
04/11/2017	04:11	## AVALIAÇÃO UTO ## ==== PCTE ENCAMINHADO DA UCG, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, COM QUEIXA DE DOR EM MSD. PORTA RADIOGRAFIA SEM LAUDO, COM IMAGEM SUGERIDO FRATURA DE ÚMERO DIR., TRAÇO TRANSVERSO, DESVIADA < 45°, ALINHADA. PCTE COM HÁLITO ETILÍCO. = AO EXAME: PCTE EM BÉG, EUPNEICO, CORADO, HIDRATADO, COLABORATIVO, ORIENTADO; EM USO DE TALA PROVISÓRIA, RETIRO TALA, EDEMA E DEFORMIDADE EM BRAÇO DIREITO, SEM ALT. DE PELE; DÉFICIT SENSITIVO EM MÃO DIREITA, REFERE NÃO CONSEGUIR MOVIMENTAR OS DEDOS E QUE FICOU ASSIM APÓS MEDICAÇÃO; = H.D: FRATURA ÚMERO = CONDUTA ORIENTADA POR DR. BRUNO TENTATIVA REDUÇÃO INCRUENTA, PINÇA CONFEITEIRO, RX CONTROLE; INTERNAÇÃO, REAVALIAÇÃO

Profissional  
DERVAL PEREIRA PINTO JUNIOR

THIAGO VINÍCIUS DE ASSIS FIORI

17 DEZ. 2018



## Dados do Paciente

Paciente: **ADAUÇO ALVES NETO**

SES: 6157168

Data admissão: 04/11/2017

Registro: I2028771

Sexo: Masculino

Data da alta: 17/11/2017

Filiação: Maria Alves da Silva

Data Nascimento: 28/09/1995

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	Ala	Tipo	Dt/Hr Alta
E22724606	Pré-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	17/11/2017 1:16
EM-18063839	Fechada	25/10/2016 22:36	UPAHSAM Clinica Medica	Emergência	04/11/2017 1:09
EM-14909981	Fechada	09/05/2015 12:54	UPAHSAM Clinica Medica	Emergência	26/10/2016 1:23
EM-14909553	Fechada	09/05/2015 11:38	UPADRSNB Clinica Medica	Emergência	09/05/2015 1:00
EM-13109133	Fechada	25/08/2014 14:43	UPAHSAM Clinica Medica	Emergência	09/05/2015 1:54
				Emergência	25/08/2014 2:06

### Queixa/História

Profissional: CAROLINA OLIVEIRA PARANAGUA Tipo: Interno

Especialidade:

Paciente trazido em protocolo de trauma pelo CBMDF com historia de queda de moto  
paciente refere ingesta de bebida alcoolica 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 pervias 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. Pulsos 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. Abdomen 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:

radiografias + TC  
analgesia

17 DEZ. 2017

## 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 diáfise do úmero

## Sinais Vitais



## Dados do Paciente

Paciente: **ADAUÇO 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) 13(D)

Filiação: Maria Alves da Silva

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 QUEIROZ 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 BETÂNIO

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

08/11/2017	10:13	-----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, 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	WELTON SOUZA FERREIRA
09/11/2017	08:39	-----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, 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	YURI CARDOSO PONTES
10/11/2017	09:35	-----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, 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 SARMAHNO	WELTON SOUZA FERREIRA

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

" "

-----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 JOSÉ WILLIAMS

12/11/2017 09:19

-----UTO-----

JOSÉ PEDRO REGO NETO

-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

13/11/2017 08:54

-----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, 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: 000000060749-7

---

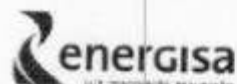
Nr. da Autenticação 9372C7AC1542C8DC

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segurado-via de conta.

Bolão para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica ... Nº 016.732.220



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.895.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-8

DADOS DO CLIENTE
GILMAR SIMPLICIO DA SILVA
SIT OTICA SIN
BOM SUCESSO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR
5/1247092-8

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
DEZ/2018	07/12/2018	93	14/12/2018	R\$ 41,40

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



Destaque aqui

GILMAR SIMPLICIO DA SILVA

Rotário: 04-251-623-2570

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 48/01/2011, Órgão SSESPDS/RN CPF nº 700.235.374-85, 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/Praça)	<u>Sítio Oliveira</u>
Número	<u>5/N</u>
Apto/Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>AREA RURAL</u>
Cidade	<u>BOM SUCESSO</u>
Estado	<u>PARANÁ</u>
CEP	<u>58.887.000</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 9.9830.1322</u>
E-mail	<u>adauco.neto@gmail.com</u>

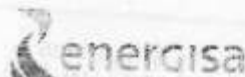
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: BOM SUCESSO 14/12/18

Assinatura do Declarante: Adauço Alves Neto

17 DEZ. 2018

GILMAR SIMPLICIO DA SILVA  
SIT OTICA SA - AREA RURAL  
BOM SUCESSO / PB CEP 5887000 (AO 215)



Emissão 01/12/2018 Referência Dez/2018  
Classe/Subclasse RURAL/AGROPECUARIA RURAL MONOFÁSICO  
Roteiro 4 - 151 - 623 - 2570 Nº medidor 0008286573

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
R-200, Km 25 - Creta Tedenor José Pessoa / PB - CEP 58071-690  
CNPJ 29.056.182/0001-40 Insc. Est. 16.015.923-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 16.730.220  
Cód. para Dth Automática: 00012470828

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAN
Dez/2018	07/12/2018	09/01/2019	324.276.224-49

UC (Unidade Consumidora): 5/1247082-8

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	Leitura	Data	Leitura			
08/11/18	6268	07/12/18	6381	1	93	29

Demonstrativo	
CCl	Descrição
	Quantidade Tarifa U Valor Base Calc. Alq. (R\$/kWh) Base Calc. Pot. (R\$) Cotação (R\$)
	Tributos Total (R\$) ICMS (R\$) ICMS Pot. (R\$) (1,0045%) (4,9955%)
0801	Consumo em kWh 93,000 0,426140 39,83 0,00 0 0,00 39,83 3,40 1,88
0801	Adic. B Amarela 0,74 0,00 0 0,00 0,74 0,01 0,03
0810	Subsídio 18,98 0,00 0 0,00 18,98 0,18 0,86
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS
0808	Devolução Subsídio -18,98 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00

CCl Código de Classificação do Item TOTAL 41,40 0,00 0,00 57,30 0,62 2,86

Média últimos meses (kWh) 92  
**VENCIMENTO 14/12/2018**  
**TOTAL A PAGAR R\$ 41,40**

Histórico de Consumo (kWh)  
75 | 61 | 78 | 67 | 69 | 74 | 83 | 81 | 112 | 103 | 93 | 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 (RQ2018 - Cálculo do RQ2018)

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	11,74	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	23,48		
DIC ANUAL	46,96		
FIC MENSAL	7,74	0,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231
FIC TRIMESTRAL	15,48		
FIC ANUAL	30,96		
DMC	6,48	0,00	
DICR	16,80		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Despesas de Out. da Energisa PB	15,48	37,37
Compra de Energia	15,19	36,69
Serviço de Transmissão	2,09	5,05
Encargos Sociais	3,18	7,68
Impostos Diretos e Encargos	2,48	5,99
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>41,40</b>	<b>100,00</b>

Valor de R\$ 0 (R\$ 10/2018) R\$ 18,98

#### ATENÇÃO

Subvenção DEC 7.891/13 R\$ 15,95  
Isento ICMS

#### Faturas em atraso

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

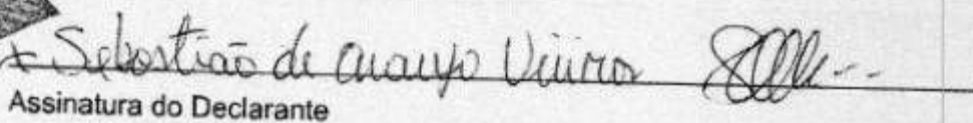
ANO – 2016

PLACA – PAT 4549

CHASSI – 9C2KC2200HR027543

DATA DO ACIDENTE – 04/11/2017

LOCAL E DATA – 16 / 10 / 2018

  
Assinatura do Declarante

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

17 DEZ. 2018

2o. OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO  
SRTV/SUL OD, 701 BL. 01 LJ 14 TERRA  
ED. ASSIS CHATELAIN - BRASILIA/DF  
CNPJ/ME/00.668.421/0001-80  
CF/DE/07.555.140/001-38

RECONHECO por AUTENTICAÇÃO de  
de: CHATELAIN - SEBASTIÃO DE ARAÚJO VIEIRA

Em testemunha da verdade,  
BRASILIA, 16 de Outubro de 2018  
selo: IJDF201800205774-11YZ

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

RAMIRO SIMÕES CORREA - TABELADO INE  
FLAVIO CARLOS SCHWARTZ - TAB. SUBST. TO  
KENTIA VIRGINIA F.R. ANDRADE - 2a. TAB. LBA  
HENRIQUES ALVES GOUVEIA - ESC. NOT. LBA  
BRITA CLIDES B. PEREIRA - ESC. NOT. LBA





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 AUSÊNCIA 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
Total			70 %	R\$ 9.450,00

# 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 AUSÊNCIA 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
Total			70 %	R\$ 9.450,00

# 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 AUSÊNCIA 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
Total			70 %	R\$ 9.450,00



# 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

**Valoração 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

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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

# 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

**Valoração 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

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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

## 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 **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

**Valoração 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

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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

## 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: AGV65131-4302

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

Emol R\$ 9,48 FAREN R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,00

Cartório Unico 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 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: AGV65131-4302

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

Emol R\$ 9,48 FAREN R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,00

Cartório Unico 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

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ADAUCO ALVES NETO

## 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

### 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

\_\_\_\_\_  
RAIMUNDO ANTUNES BATISTA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

\_\_\_\_\_  
MARCOS AURELIO VIDAL



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0453651/18

**Vítima:** ADAUCO ALVES NETO

**CPF:** 700.235.374-85

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ADAUCO ALVES NETO

## 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

### 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

RAIMUNDO ANTUNES BATISTA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2018  
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

**CPF:** 700.235.374-85

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ADAUCO ALVES NETO

## 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

**CPF:** 700.235.374-85

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ADAUCO ALVES NETO

## 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 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 EIRELI

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	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/4CtjN0zkar__4DBR3h; api_key=JNZSNHQtdzoEIDdKslu8oV__BEuPiQA8199LiO177BBE=)
30/01/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/CdBVkCoBkUcoQf4lr_ api_key=JNZSNHQtdzoEIDdKslu8oV__BEuPiQA8199LiO177BBE=)

27/12/2018	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	 ( <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/wJhxWG8UIRthqPAuYurkapi_key=JNZSNHQtdzoEIDdKslu8oV__BEuPiQA8199LiO177BBE=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/wJhxWG8UIRthqPAuYurkapi_key=JNZSNHQtdzoEIDdKslu8oV__BEuPiQA8199LiO177BBE=</a> )
21/12/2018	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	 ( <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/K63PkjhQGnRX6MQq6api_key=JNZSNHQtdzoEIDdKslu8oV__BEuPiQA8199LiO177BBE=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/K63PkjhQGnRX6MQq6api_key=JNZSNHQtdzoEIDdKslu8oV__BEuPiQA8199LiO177BBE=</a> )
19/12/2018	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 ( <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/gmDBOYCrq__HRFgrrapi_key=JNZSNHQtdzoEIDdKslu8oV__BEuPiQA8199LiO177BBE=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/gmDBOYCrq__HRFgrrapi_key=JNZSNHQtdzoEIDdKslu8oV__BEuPiQA8199LiO177BBE=</a> )

## Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguero-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

## ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A 

## COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

## PAGUE SEGURO



Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

## ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)



(<https://www.seguradoralider.com.br>)



(<https://www.seguradoralider.com.br/DPVAT/Seguro-DPVAT-oficial/>)

l%C3%ADder-dpvat)

## 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 \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)