
Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190327527

Vítima: MARILENE CAXIAS DE ARAUJO

Data do Acidente: 15/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARILENE CAXIAS DE ARAUJO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190327527

Vítima: MARILENE CAXIAS DE ARAUJO

Data do Acidente: 15/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARILENE CAXIAS DE ARAUJO

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

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

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





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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 022.187.884-03 Nome completo da vítima: MARILENE CAXIAS DE ARAÚJO

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

Nome completo: MARILENE CAXIAS DE ARAÚJO CPF: 022.187.884-03
Profissão: FUNC. PÚBLICA Endereço: RUA MANOEL LOURENÇO FERNANDES Número: S/N Complemento: CASA
Bairro: CENTRO Cidade: CURRAL DE CIMA Estado: PB CEP: 58.291-000
E-mail: EVERALDO-RIBEIRO@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): (83)98821-5152

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

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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRADESCO (237)
AGÊNCIA: 2009 5 CONTA: 0300676 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: Curral de Cima, 26/04/19
Nome: MARILENE CAXIAS DE ARAÚJO
CPF: 022.187.884-03

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Marilene Caxias de Araújo
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1º Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

(*) 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.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradorafider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo: *

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

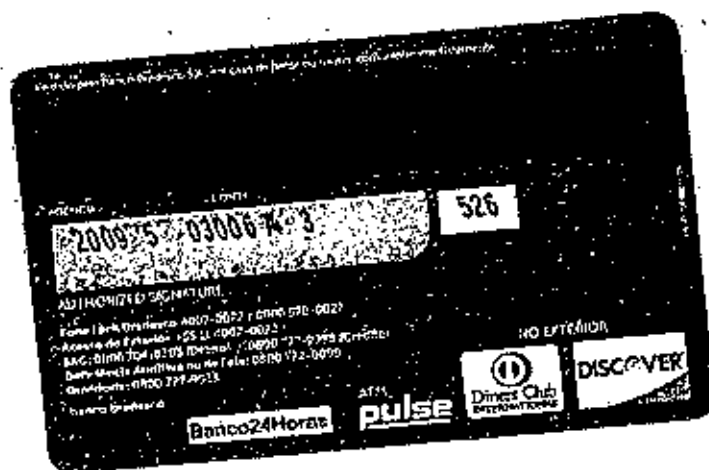
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, * nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 02/2019

Ocorrência nº. 0676/2019

Aos CINCO dias de ABRIL de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **OMAR JOSÉ ALVES RAMOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) Frederico Figueiredo Brito da Silva, aí, por volta 13h:29min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

MARILENE CAXIAS DE ARAÚJO, conhecido por , Identidade nº 1.594.110-SSP/PB, CPF nº 022.187.884-03, nacionalidade brasileiro, estado civil: união estável, profissão: auxiliar de serviços, filho(a) de Antonio Sebastião De Araújo E De Maria Do Carmo Caxias De Araújo, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 16/07/1974 (44 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Manoel Lourenço, nº s/n, bairro: Centro – CURRAL DE CIMA/PB, tendo como ponto de referência: , na cidade de Curral De Cima/PB, fone(s) para contato: (83)99301-2423.

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

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**;
- 2) DATA DO FATO: 15 de setembro de 2018;
- 3) HORÁRIO: 08h:30min;
- 4) LOCAL: Entrada da cidade de JACARAÚ nº , bairro: – JACARAÚ/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - João Pessoa;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? NÃO

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

Veículo marca/modelo: HONDA/CG 150 START, cor: VERMELHA, placa: QFI 1187/PB, ano: 2015, chassi: 9C2KC1670FR501736 em nome de MARILENE CAXIAS DE ARAÚJO

8) BREVE RESUMÓ DO FATO:

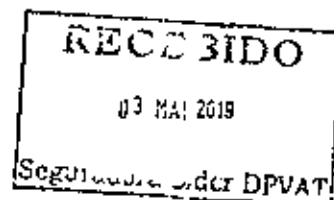
QUE a comunicante estava conduzindo o referido veículo (motocicleta) SEM HABILITAÇÃO no local em referência quando três animais (burros) atravessaram a estrada e sem ter poder de reação acabou por colidir nos mesmos; QUE foi socorrida pelo SAMU da cidade de Jacaraú/PB, encaminhada ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - João Pessoa, vítima de acidente de trânsito; QUE segundo laudo a comunicante teve fratura de extremidade distal de rádio, QUE foi submetida a intervenção cirúrgica; QUE recebeu alta hospitalar no dia 19/09/2018.

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

Marilene Caxias de Araújo

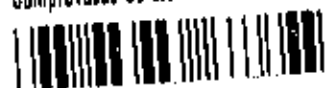
MARILENE CAXIAS DE ARAÚJO
Comunicante

[Assinatura]
Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 156.567-2





Comprovação de ato declaratório



PREFEITURA MUNICIPAL DE JACARAÚ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

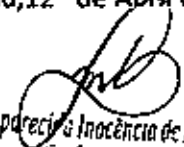
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-192

BASE DESCENTRALIZADA DE JACARAÚ-PB

DECLARAÇÃO

Declaro, que o paciente MARILENE CAXIAS DE ARAUJO, 45 anos; DATA DE NASCIMENTO-16/07/1974; RG-1594110, foi atendido pelo ambulância do SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192, BASE DESCENTRALIZADA DE JACARAÚ (UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO-USB 54); No Município de JACARAÚ; NA PB 071/PB-, no próximo ao Portal de Jacaraú; no dia 16/09/2018, às 08:58 Horas, PROTOCOLO DE ATENDIMENTO: 2134839, MÉDICO REGULADOR: DRa. MARCIA, vítima de acidente automobilístico: MOTO X ANIMAL, CONSCIENTE, SINAIS VITAIS ESTÁVEIS E SUSPEITA DE TCE LEVE; CORTE CONTUSO NA REGIÃO FRONTAL SUSPEITA DE FRATURA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. realizado atendimento PRÉ-HOSPITALAR e removido para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA - HEETSHL em JOÃO PESSOA-PB.

Jacaraú, 12 de Abril de 2019;


Mª Aparecia Inocência de A. Gabínio
Enfermeira
COREN-PB 55583

MARIA APARECIA INOCENCIA E ARAÚJO GABÍNIO-COREN/PB 55583-ENF

(COORDENADORA GERAL DO SAMU-192-USB 54/BASE DESCENTRALIZADA DE JACARAÚ)

BASE DESCENTRALIZADA DE JACARAÚ-PB
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-192
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE JACARAÚ

DECLARAÇÃO

Declaro, que o paciente MARILENE CAXIAS DE ARAUJO, 42 anos; DATA DE NASCIMENTO: 16/07/1974; RG-1284110, foi atendido pelo ambulância do SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192, BASE DESCENTRALIZADA DE JACARAÚ (UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO-USB 24), no Município de JACARAÚ, NA PB 07179B, no próximo ao Portal de Jacaraú, no dia 18/09/2018, às 08:28 Horas, PROTOCOLO DE ATENDIMENTO: 2134839, MÉDICO REGULADOR: DR. MARCIA, vítimas de acidente automobilístico: MOTO X ANIMAL, CONSCIENTE, SINAIS VITAIS ESTÁVEIS E SUSPEITA DE TCE LEVE: CORTE CONTUSO NA REGIÃO FRONTAL SUSPEITA DE FRATURA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, realizado atendimento PRÉ-HOSPITALAR e removido para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA - HETSHL em 10/09/2018 em JACARAÚ-PB.

Jacaraú, 12 de Abril de 2018;

MARIA APARECIA INOCÊNCIO E ARAÚJO GABRIÃO-COREN/PB 22283-ENF
[COORDENADORA GERAL DO SAMU-192-USB 24-BASE DESCENTRALIZADA DE JACARAÚ]



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

MARILENE CAXIAS DE ARAÚJO

CPF da Vítima

022.181.884-03

Data do Acidente

15/09/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Curral de Lima, 26 de Abril de 2019

Local e Data

Marilene Caxias de Araújo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BOLETO PARA PAGAMENTO

Comprovante de residência



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal Conta de energia elétrica - Nº 023.845.872

SA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.018.873-0

DADOS DO CLIENTE

MARILENE CAXIAS DE ARAUJO
RUA MANOEL LOURENCO FERNANDES S/N
CURRAL DE CIMA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/865208-3

REFERÊNCIA

ABR/2019

APRESENTAÇÃO

23/04/2019

CONSUMO

46

VENCIMENTO

30/04/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 47,59

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00180.00008 02624.912008 00793.121178 8 78750000004759

Pagador: MARILENE CAXIAS DE ARAUJO CNPJ/CPF: 022.187.884-03

RUA MANOEL LOURENCO FERNANDES S/N - CENTRO - CURRAL DE CIMA / PB - CEP 00000-000

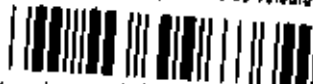
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120000793121	000865208201904	30/04/2019	R\$ 47,59	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3





Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 01 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, MARILENE CAXIAS DE ARAÚJO
RG nº 1594110 - SSP/PB, data de expedição 10/10/90
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 022.187.884-03
com domicílio na cidade de CURRAL DE CIMA, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA MANOEL LOURENÇO FERNANDES, nº S/N
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
MARILENE CAXIAS DE ARAÚJO, cujo o condutor era
MARILENE CAXIAS DE ARAÚJO
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA / CG 150 START Ano: 2015
Placa: QFI 1187/PB Chassi: 9C2KC1670FR501736
Data do Acidente: 15/09/2018

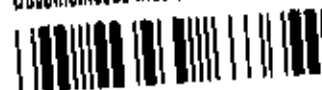
Local e Data: CURRAL DE CIMA, 26 / ABRIL / 2019

Marilene Caxias de Araújo
Assinatura do Declarante

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



Documentação médica - hospitalar



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE MARILENE CAXIAS DE ARAUJO
DATA DE NASCIMENTO 16/07/94
NOME DA MÃE MARIA DO CARMO CAXIAS DE ARAUJO

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 111097
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1108615
DATA DO ATENDIMENTO 15/09/18
HORA DO ATENDIMENTO 10:46
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO ESQUERDO
CID 10 S52.5

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, APRESENTANDO DOR E CONTUSÃO NA FACE, E ANTEBRAÇO ESQUERDO. PRESENÇA DE FERIMENTO NO SUPERCILIO DIREITO E MARGEM INFRAORBITAL DIR. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA, NEUROCIRURGIA, BMF E OFTALMOLOGISTA.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC DE CRANIO, TC DE FACE, TC DE COLUNA CERVICAL,
RX DE OMBRO, BRAÇO E ANTEBRAÇO ESQ. RX DE TORAX
ECG, FAST

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX ANTEBRAÇO ESQ. - FRATURA DE EXTREMIDADE DISTAL DE RADIO

TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DE RADIO DISTAL ESQUERDO. SUTURA DE FERIMENTO

ALTA HOSPITALAR: 19/09/18
DATA DA EMISSÃO: 04/12/18

Dr. Elivaldo Sales de Tolêdo
Médico do Trabalho
Reg. Méd. 10.860 CRM-PB 28.412

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLÉDO
CRM: 1873/PB



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	MARILENE CAXIAS DE ARAUJO
DATA DE NASCIMENTO	16/07/94
NOME DA MÃE	MARIA DO CARMO CAXIAS DE ARAUJO

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º	111097
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1108615
DATA DO ATENDIMENTO	15/09/18
HORA DO ATENDIMENTO	10:46
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO ESQUERDO
CID 10	S52.5

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, APRESENTANDO DOR E CONTUSÃO NA FACE, E ANTEBRAÇO ESQUERDO. PRESENÇA DE FERIMENTO NO SUPERCILIO DIREITO E MARGEM INFRAORBITAL DIR. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA, NEUROCIRURGIA, BMF E OFTALMOLOGISTA.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC DE CRANIO, TC DE FACE, TC DE COLUNA CERVICAL,
RX DE OMBRO, BRAÇO E ANTEBRAÇO ESQ. RX DE TORAX
ECG, FAST

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX ANTEBRAÇO ESQ. - FRATURA DE EXTREMIDADE DISTAL DE RADIO

TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DE RADIO DISTAL ESQUERDO. SUTURA DE FERIMENTO

ALTA HOSPITALAR:	19/09/18
DATA DA EMISSÃO:	04/12/18

Dr. Elivaldo Sales de Toledo
Médico do Trabalho
Reg. Mto. 2175
Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 1872/PB

AV. ORESTES LISBOA, 67 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1108615

Identificação do paciente

ID 1326407	Nome MARILENE CAXIAS DE ARAUJO	Sexo Feminino
Data de nascimento 16/07/1974	Idade 44 anos 1 mes 30 dias	Estado civil Religião Prontuário
Mãe MARIA DO CARMO CAXIAS DE ARAUJO	Pai ANTONIO SEBASTIAO DE ARAUJO	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) FAGNER FERNANDES DE OLIVEIRA - FILHO(A)	
DDD Móvel 63	Fone Móvel 900000000	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1584110	Nº Cns 700004822786007
Local de procedência JACARAÚ	Tipo MUNICÍPIO	UF PB
Email	Naturalidade MAMANGUAPE	CBOR

Endereço

CEP 58291000	Município de residência CURRAL DE CIMA	UF PB	Logradouro MANOEL LOURENÇO
Número SW	Complemento	Bairro CENTRO	

Admissão

Data e Hora 16/09/2018 10:46:06	Número da pulseira 100006281525	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detector do acidente MOTO X ANIMAL

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA x mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Rato X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrassonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	---------------------

Dados clínicos

<i>Por sinais vitais dentro de normalidade</i> <i>Sinais vitais dentro de normalidade</i> <i>Uso de oxigênio 2L por minuto</i>		<i>sem alteração</i> <i>(alteração - não tem)</i> <i>(alteração - não tem)</i>
Oleografia	CID	
Atendido por KELLY DE SOUZA BARBOSA	Tempo 02min 04seg	

Imprimir

Documento de Alta

Nome: MARILENE CAXIAS DE ARAUJO			Número Prontuário: 111097
Data de: 16/07/1974	Sexo: Feminino	Data de Internação: 15/09/2018 20:01:40	Data de Alta: 19/09/2018 05:56:51
Motivo da alta: ALTA MÉDICA			
Conduta: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO			
Resumo da Internação: EVOLUI BEM NO PÓS OP, COM FO LIMPA, RECEBENDO ALTA MÉDICA EM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICA.			
Resultado de Exames: OK			
Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO			
Diagnóstico: S52.5 - Fratura da extremidade distal do rádio			
Recomendações: PACIENTE OPERADO PELO DR TEÓFILO. MARCAR RETORNO COM UMA SEMANA NO HTOP			

Data: 19/09/2018

Dr. Heuder Romero Liberalino da Nobrega
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 5050 - PB

HEUDER ROMERO LIBERALINO
DA NOBREGA
CRM: 5050 - PB



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012153131970
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM 01056404997 00700000090 2015

MARILENE CAXIAS DE ARAUJO

02218788403

0F1127/PB

PAS/MOTOCICLETA/NOB-FAISB ALCO/GASOL

HONDA/CG150 START

2015 2015

2 BY149 /CI

PARTIC

VERMELHA

IPVA PAGO EM 17/07/2015

1º

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO/COTAS

2º

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IP (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

17/07/2015

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

CURRAL DE CIMA PB

14311

20/07/2015

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA/PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAU-SEGURO DPVAT

PB Nº 012153131970 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvatsegurodetransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 02218788403 0F1127/PB

RENAVAM 01056404997 HONDA/CG150 START

ANO FAB 2015 CALHAR 9 Nº CHASSI 9C2KCL670FR501736

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) ***** DENATRAM (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** ID (R\$) ***** TOTAL A SER PAG. O SEGURO (R\$) *****

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO 17/07/2015

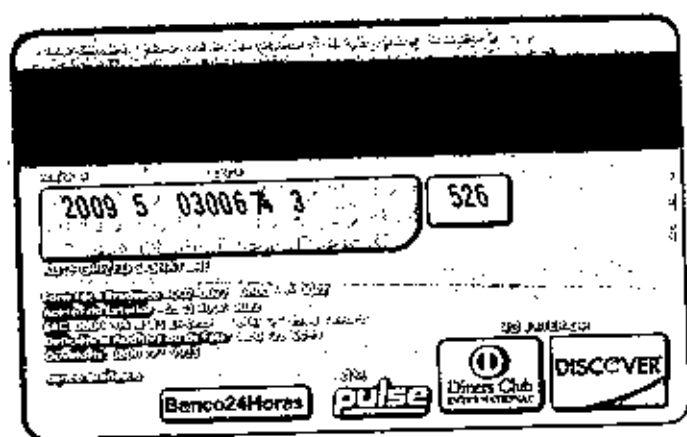
SEGURO LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

7063755-1222334-20150720

14311



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0164629/19

Vítima: MARILENE CAXIAS DE ARAUJO

CPF: 022.187.884-03

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/09/2018

Titular do CPF: MARILENE CAXIAS DE ARAUJO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARILENE CAXIAS DE ARAUJO : 022.187.884-03

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/05/2019
Nome: MARILENE CAXIAS DE ARAUJO
CPF: 022.187.884-03

MARILENE CAXIAS DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/05/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

À

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT.

TEL: (21) 3861-4600 . www.seguradoralider.com.br

Endereço: Rua Senador Dantas, nº 74, 15º Andar

Centro - Rio de Janeiro / RJ.

CEP: 20031-205.



SEDEX

Remetente: Marilene Caxias de Araújo.

Endereço: Rua Manoel Laurenceo Fernandes,
S/N, Casa, Centro, Curral de Lima / PB

CEP: 58291-000.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0164629/19

Número do Sinistro: 3190327527

Vítima: MARILENE CAXIAS DE ARAUJO

CPF: 022.187.884-03

Data do acidente: 15/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARILENE CAXIAS DE ARAUJO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

MARILENE CAXIAS DE ARAUJO : 022.187.884-03

Autorização de pagamento

Outros



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do Interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/06/2019
Nome: MARILENE CAXIAS DE ARAUJO
CPF: 022.187.884-03

MARILENE CAXIAS DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/06/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0164629/19

Vítima: MARILENE CAXIAS DE ARAUJO

CPF: 022.187.884-03

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/09/2018

Titular do CPF: MARILENE CAXIAS DE ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARILENE CAXIAS DE ARAUJO : 022.187.884-03

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/05/2019
Nome: MARILENE CAXIAS DE ARAUJO
CPF: 022.187.884-03

MARILENE CAXIAS DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/05/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0164629/19

Número do Sinistro: 3190327527

Vítima: MARILENE CAXIAS DE ARAUJO

CPF: 022.187.884-03

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARILENE CAXIAS DE ARAUJO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

MARILENE CAXIAS DE ARAUJO : 022.187.884-03

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/06/2019
Nome: MARILENE CAXIAS DE ARAUJO
CPF: 022.187.884-03

MARILENE CAXIAS DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/06/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO