

Rio de Janeiro, 16 de Junho de 2015

Carta nº: 7170356

A/C: ROBERTO PEREIRA DE OLIVEIRA

Sinistro: 3150485027
Vitima: ROBERTO PEREIRA DE OLIVEIRA
Data Acidente: 29/06/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **02/06/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **29/06/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2015

Carta nº: 7720536

A/C: ROBERTO PEREIRA DE OLIVEIRA

Sinistro: 3150485027
Vítima: ROBERTO PEREIRA DE OLIVEIRA
Data Acidente: 29/06/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2015

Carta nº: 8026689

A/C: ROBERTO PEREIRA DE OLIVEIRA

Sinistro: 3150485027
Vítima: ROBERTO PEREIRA DE OLIVEIRA
Data Acidente: 29/06/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ROBERTO PEREIRA DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000002275-6

Conta: 000010016794-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3150485027 - 2**
Nome do(a) Examinado(a): **ROBERTO PEREIRA DE OLIVEIRA**
Endereço do(a) Examinado(a): **R. EVERALDO PEREIRA SILVA nº 86 - CENTRO - MARI/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 628131 - SSP**
Data local do exame: **01/10/2015 JOAO PESSOA/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATAMENTO CIR- OSTEOSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS, COM ALTA MEDICA

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

ACENTUADA LIMITACAO DA ELEVACAO, ROTACAO E ABDUCAO DO OMBRO ESQUERDO. HIPOTROFIA DO BRACO ESQUERDO

IV. Segundo o previsto no inciso II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)

☐ Vítima em tratamento ☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

OMBRO ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - JOAO PESSOA, 01/10/2015

Médico Perito: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM: 52.25889-0

Dra. Dores M. B. C. Mendes
Médica Perita
CRM-RJ 52 25889-0
Cadastro Nacional

Dores Mendes

Assinatura do perito Examinador - CRM

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/10/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROBERTO PEREIRA DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02275-6

CONTA: 000010016794-2

Nr. da Autenticação EC4AB29D14CE23C8

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150485027 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROBERTO PEREIRA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 29/06/2014 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: ACENTUADA LIMITACAO DA ELEVACAO, ROTACAO E ABDUCAO DO OMBRO ESQUERDO. HIPOTROFIA DO BRACO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIR- OSTEOSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS, COM ALTA MEDICA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/10/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES

CRM do médico: 52258890

UF do CRM do médico: RJ

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

CRM do médico: 52.66379-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



REMARCAÇÃO DE PERÍCIA

EU, ROBERTO PEREIRA DE OLIVEIRA
Brasileiro (a), _____, Inscrito no CPF sob o nº 374.249.044-34
Portador do RG 6.28131 SSP/PB, Residente e Domiciliado (a)
RUA EVERALDO PEREIRA DA SILVA
nº 86 no Bairro BAIXA VERDE na Cidade
MARI Estado PARAIBA CEP _____, FONE
(83) 88370637 (83) 33422704. Solicito que seja remarcada a
perícia DPVAT, pois na data em que foi marcada a perícia estava VIAJANDO A TRABALHO e
dessa forma estando impossibilitado de comparecê-la.

_____, (), _____ DE _____, DE 2015

Roberto Pereira de Oliveira

BOLETO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta original.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. Nº 001.075.875

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 236, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-400
CNPJ 09.905.183 / 0001-40 Insc. Est. 15.915.823-0

DADOS DO CLIENTE

ROBERTO PEREIRA DE OLIVEIRA
RUA EVERALDO PEREIRA DA SILVA 86 CPREDE
MARI

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/574421-4

REFERÊNCIA

AGO/2015

APRESENTAÇÃO

25/08/2015

VENCIMENTO

02/09/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 63,61

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

ROBERTO PEREIRA DE OLIVEIRA

Roteiro: 15-052-380-0840

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 25/08/2015

VENCIMENTO

02/09/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 63,61

MATRÍCULA

574421-2015- 08-3

Rio de Janeiro, 02 de Junho de 2015

Carta nº: 7066235

A/C: ROBERTO PEREIRA DE OLIVEIRA

Sinistro: 3150485027
Vitima: ROBERTO PEREIRA DE OLIVEIRA
Data Acidente: 29/06/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0771704

SIS68 - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
24/07/2014 - Autoatendimento - 13:59:03
227571885 0447

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM POUPANCA - DINHEIRO

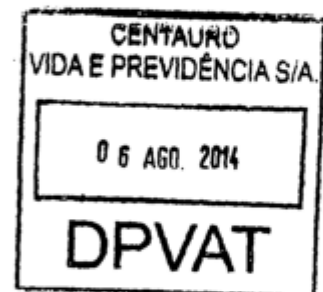
FAVORECIDO
CLIENTE ROBERTO PEREIRA OLIVEIRA
AGENCIA: 0275-6 CONTA: 16.794-0
VARIACAO 51
VALOR TOTAL * 2.843.526.399
NR. ENVELOPE

* Valor sujeito a conferencia.

DECLARO-ME CIENTE E DE ACORDO QUE OS
CREDITOS EM POUPANCA EFETUADOS A PARTIR
DE 04/05/2012 ESTAO DISCIPLINADOS
PELA MEDIDA PROVISORIA 567/2012.

GUARDE ESTE COMPROVANTE ATÉ A OPERAÇÃO
SER PROCESSADA.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DA CAPITAL
Praça Firmino da Silveira, S/N, Varadouro - CEP. 58.010-170 - Fone (83) 3191.1234



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 1815/2014

Aos vinte e um dias do mês de julho do ano de dois mil e catorze, nesta cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, na Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Fernando Barbosa de Carvalho, comigo escrivão de seu cargo, ao final assinado, aí por volta das 14:45h, compareceu o (a) Senhor (a): **ROBERTO PEREIRA DE OLIVEIRA**, brasileiro, natural de Mari/PB, solteiro, com 56 anos de idade, Agricultor, Alfabetizado, filho de João Pereira de Oliveira e de Adília Ana de Oliveira, RG. 628.131-SSP/PB, residente na Rua Arquiteto Hermenegildo Di Lascio, nº 294, aptº 104, Tambauzinho, nesta capital, o (a) qual notificou o seguinte: QUE, no dia 29/06/14, por volta das 18:10h, quando conduzia a motocicleta de marca HONDA/CG 150 FAN ESI, cor vermelha, ano 2010, de placa MOW-2334/PB, chassi nº 9C2KC1550AR086037, registrada em nome de Cristiano Pereira de Oliveira, pela Rua Arquiteto Hermenegildo Di Lascio, Bairro de Tambauzinho, nesta cidade de João Pessoa/PB, após perder o controle de direção caiu ao solo, tendo o notificante sofrido fratura da clavícula esquerda, segundo atestou o DR. Thales W. S. Maia, Médico ortopedista, CRM 6590, através de receituário datado de 21/07/14. Por este motivo notificou o fato. O referido é verdade, dou fé.

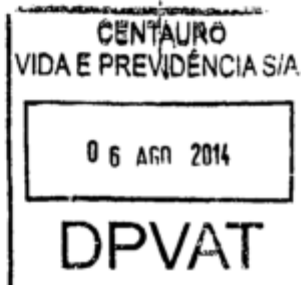
João Pessoa (PB), 21 de julho de 2014.

Roberto Pereira de Oliveira

Notificante

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 135.632-3

Escrivão





Hospital Samaritano

Problema comum de idosos
Provém de próstata.
Tido o diagnóstico por
proctum de abscesso Es-
perado, em não ter se li-
berado por Atividade de
lobozinhos.

Dr. Thales W. S. Maia
Ortopedia-Traumatologia
CRM-PB 6598/TECV 10543

09.02.15

Ressonância Magnética - Tomografia - Hemodinâmica - Ultrassonografia

Endoscopia - Laboratório de Análises Clínicas - Radiologia - Videolaparoscopia

Av. Santa Júlia, 35 - Torre - João Pessoa - Pb

Fone: (83) 3048-2100

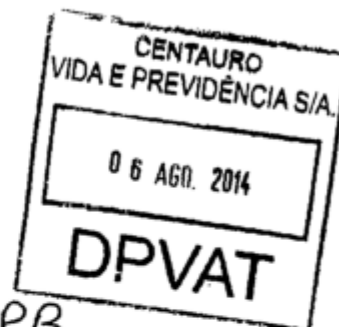


DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Roberto Pereira de Oliveira
RG nº 628.331, data de expedição 1/1, Órgão SSP-PB
CPF nº 374.249.044-34, venho perante a este instrumento declara que
não possui comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no
endereço abaixo descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua Arquiteto Hermenegildo Desloches
Número	104
Apto/ Complemento	Casa
Bairro	Tambeauzinho
Cidade	João Pessoa
Estado	PB
CEP	58.042.140
Telefone de Contato	(83) 3342-2704
e-mail	Balbinocp@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.



Local e Data: João Pessoa - PB

Assinatura do Declarante: Roberto Pereira de Oliveira

ZELIA ADILIA DE OLIVEIRA
RUA ARQUITETO HERMENEGILDO DILAS-CIO, 294 / AP 134 - TAMBAUZEIRO
JOAO PESSOA / PB CEP: 58042-140 (AG 1)

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 25 - Cmto Redentor - Joao Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09 095 183 / 0001-40 - Insc. Est. 15 015 823-0

Class/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 5 - 8 - 802 - 8480 Referência: Jun / 2014
Nº medidor: 00000231882 Emissão: 10/06/2014

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº000.304.116
Código para Débito Automático: 00000371480

De3E dda1 4B14 e6ac.997c 405c 941d 8c04

5/37145-0

Jun / 2014

- O início do sistema de bandeiras tarifárias foi adiado para o ano de 2015. A bandeira verde não implicará cobrança adicional. As bandeiras amarela ou vermelha, quando acionadas, implicarão tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. No mês de JUNHO vigora a BANDEIRA VERMELHA, a qual implicaria R\$14,00 de acréscimo ao valor da tarifa, líquido de tributos. Mais informações em www.aneel.gov.br.

10/06/2014

11/07/2014

56887148404

FATURAS VENCIDAS ATÉ

O DIA 05/08/2014 PAGAS
OBRIGADO!

Data	Leitura	Data	Leitura			
12/05/14	36052	10/08/14	35184	1	132	29

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	132	0,30445	40,18

IMPOSTOS E ENCARGOS

PIS	0,55
COFINS	2,54
CONTRIB SERV LUM PÚBLICA	2,20
ICMS (Base de Cálculo R\$ 58,27 (Alíquota 27,00%))	15,00

Maio/14	152
Abril/14	132
Março/14	126
Fev/14	137
Jan/14	138
Dez/13	129
Nov/13	118
Out/13	105
Set/13	118
Ago/13	129
Jul/13	153
Jun/13	127

Média dos últimos meses
130 kWh

17/06/2014

R\$ 61,47

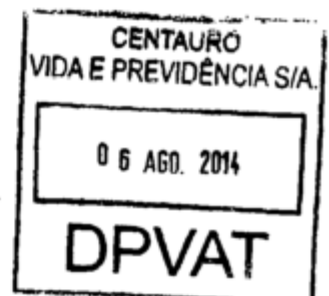
4/2014 - Tamboré

DIC MENSAL	5,80
DIC TRIMESTRAL	11,10
DIC ANUAL	22,21
FIC MENSAL	3,40
FIC TRIMESTRAL	8,85
FIC ANUAL	13,70
DMC	3,20
DICRI	12,22

0,00	NOMINAL	220
0,00	CONTRATADA	201
0,00	LIMITE INFERIOR	231
0,00	LIMITE SUPERIOR	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	19,89	32,1
Compra de Energia	16,80	27,1
Serviço de Transmissão	1,20	1,9
Encargos Setoriais	2,39	3,9
Impostos Diretos e Encargos	21,29	34,1
Outros Serviços	0,00	0,1
Total	61,47	100,1

Valor do encargo do Uso do Sistema de Distribuição
(Ref. 4/2014) R\$ 25,00





Hospital Samaritano

=====ATENDIMENTO DE URGÊNCIA=====

Paciente...:ROBERTO PEREIRA DE OLIVEIRA Registro...:2953238
Endereço...:EVERALDO PEREIRA DA SILVA,86 POSTO NOVO MARI-PB
Data Nasc.:13/03/1958 Idade:56 anos Sexo:Masculino CEP.:58345000
Identidade:628131 Telefone:99792722
Convenio...:044 UNIMED JP/APTO C.P.F:374.249.044-34
Responsavel:ROBERTO PEREIRA DE OLIVEIRA Matrícula:0333800432837002
Medico.....:7967 ARAO SANTOS DE ALENCAR Guia.:13018903
Recepcao...:RAFAELLA SILVA C.I.D.....:

Data Entrada: 29/06/2014 17:01

+QUEIXA PRINCIPAL E EXAME SUMARIO-

*Doença da mão e pé 14 dias depois de um chute
Neuromuscular x o pé*

+DIAGNOSTICO-

Fr. Clavícula

+PRESCRICAO MEDICA-

+HORARIO-

+EVOLUCAO PACIENTE-

12 x 4 fts clavula

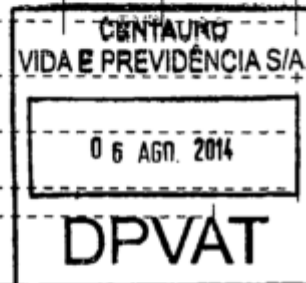
Intensar pl tto cirurgia

MEDICACAO E/OU MATERIAIS USADOS (QUANDO NAO INCLUIDOS NO PRECO DO SERVICO)

DESCRICAO	UNID	QUAN	DESCRICAO	UNID	QUAN

+Alta Medica

fu



+Alta () Obito () Internacao () Transferencia () Melhorada

Medico:

Hora da Alta:

*Arao S. de Alencar
Médico
Ortopedia e Traumatologia
3377357*

RADIOLOGIA GERAL
EXAME: *CLAVICULA E*
DATA: *29/06/14*
CONVÊNIO: *UNIMED*
TÉCNICO: *T. S. P. N. 10*

DATA: 02/07/14
 HOSPITAL: SAMARITANO

PACIENTE: ROBERTO FERREIRA DE OLIVEIRA
 CATEGORIA: UNIMED

SEX: M
 IDADE: 59
 REGISTRO:

PRESSÃO ARTERIAL:
 ESTADO GERAL: BOM ☒ REGULAR ☐ MAU ☐ PÉSSIMO ☐

PULSO:
 RISCO CIRÚRGICO: BOM ☒ REGULAR ☐ MAU ☐ PÉSSIMO ☐

RESPIRAÇÃO:
 EXAMES COMPLEMENTARES:

TEMPERATURA:
 GRUPO SANGÜÍNEO:

PESO:

AP. RESPIRATÓRIO:
 AP. DIGESTIVO:
 PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA:

ESTADO MENTAL: lúcido
 DIAGNÓSTICO PRE-ANESTÉSICO:

Z.S. CIRCULATÓRIO: HAS
 DROGAS EM USO: Anti-Hiperten
 ESTADO FINCO (ASA): 1 2 3 4 5 E

VÍDEO REALIZADO: 10 min
 CIRURGIÃO: Thales Maia
 INÍCIO DA ANESTESIA: 19:22

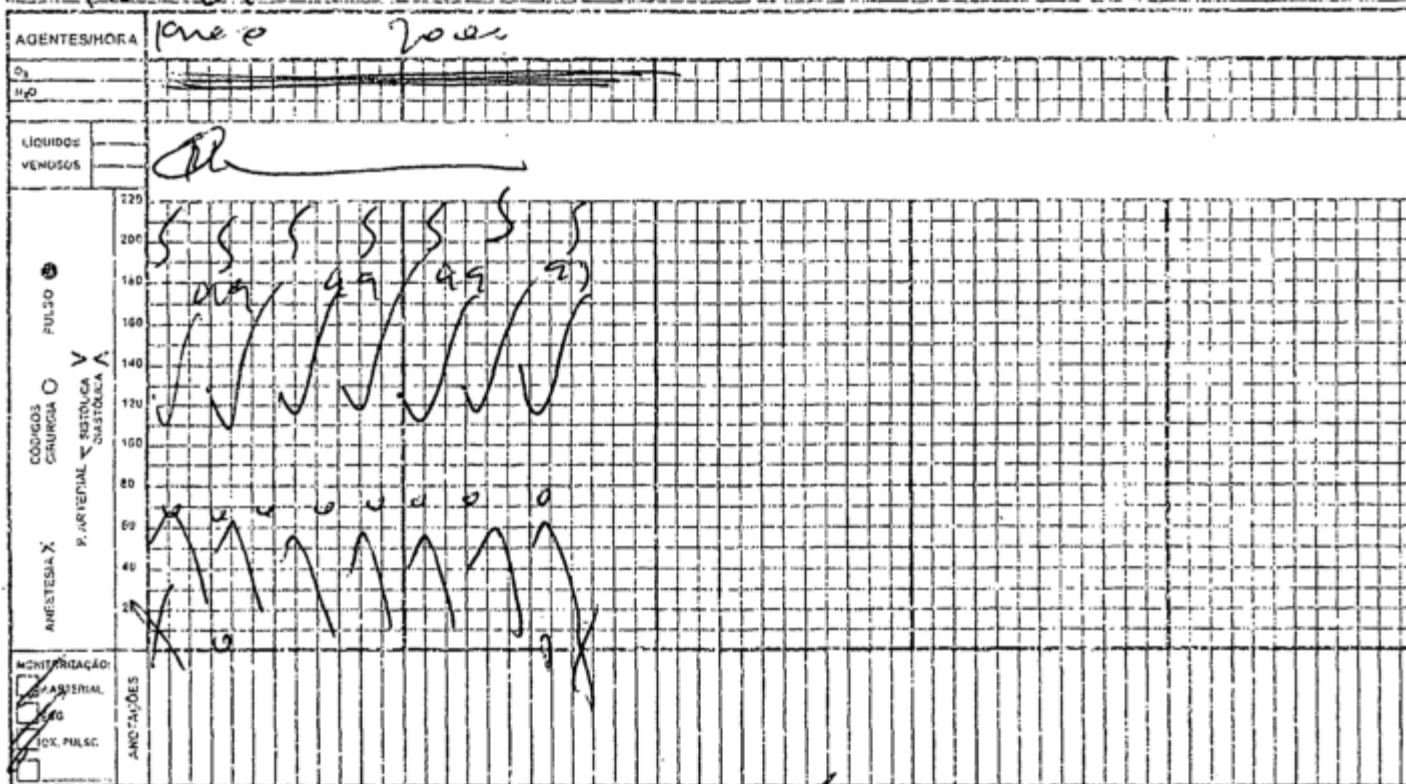
AUXILIAR(ES): Karlmei
 TÉRMINO DA ANESTESIA: 20:30
 QUANT. DE CH:

+ RESSECAÇÃO DE CLAVÍCULA + ANTINOTICIA
 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 130
 VALCH 43:

ANESTESISTA: Humberto Pires

CPF: 000 82766410

CRM-Pa: 5811



ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☒ BLOQ. NERVOS ☐

TÉCNICA: Bloq. nervoso interescalâmico

LÍQUIDOS	Volume em ml:
GLICOSE	
NaCl	
SANGUE	
PRIMER	<u>1500</u>
TOTAL	<u>1000</u>
DESTINO DO PACIENTE:	
APR ☐ ENFERM. ☐	
UTI ☐ RESIDÊNCIA ☐	
OUTRO	<u>UNIC</u>

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO:		
1	<u>Novabum 4 VC - 02</u>	11
2	<u>Urethane 02</u>	12
3	<u>Bexina 400 - 01</u>	13
4	<u>Diprimer 02</u>	14
5	<u>Fentanyl 02</u>	15
6	<u>Propofol 01</u>	16
7	<u>Rapifen 01</u>	17
8		18
9		19
10		20

06 AGO. 2014
DPVAT

Dr. Humberto Pires Jerônimo
 Anestesiologista
 CRM 5811

REGISTRO: 2953291
 NOME: ROBERTO PEREIRA DE OLIVEIRA
 IDADE: 56 ANOS
 CONVENIO: UNIMED JP / ENF
 MEDICO: DR. ARAO SANTOS DE ALENCA
 LEITO: 35
 DATA: 29/06/2014. 967
 Edy



Hospital Samaritano

IDENTIFICAÇÃO DE CAIXAS DE CIRURGIA

Paciente: Roberto Ferreira de Oliveira

Atendimento: _____

Convênio: Unimed

Cirurgia: Fratura de clavícula

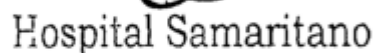
Cirurgião: DR = Thales

Sala: 03 Data: 02/07/14

Circulante de sala (não rubricar): 719091

01.07.14 01 Data do Processo Data de Validade 01.07.14 03 No. do Equipamento No. do Cidr No. do Operador BROWNE	01.07.14 01 Data do Processo Data de Validade 01.07.14 03 No. do Equipamento No. do Cidr No. do Operador BROWNE	25.06.14 03 Data do Processo Data de Validade 25.07.14 05 No. do Equipamento No. do Cidr No. do Operador BROWNE	

CENTAURO
 VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.
 06 ABR. 2014
DPVAT



ROBERTO PEREIRA DE OLIVEIRA

CONVÊNIO: UNIMED DATA: 02/07/2014

RELATÓRIO CIRÚRGICO

CIRURGIÃO: DR. THALES MAIA 1º AUXILIAR: DR. KARTNEY 2º AUXILIAR:

ANESTESISTA: DR HUMBERTO PIRES

INSTRUMENTADOR:

HORA INICIAL: 29:00

HORA FINAL: 20:30

DIAGNÓSTICO: FRATURA CLAVÍCULA ESQUERDA

CIRURGIA : TRATAMENTO CCIRURGICO DE FRATURA AO NIVEL DO OMBRO +
RESSECCÃO TERÇO DISTAL CLAVICULA + ARTROTOMIA

TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEIO DE PLEXO

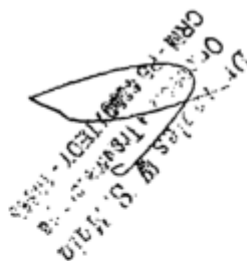
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO

INTERCORRÊNCIAS CIRÚRGICAS: NÃO HOUVE

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL;
- ASSEPSIA + ANTISSEPSIA;
- APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
- INCISÃO ARCIFORME SOBRE A CLAVÍCULA + DISSECÇÃO POR PLANOS;
- REALIZADA IDENTIFICAÇÃO DO HEMATOMA FRATURÁRIO;
- REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO COM PLACA BLOQUEIO + 08 PARAFUSOS
- LAVAGEM COM SF 0,9% + HEMOSTASIA;
- SUTURA POR PLANOS;
- CURATIVO ESTÉRIL.

DR. THALES MAIA
CRM6590



CENTAURO
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

06 AGO. 2014

DPVAT



Hospital Samaritano

Notificação de OPME

Nome: Roberto Pereira de Oliveira

Convênio: Unimed

Data: 02/07/14

Cirurgia realizada: Frot. clavícula

Fornecedor: Art. Cirúrgica

Equipe médica:

- Cirurgião: Roberto
- 1º Auxiliar: Vatney
- 2º Auxiliar: _____
- Anestesista: Humberto Pires
- Instrumentador: Saulo
- Circulante: João

Quantidade	Material
<u>102</u>	<u>Placa C108 furos "E"</u>
<u>102</u>	<u>Paraf. cod. m: 32</u>
<u>102</u>	<u>" " m: 14</u>
<u>102</u>	<u>" " m: 16</u>
<u>102</u>	<u>Paraf. bloq. m: 32</u>
<u>102</u>	<u>m: 14</u>
<u>102</u>	<u>m: 16</u>
<u>102</u>	<u>m: 18</u>

CENTAURO
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

06 AGO 2014

DPVAT

Preenchido por: _____

Renata Vasconcelos
COORDENADORA
CORRIGIDA 200900

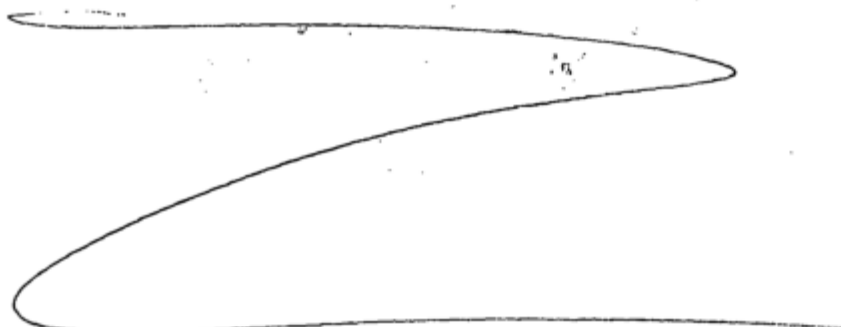
Data: 02/07/14

Receituário

Para: ROBERTO PEREIRA DE OLIVEIRA

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE
AUTOMOBILISTICO (QUEDA DE MOTO), SOFREU EM
VIRTUDE DISSO, FRATURA CIOMINUTIVA DA CLAVÍCULA
ESQUERDA, FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO,
ENCONTRA-SE COM LIMITAÇÃO DE ADM DO OMBRO E
MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA
FORÇA, E TAMBEM INCAPACITA PARA ATIVIDADES COM
MEMBRO AFETADO.

CID: 42.0



Dr. Thales W. S. Maia
Ortopedia - Cirurgia
de Ombro e Cotovelo
CRM - PB 6590 / TFC 10843

JOAO PESSOA, 21/07/2014

THALES MAIA
Medico ortopedista
CRM - 6590

CENTAURO
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.

06 AGO. 2014

DPVAT

Av. Mato Grosso, 183 - 2º andar - sala 305 - B. Dos Estados: Fones(83) 2107-2226 / 2107-2227



SERVIÇO REGISTRAL VIEIRA DE MELLO
Segundo Registro Civil das Pessoas Naturais da Comarca de João Pessoa - PB
Av. Presidente Epitácio Pessoa, 1133, 1º andar - João Pessoa - PB (051) 3042-0044

Oficial: Thales W. S. Maia de Mello Substituto: André Carlos Pires Vieira de Mello

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido, conforme Art. 366 - II do CPC

João Pessoa, 21.07.2014





0006

Imat 0006

Hospital Samaritano

=====ATENDIMENTO DE URGÊNCIA=====

Paciente...:ROBERTO PEREIRA DE OLIVEIRA Registro...:2953238
Endereço...:EVERALDO PEREIRA DA SILVA,86 POSTO NOVO MARI-PB
Data Nasc...:13/03/1958 Idade:56 anos Sexo:Masculino CEP.:58345000
Identidade:628131 Telefone:99792722
Convenio...:044 UNIMED JP/APTO C.P.F:374.249.044-34
Responsavel:ROBERTO PEREIRA DE OLIVEIRA Matricula:0333800432837002
Medico.....:7967 ARAO SANTOS DE ALENCAR Guia.:13018903
Recepcao...:RAFAELLA SILVA C.I.D.....:

Data Entrada: 29/06/2014 17:01

+QUEIXA PRINCIPAL E EXAME SUMARIO-
*Doença da mão e pé 11 dias de evolução com dor e
Neuropatia x o pé.*

+DIAGNOSTICO-
Enf. Celular

+PRESCRICAO MEDICA-	+HORARIO-	+EVOLUCAO PACIENTE-
<i>12 x 150 clonazepam</i>		<i>Internar p/ 1to cirurgia</i>

MEDICACAO E/OU MATERIAIS USADOS (QUANDO NAO INCLUIDOS NO PRECO DO SERVICO)					
+DESCRICAO-	UNID-	-QUAN-	+DESCRICAO-	UNID-	-QUAN-

+Alta Medica - *fu*

+Alta () Obito () Internacao () Transferencia () Melhorada

Medico: _____ Hora da Alta: _____

Arao S. de Alencar
Médico
Ortopedia e Traumatologia
7967

CENTAURO
VIDA E PREVIDENCIA S/A
06 AGO. 2014
DPVAT

RADIOLOGIA GERAL
EXAME: *CLAVICULA E*
DATA: *29/06/14*
CONVÊNIO: *UNIMED*
TÉCNICO: *LEONILIO*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ROBERTO FERREIRA DE OLIVEIRA

DOCUMENTO / CATEGORIA DE
628131 SEP PB

CPF 374.249.044-34 DATA NASCIMENTO 13/03/1958

RENÇÃO
JOAO FERREIRA DE OLIVEIRA
ADILLA ANA DE OLIVEIRA

PERMISSÃO ACC CATEGORIA 1

Nº RENÇÃO 00383735870 VALIDADE 08/02/2015 1ª EMISSÃO 21/05/1983

Observações

Roberto Ferreira de Oliveira
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL SAPE, PB DATA EMISSÃO 19/02/2010

Yvo Siqueira Rêgo
ASSINATURA DO CHEFE

48923168566
PB019373198

DETRAN - PB (PARANÁ)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
255528790

PROIBIDO PLASTIFICAR
255528790

CENTAURUS
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.

28 AGO. 2014

DPVAT

20/06/2014

Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 635584

Na forma do disposto, na resolução Nº 01/75 do Conselho de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo		Placa MOW-2334/PB		
Nome da Vítima ROBERTO PEREIRA DE OLIVEIRA		Natureza 2 - INVALIDEZ		
Tipo Sinistrado 3 - Motorista	Data Nascimento 13/03/1958	Tipo de CPF 0 - Possui CPF	CPF da Vítima 374.249.044-34	Data Ocorrência 29/06/2014

Em cumprimento ao item 10 da resolução Nº 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos:

() Certidão Nº 1815/2014 da autoridade policial sobre a ocorrência;

() DUT Nº _____ () _____ () _____

() RG e CPF do Sinistrado () _____ () _____

() RG e CPF do(s) Beneficiário(s) () _____ () _____

Beneficiários

Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
ROBERTO PEREIRA DE OLIVEIRA	Vítima	VITIMA	13/03/1958	58042-140	374.249.044-34

Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso do Sinistro, com todos os documentos assinalados com (X).
Observações: _____

Nota.: Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2(duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

Local do Aviso _____

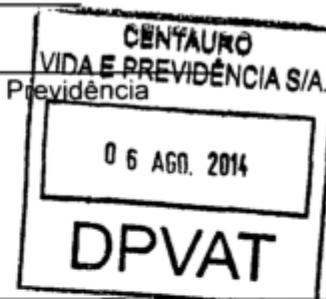
Data ____/____/____

Local da Entrega _____

Data ____/____/____

Beneficiário _____

Centauro Vida e Previdência



Atenção:

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PB Nº 011349169883
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 1 CDB RENAVAM 0020669300-1 00/00000000 EXERCÍCIO 2014

CRISTIANO FERREIRA DE OLIVEIRA

5758564434

MOW2334/PB

PLACA ANTI-UR NOVO PB 9C2KC1550AR086037

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB 2010 ANO MOD 2010

CAP / POT / CIL 2 P/149 /CI

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA IPVA PAGO EM 06/01/2014

VENÇ. COTA ÚNICA 1º

FAIXA IPVA *****

PARCELAMENTO / COTAS 0

2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ***** IOF (R\$) SEGURO P A G O 06/01/2014

A.F. AYMORE CRED FINANÇ E INVEST SA

MARI-PB

LOCAL

DATA 06/01/2014

40649



7455

CONTR

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 011349169883 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2014 DATA EMISSÃO 06/01/2014

VIA 1 CPF / CNPJ 5758564434 PLACA MOW2334/PB

RENAVAM 00206693001 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB 2010 CAT. TARE 9 Nº CHASSI 9C2KC1550AR086037

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) ***** DENATRAM (R\$) *****

COTA ÚNICA BILHETE (R\$) SEGURO P A G O 06/01/2014

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

7455-1626225-20140106

AGO 2013

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

♦ O SEGURO DPVAT COBRE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO.

♦ ESTÃO COBERTOS TODOS OS CIDADÃOS, EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL, SEJAM SLES MOTORISTAS, PASSAGEIROS OU PEDESTRES.

♦ SÃO OPEREÇÕES TRÊS TIPOS DE COBERTURA: MORTE, INVALIDEZ PERMANENTE E REEMBOLSO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES (DAMS).

♦ SE VOCÊ FOR VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO OU BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO, REUNIR A DOCUMENTAÇÃO ABaixo INDICADA E SOLICITAR A INDENIZAÇÃO EM UM DOS PONTOS DE ATENDIMENTO AUTORIZADOS CONSUETOS EM www.dpvatsegurodotransito.com.br, SE TIVER DÚVIDAS LIGUE PARA O SAC DPVAT 0800 022 1204.

♦ VALORES DE INDENIZAÇÃO POR PESSOA VÍTIMADA E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA NECESSÁRIA PARA PEDIDO DE INDENIZAÇÃO:

MORTE (1)	INVALIDEZ PERMANENTE (2)	DAMS (3)
R\$ 13.800,00	R\$ R\$ 13.800,00	R\$ R\$ 2.700,00

(1) MORTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CERTIDÃO DE ÓBITO, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E DO(B) BENEFICIÁRIO(S) E CÓPIA DA OCORRÊNCIA DE BENEFICIÁRIO(S) MINÚCULO COM O PALECOLO.

(2) INVALIDEZ PERMANENTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E LAUDO DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL DA CIRCUNSCRIÇÃO DO LOCAL DO ACIDENTE OU DA RESIDÊNCIA DA VÍTIMA, COM A VERIFICAÇÃO DA EXISTÊNCIA E QUANTIFICAÇÃO DAS LESÕES PERMANENTES, TOTAIS OU PARCIAIS, DE ACORDO COM DE PERCENTUAIS DA TABELA CONSTATANTE DO ANEXO DA LEI 6.194/1974 E ALTERAÇÕES.

(3) DAMS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, SOLICITE DE ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR, OU DOCUMENTO EQUIVALENTE, QUE COMPROVE QUE AS DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES EFETUADAS POSSAM DECORRER DO ATENDIMENTO À VÍTIMA DE DANOS CORPORAIS CONSEQUENTES DE ACIDENTE ENVOLVENDO VEÍCULO AUTOMOTOR DE VIA TERRESTRE, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA, CÓPIA ORIGINAL DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, OU DOCUMENTO EQUIVALENTE, COM DISCRIMINAÇÃO DE TODAS AS DESPESAS, INCLUINDO DIÁRIAS E TAXAS, RELAÇÃO DOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS E, AINDA, OS EXAMES EFETUADOS COM OS PREÇOS POR UNIDADE, ALÉM DOS SERVIÇOS MÉDICOS E PROFISSIONAIS QUANDO ESTES FOREM COBRADOS DIRETAMENTE PELO HOSPITAL, NOTAS FISCAIS, FATURAS OU RECIBOS DO HOSPITAL, ORIGINAIS, COMPROVANDO O PAGAMENTO DOS RESPECTIVOS VALORES, RECIBOS ORIGINAIS EMITIDOS EM NOME DA VÍTIMA, OU COMPROVANTES DO PAGAMENTO A CADA MÉDICO OU PROFISSIONAL, CONSTANDO DATA, ASSINATURA, CARIMBO DE IDENTIFICAÇÃO, NÚMERO DO CRM, NÚMERO DO CPF OU CNPJ E A ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO EXECUTADO, COM A DATA EM QUE FOI PRESTADO O ATENDIMENTO E CÓPIA DO LAUDO ANATOMOPATOLOGICO DO LAÇÃO E DOS EXAMES REALIZADOS EM GERAL, QUANDO HOUVER.

♦ PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES NOS TERMOS DO ANEXO A RESOLUÇÃO CNSP Nº 273/2012.

♦ IMPORTANTE:

♦ NÃO É NECESSÁRIO ADVOGADO, DESPACHANTE OU QUALQUER INTERMEDIÁRIO PARA DAR ENTRADA NO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO OU ACOMPANHAR O ANDAMENTO DO PROCESSO.

♦ O REEMBOLSO DE DAMS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES, ESTÁ LIMITADO A VALORES DEFINIDOS EM TABELA QUE ATENDE AOS REQUISITOS DO ART. 18 DA RESOLUÇÃO CNSP Nº 273/2012.

♦ PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO: TRINTA DIAS, A PARTIR DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA.

♦ A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGUA COM BASE NO VALOR VIGENTE NA DATA DA OCORRÊNCIA DO SINISTRO.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

♦ O SEGURO DPVAT É OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS PROPRIETÁRIOS DE VEÍCULOS, DE ACORDO COM A LEI Nº 6.194/1974, SENDO PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO ANUAL DE VEÍCULOS.

♦ PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO: DE 01 DE JANEIRO A 31 DE DEZEMBRO DO EXERCÍCIO A QUE SE REFERE ESTE BILHETE.

♦ O SEGURO DPVAT DEVE SER PAGO JUNTAMENTE COM A PRIMEIRA COTA OU COM A COTA ÚNICA DO IMPOSTO DE PROPRIEDADE DE VEÍCULOS AUTOMOTORES - IPVA, OU RELA FEITA A OPÇÃO PELO PARCELAMENTO, O VENCIMENTO TAMBÉM SERÁ ATRIBUÍDO AO PAGAMENTO DAS RALCÍAS DO IPVA, OS VENCIMENTOS DO IMPOSTO E DO SEGURO OCORREM SEMPRE NA MESMA DATA.

♦ O VEÍCULO NÃO ESTARÁ DEVIDAMENTE LICENCIADO SE O SEGURO OBRIGATÓRIO NÃO FOR PAGO (RESOLUÇÃO CONTRAN Nº 804/1988).

♦ 80% DO VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO PAGO TEM A SEGUINTE DESTINAÇÃO:

♦ 45% AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS, DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA-HOSPITALAR ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (ART. 27 DA LEI 8.213/1991).

♦ 35% AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO - DENATRAN, PARA APLICAÇÃO EM PROGRAMAS DESTINADOS À PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 78 DA LEI Nº 8.533/1997 - CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO).



ATENDIMENTO AO PÚBLICO
SAC DPVAT 0800 022 1204
www.dpvatsegurodotransito.com.br

INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURO DPVAT, PEDIDOS DE INDENIZAÇÃO E REEMBOLSO, ANDAMENTO DE SOLICITAÇÕES, LOCAL DE ATENDIMENTO, DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA, PRAZOS E DEMAIS DÚVIDAS.



DISQUE - SUSEP
0800 021 8484
www.susep.gov.br

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - AUTARQUIA FEDERAL RESPONSÁVEL PELA FISCALIZAÇÃO, NORMATIZAÇÃO E CONTROLE DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO, RESEGURO E COOPERATIVAS DE SEGUROS.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SEGURO OBRIGATÓRIO

IPVA - 1ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

MULTAS DE TRÂNSITO

ENCARGOS DO DETRAN

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA