

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

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190711674

Vítima: JOSE NOBRE DE SOUSA

Data do Acidente: 07/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE NOBRE DE SOUSA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 03 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190724293

Vítima: JOSE NOBRE DE SOUSA

Data do Acidente: 07/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE NOBRE DE SOUSA

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. 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, 07 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190724293

Vítima: JOSE NOBRE DE SOUSA

Data do Acidente: 07/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE NOBRE DE SOUSA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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. 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, 23 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190724293**

Vítima: JOSE NOBRE DE SOUSA

Data do Acidente: 07/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE NOBRE DE SOUSA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE NOBRE DE SOUSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000003396-0

Conta: 000010103848-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: **0461454139** 3 - CPF da vítima: **057.148.851-04** 4 - Nome completo da vítima: **JOSE NOBRE DE SOUSA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSPE N° 445/2012

5 - Nome completo: **JOSE NOBRE DE SOUSA** 6 - CPF: **057.148.851-04**
 7 - Profissão: **ELETRICISTA** 8 - Endereço: **RUA DEP. BARRETO SOBRINHO** 9 - Número: **365** 10 - Complemento: **CASA**
 11 - Bairro: **JARDIM DAS ACÁCIAS** 12 - Cidade: **JOAÍ PESSOA** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58.020-680**
 15 - E-mail: **(83) 98651-8167**

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: **3396** CONTA: **103818** (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiro (nascido)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avôs 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura da testemunha

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

40 - Local e Data, **JOAÍ PESSOA/PB, 19/12/2019**

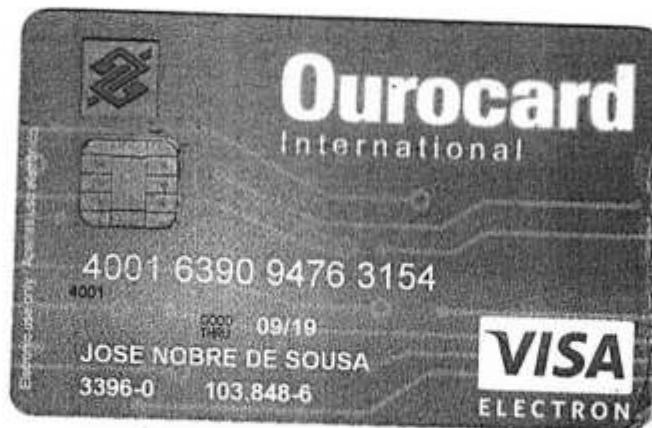
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro: 047-2535.139 | 3 - CPF da vítima: 057.148.851-09 | 4 - Nome completo da vítima: JOSE NOBRE DE SOUSA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP 144/2012

5 - Nome completo: JOSE NOBRE DE SOUSA | 6 - CPF: 057.148.851-09
 7 - Profissão: ELETRICISTA | 8 - Endereço: RUA DEP. BARRETU SOBRINHO | 9 - Número: 365 | 10 - Complemento: CASA
 11 - Bairro: JARDIM DAS ACASAS | 12 - Cidade: JOÃO PESSOA | 13 - Estado: PERNAMBUCO | 14 - CEP: 58.020-680
 15 - E-mail: (83) 98651-8167

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, emenda complementar anexo (ANEXAR COPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (pode ser ex-banco, abusivo, bancos e uma opção)

CONTA CORRENTE (dados do banco)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3396 | 0 CONTA: 103848 | 6

AGÊNCIA: _____ | 0 CONTA: _____ | 6

(Inserir o dígito de exata)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (INI) para o(s) de seguem: (a) que

• Não há INI que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou

• INI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, ou

• INI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no exame médico apresentado sem a apresentação do laudo do INI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica preventiva, caso necessário, no juiz da justiça automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (se Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo | 24 - Data da morte da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou compaixão(s): Sim Não | 27 - Se a vítima deixou compaixão(s), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou herdeiro(s): Sim Não | 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/filhos vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarão esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verídica poderá gerar a extinção da resolução e/ou restituição, bem como a responsabilidade criminal por infração do artigo 293 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 2º Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: JOÃO PESSOA/PB, 30/12/2019

JOÃO PESSOA/PB, 30/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190724293
Nome do(a) Examinado(a): Jose Nobre de Sousa
Endereço do(a) Examinado(a): R Dep Barreto Sobrinho, 365
Tambia Joao Pessoa PB CEP: 58020-680
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 3956710
Data local do acidente: [07/09/2019]
Data local do exame: [13/01/2020] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR ESQUERDA.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO.
Complicações: RECIDIVA DA LUXAÇÃO
Data da Alta: 15/11/2019

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE, HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO ESQUERDO.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim **() Não**

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim **() Não**

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
APRESENTA DEFORMIDADE, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO ESQUERDO.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

VII. 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.

Caso a resposta do item V seja ““Não””, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”

- VII. 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"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Lado Esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PR - 4518



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 14450.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 14450.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:01 horas do dia 19 de dezembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Jose Nobre de Sousa**, CPF nº 057.148.851-04, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Eletricista, filho(a) de Luzia Maria de Sousa e Severino Pereira de Sousa, natural de Catolé do Rocha/PB, nascido(a) em 07/04/1946 (73 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Deputado Barreto Sobrinho, Nº 265, bairro Tambiá, tendo como ponto de referência Não Informado., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98815-6266.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Capitão Francisco Pereira, Não Informado., João Pessoa/PB, bairro Oitizeiro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/09/19 13:25h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 07/09/2019 por volta das 13:25 horas quando transitava pelo Av. Cap. Francisco Pereira; Novais; João Pessoa-PB, com o veículo tipo HONDA/CG 125 TITAN ano e modelo: 1996/1996, de cor azul de placa: MMR1775/PB CHASSI: 9C2JC250TTR049198 pertencente ao declarante; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto numa rua sem sinalização de placa PARE quando ao entrar numa rua sem parar veio a atingir um veículo não identificado, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU, conforme DECLARAÇÃO nº 912/040, para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, onde foi diagnosticado, de acordo com o BOLETIM DE ENTRADA nº 1.188.573, TRAUMATISMO NÃO IDENTIFICADO CID TI4.9 conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo médico JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA CRM 2329/PB.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 19 de dezembro de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

JOSE NOBRE DE SOUSA
Noticiante



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 14450.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 14450.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:01 horas do dia 19 de dezembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Jose Nobre de Sousa**, CPF nº 057.148.851-04, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Eletricista, filho(a) de Luzia Maria de Sousa e Severino Pereira de Sousa, natural de Catolé do Rocha/PB, nascido(a) em 07/04/1946 (73 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Deputado Barreto Sobrinho, Nº 265, bairro Tambiá, tendo como ponto de referência Não Informado., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98815-6266.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Capitão Francisco Pereira, Não Informado., João Pessoa/PB, bairro Oitizeiro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/09/19 13:25h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 07/09/2019 por volta das 13:25 horas quando transitava pelo Av. Cap. Francisco Pereira; Novais; João Pessoa-PB, com o veículo tipo HONDA/CG 125 TITAN ano e modelo: 1996/1996, de cor azul de placa: MMR1775/PB CHASSI: 9C2JC250TTR049198 pertencente ao declarante; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto numa rua sem sinalização de placa PARE quando ao entrar numa rua sem parar veio a atingir um veículo não identificado, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU, conforme DECLARAÇÃO nº 912/040, para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, onde foi diagnosticado, de acordo com o BOLETIM DE ENTRADA nº 1.188.573, TRAUMATISMO NÃO IDENTIFICADO CID TI4.9 conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo médico JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA CRM 2329/PB.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 19 de dezembro de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

JOSE NOBRE DE SOUSA
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: **0461454139** 3 - CPF da vítima: **057.148.851-04** 4 - Nome completo da vítima: **JOSE NOBRE DE SOUSA**

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

5 - Nome completo: **JOSE NOBRE DE SOUSA** 6 - CPF: **057.148.851-04**
 7 - Profissão: **ELETRICISTA** 8 - Endereço: **RUA DEP. BARRETO SOBRINHO 365 CASA** 9 - Número: **365** 10 - Complemento: **CASA**
 11 - Bairro: **JARDIM DAS ACÁIÁIN** 12 - Cidade: **JOAÍ PESSOA** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58.020-680**
 15 - E-mail: **(83) 98651-8167**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **3396** CONTA: **103848** (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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 é dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivendo): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/vôos 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

40 - Local e Data:

JOAÍ PESSOA/PB, 19/12/2019

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro: 047-2535.139 | 3 - CPF da vítima: 057.148.851-09 | 4 - Nome completo da vítima: JOSE NOBRE DE SOUSA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP 144/2012

5 - Nome completo: JOSE NOBRE DE SOUSA | 6 - CPF: 057.148.851-09
 7 - Profissão: ELETRICISTA | 8 - Endereço: RUA DEP. BARRETO SOBRINHO | 9 - Número: 365 | 10 - Complemento: CASA
 11 - Bairro: JARDIM DAS ACASAS | 12 - Cidade: JOÃO PESSOA | 13 - Estado: PERNAMBUCO | 14 - CEP: 58.020-680
 15 - E-mail: (83) 98651-8167

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, emenda complementar anexo (ANEXAR COPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (informe para eu bancos abaixo, escolha uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3396 | 0 | CONTA: 103848 | 6 | (Inserir o dígito de exata) | (Inserir o dígito de exata)

CONTA CORRENTE (dados os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ | 0 | CONTA: _____ | 6 | (Inserir o dígito de exata) | (Inserir o dígito de exata)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INI - 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 o(s) de seguem: (se for)

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no exame médico apresentado sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica preventiva, caso necessário, no IML automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (se Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo | 24 - Data da morte da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou compaixão(s): Sim Não | 27 - Se a vítima deixou compaixão(s), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou herdeiro(s): Sim Não | 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/filhos vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarão esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verídica poderá gerar a extinção da ressarcibilidade, bem como a responsabilidade criminal por infração do artigo 293 do Código Penal.

34 | 35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 21º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 21º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: JOÃO PESSOA/PB, 30/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Bairro: Novais - João Pessoa - PB
CEP: 58053-900

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 912/040, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2551586, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **JOSE NOBRE DE SOUSA**, idade 73 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 07/09/2019, na Av. Cap. Francisco Pereira, Bairro: Novais - João Pessoa - aproximadamente às 13:25 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 18 de Dezembro de 2019.

Marina Travassos Lopes
Estatística - SAME
SAMU 192 Regional João Pessoa
Mat. 67.574-8

Marina Travassos Lopes
Mat. 67574-8
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirino, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.115-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-67

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

623733

REFERÊNCIA

DEZ/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JOSE DE NOBRE SOUSA
RUA DEP BARRETO SOBRINHO, 365 - JARDIM DAS ACACIAS
JOAO PESSOA PB 58020- 680

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável		
		Residencial	Comercial	Industrial	Publico			
001.001.310.0035.000	000	1	0	0	0			
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização		Situação Água	Situação Esgoto			
A05X041570	22/02/2007	EXTERNO		LIGADO	LIGADO			
ANTERIOR		ATUAL		CONSUMO (m³)	TEMPO DE DIAS			
1516	1523	7	30		11/01/2020			
HIST. CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.								
NOV/2019	6	PARÂMETROS		EXIG.	ANALIS.			
OUT/2019	5	TURBIDEZ		268	288			
SET/2019	7	CLORO		268	288			
AGO/2019	2	COL. FENOL		0	0			
JUL/2019	6	COR		73	145			
JUN/2019	4	COL. TOTAIS		268	288			
MEDIA(m³)	5	DADOS REFERENTES A: OUT/2019						
DATA DA IMPRESSÃO: 12/11/2019				HORA DA IMPRESSÃO: 08:38:57				
DESCRICAÇÃO				CONSUMO	TOTAL(R\$)			
ÁGUA								
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)								
CONSUMO DE ÁGUA				7 m³	37,91			
ESGOTO								
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)								
CONSUMO DE ESGOTO				7 m³	30,33			
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANO: 09/2019					1,38			
JUROS DE HORA 09/2019					0,98			
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,31 PIS E CONFINS, LEI 12.741/12								
VENCIMENTO:	24/12/2019	Total a Pagar:		R\$ 70,60				



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

SR. USUÁRIO: EM 30/11/2019, REGISTRAMOS QUE V. SA. ESTAVA EM DEBITO. COMPARCE AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESENISTERE.



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
623733	DEZ/2019	24/12/2019	R\$ 70,60

82670000000 1 70600010001 8 000623/3301 1 12201930003 9





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.115-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-67

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

623733

REFERÊNCIA

DEZ/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JOSE DE NOBRE SOUSA
RUA DEP BARRETO SOBRINHO, 365 - JARDIM DAS ACACIAS
JOAO PESSOA PB 58020- 680

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável		
		Residencial	Comercial	Industrial	Publico			
001.001.310.0035.000	000	1	0	0	0			
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização		Situação Água	Situação Esgoto			
A05X041570	22/02/2007	EXTERNO		LIGADO	LIGADO			
ANTERIOR		ATUAL		CONSUMO (m³)	TEMPO DE DIAS			
1516	1523	7	30		11/01/2020			
HIST. CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.								
NOV/2019	6	PARÂMETROS		EXIG.	ANALIS.			
OUT/2019	5	TURBIDEZ		268	288			
SET/2019	7	CLORO		268	288			
AGO/2019	2	COL. FENOL		0	0			
JUL/2019	6	COR		73	145			
JUN/2019	4	COL. TOTAIS		268	288			
MEDIA(m³)	5	DADOS REFERENTES A: OUT/2019						
DATA DA IMPRESSÃO: 12/11/2019				HORA DA IMPRESSÃO: 08:38:57				
DESCRICAÇÃO				CONSUMO	TOTAL(R\$)			
ÁGUA								
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)								
CONSUMO DE ÁGUA				7 m³	37,91			
ESGOTO								
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)								
CONSUMO DE ESGOTO				7 m³	30,33			
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANO: 09/2019					1,38			
JUROS DE HORA 09/2019					0,98			
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,31 PIS E CONFINS, LEI 12.741/12								
VENCIMENTO:		Total a Pagar:		R\$ 70,60				



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

SR. USUÁRIO: EM 30/11/2019, REGISTRAMOS QUE V. SA. ESTAVA EM DEBITO. COMPARCE AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESENISTERE.



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
623733	DEZ/2019	24/12/2019	R\$ 70,60

82670000000 1 70600010001 8 000623/3301 1 12201930003 9





Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNPJ: 08778268003771

Paciente	JOSE NOBRE DE SOUSA	BAE	Data/Hora Entrada	Date Baixa
Data de nascimento	07/04/1946	1188573	07/09/2019 14:21:00	
Mae	LUZIA MARIA DE SOUSA	Sexo	CNS	Telefone de Contato (83) 986809799
Endereço	DEPUTADO BARRETO SOBRINHO, 265	Brinro	Municipio	Prontuário
Acidente	QUEDA / OUTROS	TAMBÁ	JOAO PESSOA	UF
Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional	JOAO PESSOA	PB
Data/Hora Classificação	07/09/2019 14:21:00		GILVANDO CARNEIRO LEAL	Nº Cons. Regime
			Data/Hora Prescrição	2489/PB
			07/09/2019 19:45:31	

ANAMNESE

CIRURGIA GERAL PACIENTE ASSINTOMÁTICO. US FAST SEM ANORMALIDADES. CD ALTA DA CIRURGIA GERAL

Conduta

Em observação

Enfermeiro

GILVANDO CARNEIRO LEAL
(: 2489/PB)

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 07/09/2019 14:22:02



Identificação do paciente

ID 1436842	Nome JOSE NOBRE DE SOUSA			Sexo Masculino
Date de nascimento 07/04/1946	Idade 73 anos 5 meses	Estado civil	Religião	Pronome
Mãe LUZIA MARIA DE SOUSA	Pai SEVERINO PEREIRA DE SOUSA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Celular 83	Celular 986809799	DDD	Telefone	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3356710	Nº Cns		
Local de procedência BAIRRO DOS NOVAIS		Tipo BAIRRO	UF PB	CBOR
Email	Naturalidade CATOLE DO ROCHA			

Endereço

CEP 56020660	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DEPUTADO BARRETO SOBRINHO
Número 286	Complemento		Bairro TAMBIA

Admissão

Data e Hora 07/09/2019 14:21:00	Número da pulseira 1000007598653	Comarca SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Cílica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veículo de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						

Diagnóstico	CID
Atendido por PRISCILA JORGE DA SILVA	Tempo 01min 02s0g

Imprimir



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Jose Nobre de Souza

Paciente vítima
de acidente de moto
do qual resultou
luxação acromioclavicular, no
momento exámis

08/11/15

Assinatura e Carimbo

DR. FERNANDO NETO
Ortopedia, Traumatologia
- CONSERTO 1511



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSE NOBRE DE SOUSA
DATA DE NASCIMENTO	07/04/46
NOME DA MÃE	LUZIA MARIA DE SOUSA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.188.573
DATA DO ATENDIMENTO	07/09/19
HORA DO ATENDIMENTO	14:21
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO
CID 10	T14.9

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com dor torácica, sem deficit. Tem contusão em região frontal.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
TC de coluna dorsal
RX de torax
Ultrassonografia - FAST

RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem alterações.

TRATAMENTO:

Sintomático.

ALTA HOSPITALAR: 07/09/19
DATA DA EMISSÃO: 12/12/19

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Atendimento: 201932330998

Data Nasc: 07/04/1946 - 73 anos

Paciente: JOSE NOBRE DE SOUSA

Data Exame: 07/09/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA DORSAL

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Fratura da porção anterior do primeiro arco costal esquerdo. Edema e infiltração líquida em partes moles adjacentes.

Derrame pleural laminar à esquerda.

Osteofitos anteriores difusos.

Corpos vertebrais dorsais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual.

Processos transversos e espinhosos sem alterações.

Articulações interapofisárias de aspecto habitual.

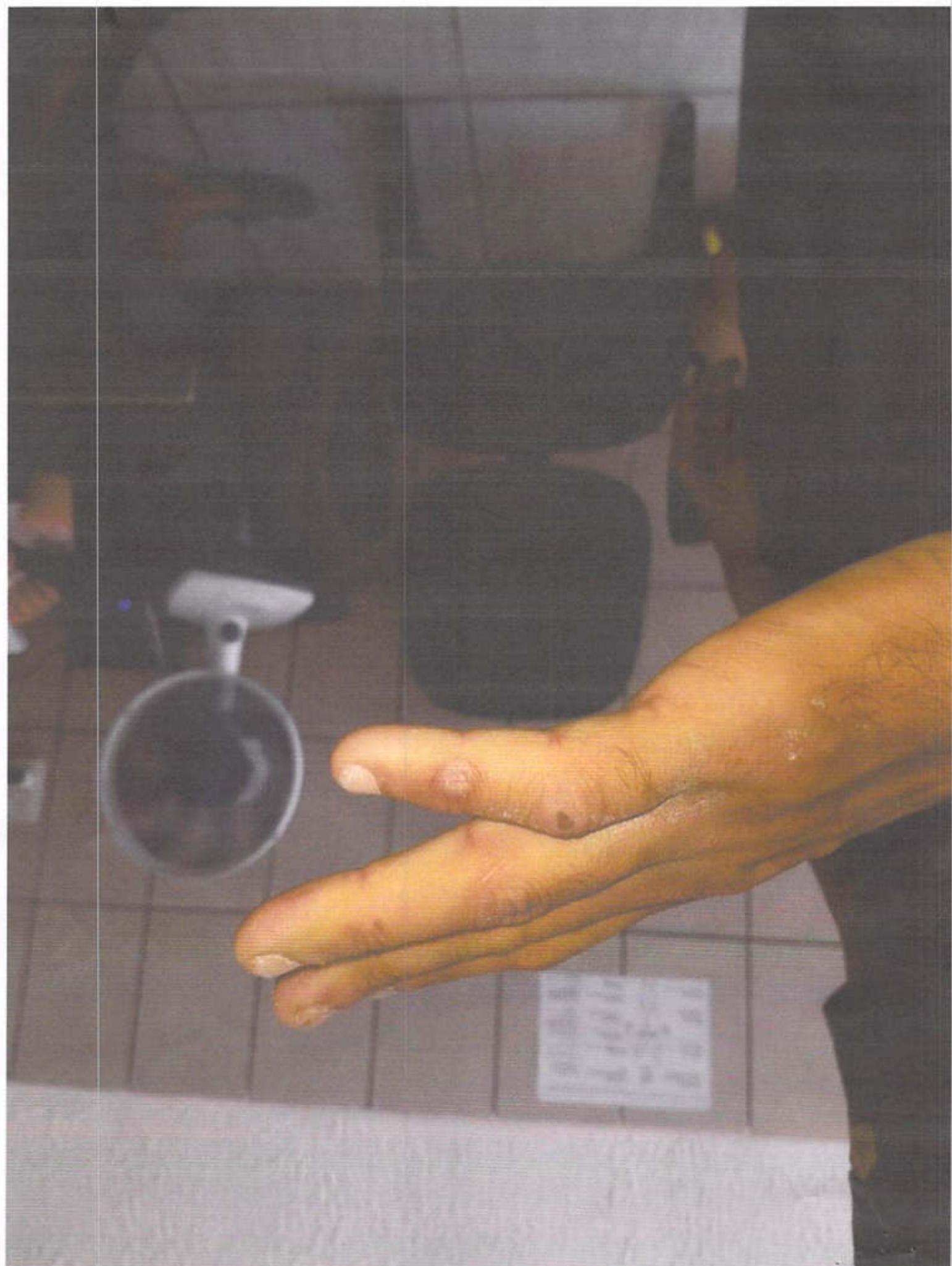
Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.

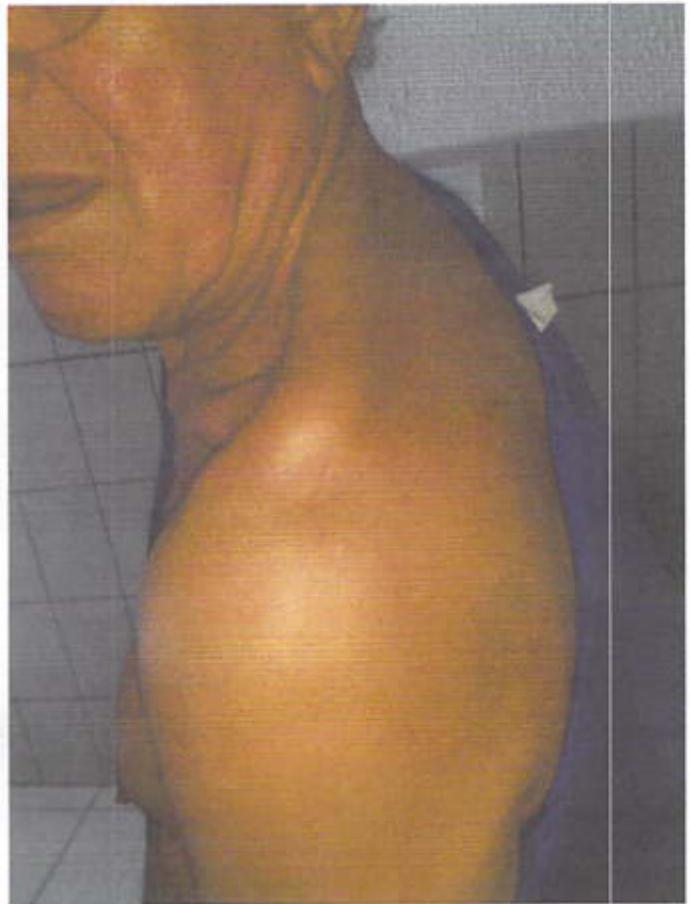
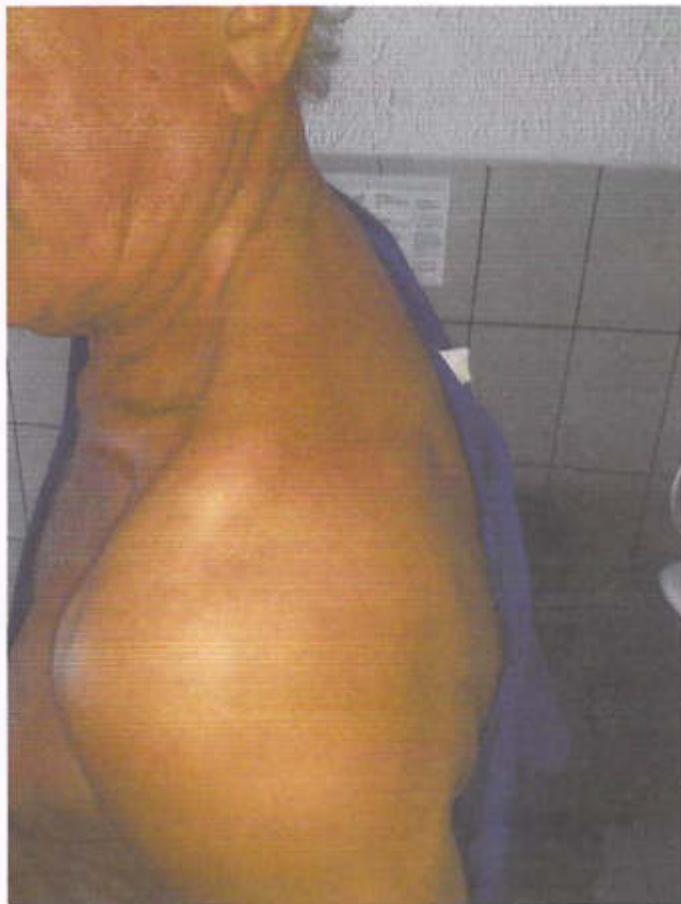
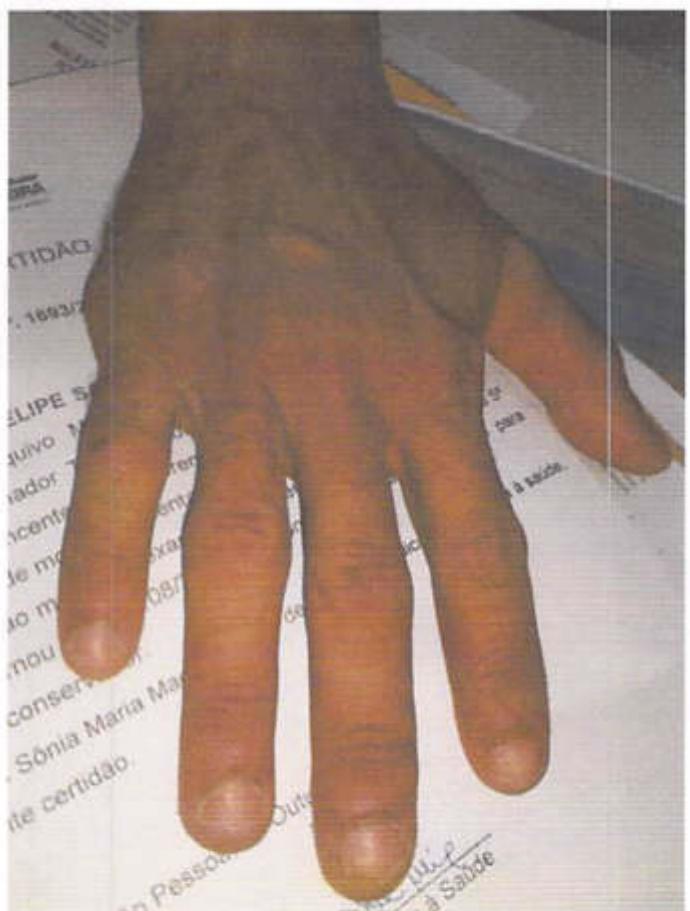
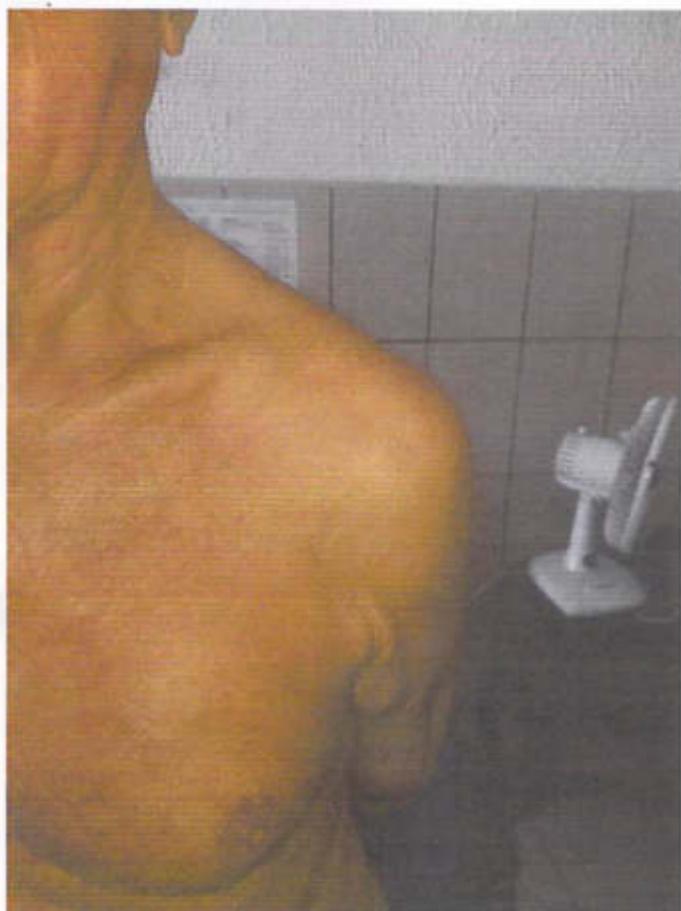
Partes moles simétricas, de morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Nota:

1. Estudo tomográfico não direcionado para avaliação de hérnias ou protrusões discais.
2. Imagem nodular na base pumonar direita.
3. Imagem nodular no rim esquerdo.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.







Atendimento: 201932330226

Data Nasc: 07/04/1946 - 73 anos

Paciente: JOSE NOBRE DE SOUSA

Data Exame: 07/09/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Acentuação dos sulcos corticais e fissuras cerebrais.

Ectasia do sistema ventricular supra-tentorial sem sinal de transudação líquorica.

IV ventrículo de morfologia e situação habituais.

Hipoatenuação da substância branca periventricular, coroas radiadas e centros semiovais sugerindo Microangiopatia.

Estruturas centro-medianas sem desvios em relação à linha média.

Ausência de coleções extra-axiais.

Calcificações parietais nas artérias carótidas internas e sistema vértebro-basilar.

Hematoma subgaleal na região frontal direita.

Espessamento do revestimento mucoso dos seios da face.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 07/09/2019 15:02.

Dra. Catarina A.R do Nascimento
CRM: 6278 - PB



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N. PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 58031090
Tel: 08778268003771

Brasão	BAE	Data/Hora Entrada	Data Envio
JOSE NOBRE DE SOUSA	1188573	07/09/2019 14:21:00	
Local de nascimento	Sexo	CNS	Telefone de Envio
07/04/1946	Masculino		(83) 985809799
Luzia Maria de Sousa			
UF/Estado	Estado	Município	UF
CE-07010 BARRETO SOBRINHO, 265	TAMBÍA	JOAO PESSOA	PB
Centro	Motivo	Profissional	Nº Cont. Registra
Queda/Outros	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA	6618/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
07/09/2019 14:21:00		07/09/2019 18:27:07	

ANAMNESE

ACIDENTE MOTOCICLISTICO EVOLUINDO COM DOR TORACICA. AO EXAME GLASGOW 15.SEM DEFICIT MOTOR,EUPNEICO,HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL. TC DE CRANIO:N.D.N. CO TC DA COLUNA DORSAL+RX DE TORAX+REMSA - 100% DA CIRURGIA GERAL

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA DORSAL
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PÉRFIL)

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação



MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA
(6618/PB)

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 07/09/2019 14:22:02

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNPJ: 08778268003771

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Saída
JOSE NOBRE DE SOUSA	1168573	07/09/2019 14:21:00	
Data de nascimento	Sexo		Telefone de Contato:
07/04/1946	Masculino	CNS	(83) 988809799
Mae			Prontuário
LUZIA MARIA DE SOUSA			
Endereço	Sainto	Município	UF
DEPUTADO BARRETO SOBRINHO, 265	TAMBÍA	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. R-5001
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	LENISIO BRAGANTE DE ARAUJO	3131/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
07/09/2019 14:21:00		07/09/2019 14:30:57	

ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA. APRESENTA CONTUSÃO EM RÉGIAO FRONTAL. REFERE CEFALÉIA POUCA COOPERATIVO.

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V, 24H, DURANTE 24 HORA(S) (DESENVOLVIMENTO: 5 AMPOLAS DE GLICOSE EM CADA UNIDADE DE SORO)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

MEDICAÇÃO NÃO PADRÃO

IMUNOGLOBULINA HUMANA 5G/100ML SOLUÇÃO INJETÁVEL - NP

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

R52.0 - Dor aguda

Conduta

Em observação

Enfermeiro

LENISIO BRAGANTE DE ARAUJO
(3131/PB)



Atendimento: 201932330226

Data Nasc: 07/04/1946 - 73 anos

Paciente: JOSE NOBRE DE SOUSA

Data Exame: 07/09/2019

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - FAST

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional em equipamento dinâmico com transdutor convexo na frequência de 4,0 MHz, realizado à beira do leito em paciente vítima de trauma.

ANÁLISE:

Exame realizado em caráter de urgência em paciente em vítima de trauma evidencia:
Ausência de líquido livre na cavidade abdominal ou de derrame pleural ou pericárdico no presente estudo com o paciente em decúbito dorsal.
Ausência de sinais de lesões grosseiras relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins e bexiga detectáveis ao método.
Pâncreas e estruturas do retroperitônio de avaliação prejudicada devido a intensa interposição gássica intestinal.

OBS.: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões definitivas em órgãos sólidos e vísceras ocas, não havendo critérios seguros para indicação de alta hospitalar, baseando-se apenas no seu resultado negativo. Segundo orientação do Colégio Americano de Radiologia, pacientes com ultrassonografia - FAST negativa, devem permanecer em observação intra-hospitalar.

** A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais e critério clínico.*

Este laudo foi liberado em 07/09/2019 15:45.

Dra. Catarina A.R do Nascimento
CRM: 6278 - PB



Parecer Médico

Nome		Idade	Prontuário
JOSE NOBRE DE SOUSA		73A 5M	
Boletim de Atendimento	Data de Entrada	Data Internação	Permanência na Unidade
1388573	07/09/2019 14:21:00		9min
Convênio	Leito	Clínica	Permanência no Leito
SUS		CIRURGIA GERAL	

Parecer médico

Especialidade Profissional

NEURO CIRURGIA

Motivo da solicitação Data da Solicitud: 07/09/2019 14:30:33

TCE

Parecer Data de Resposta:

Lenio Braga Neto
CRM 31.21



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNPJ: 08778268003771

Paciente	JOSE NOBRE DE SOUSA	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
Data de nascimento	07/04/1946	1188573	07/09/2019 14:21:00	
Mae	LUZIA MARIA DE SOUSA	Sexo	CNS	Telefone de Contato (83) 986809799
Endereço	DEPUTADO BARRETO SOBRINHO, 265	BAIRRO	Municipio	Prontuário
Acidente	QUEDA / OUTROS	TAMBÁ	JOAO PESSOA	UF
Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional	GILVANDO CARNEIRO LEAL	PB
Data/Hora Classificação	07/09/2019 14:21:00		Data/Hora Prescrição	Nº Cons. Regime
			07/09/2019 19:45:31	2489/PB

ANAMNESE

CIRURGIA GERAL PACIENTE ASSINTOMÁTICO. US FAST SEM ANORMALIDADES. CD ALTA DA CIRURGIA GERAL

Conduta

Em observação

Enfermeiro

GILVANDO CARNEIRO LEAL
(: 2489/PB)

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 07/09/2019 14:22:02



Identificação do paciente

ID 1436842	Nome JOSE NOBRE DE SOUSA			Sexo Masculino
Date de nascimento 07/04/1946	Idade 73 anos 5 meses	Estado civil	Religião	Pronome
Mãe LUZIA MARIA DE SOUSA	Pai SEVERINO PEREIRA DE SOUSA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Celular 83	Celular 986809799	DDD	Telefone	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3356710	Nº Cns		
Local de procedência BAIRRO DOS NOVAIS		Tipo BAIRRO	UF PB	CBOR
Email	Naturalidade CATOLE DO ROCHA			

Endereço

CEP 56020660	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DEPUTADO BARRETO SOBRINHO
Número 286	Complemento		Bairro TAMBIA

Admissão

Data e Hora 07/09/2019 14:21:00	Número da pulseira 1000007598653	Comarca SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Cílica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veículo de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						

Diagnóstico

CID

Atendido por
PRISCILA JORGE DA SILVATempo
01min 02s0g

Imprimir



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Jose Nobre de Souza

Paciente vítima
de acidente de moto
do qual resultou
luxação acromioclavicular, no
momento exámis

08/11/15

Assinatura e Carimbo

DR. FERNANDO NETO
Ortopedia, Traumatologia
- CONSERTO 1511



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSE NOBRE DE SOUSA
DATA DE NASCIMENTO	07/04/46
NOME DA MÃE	LUZIA MARIA DE SOUSA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.188.573
DATA DO ATENDIMENTO	07/09/19
HORA DO ATENDIMENTO	14:21
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO
CID 10	T14.9

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com dor torácica, sem deficit. Tem contusão em região frontal.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
TC de coluna dorsal
RX de torax
Ultrassonografia - FAST

RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem alterações.

TRATAMENTO:

Sintomático.

ALTA HOSPITALAR: 07/09/19
DATA DA EMISSÃO: 12/12/19

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Atendimento: 201932330998

Data Nasc: 07/04/1946 - 73 anos

Paciente: JOSE NOBRE DE SOUSA

Data Exame: 07/09/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA DORSAL

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Fratura da porção anterior do primeiro arco costal esquerdo. Edema e infiltração líquida em partes moles adjacentes.

Derrame pleural laminar à esquerda.

Osteofitos anteriores difusos.

Corpos vertebrais dorsais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual.

Processos transversos e espinhosos sem alterações.

Articulações interapofisárias de aspecto habitual.

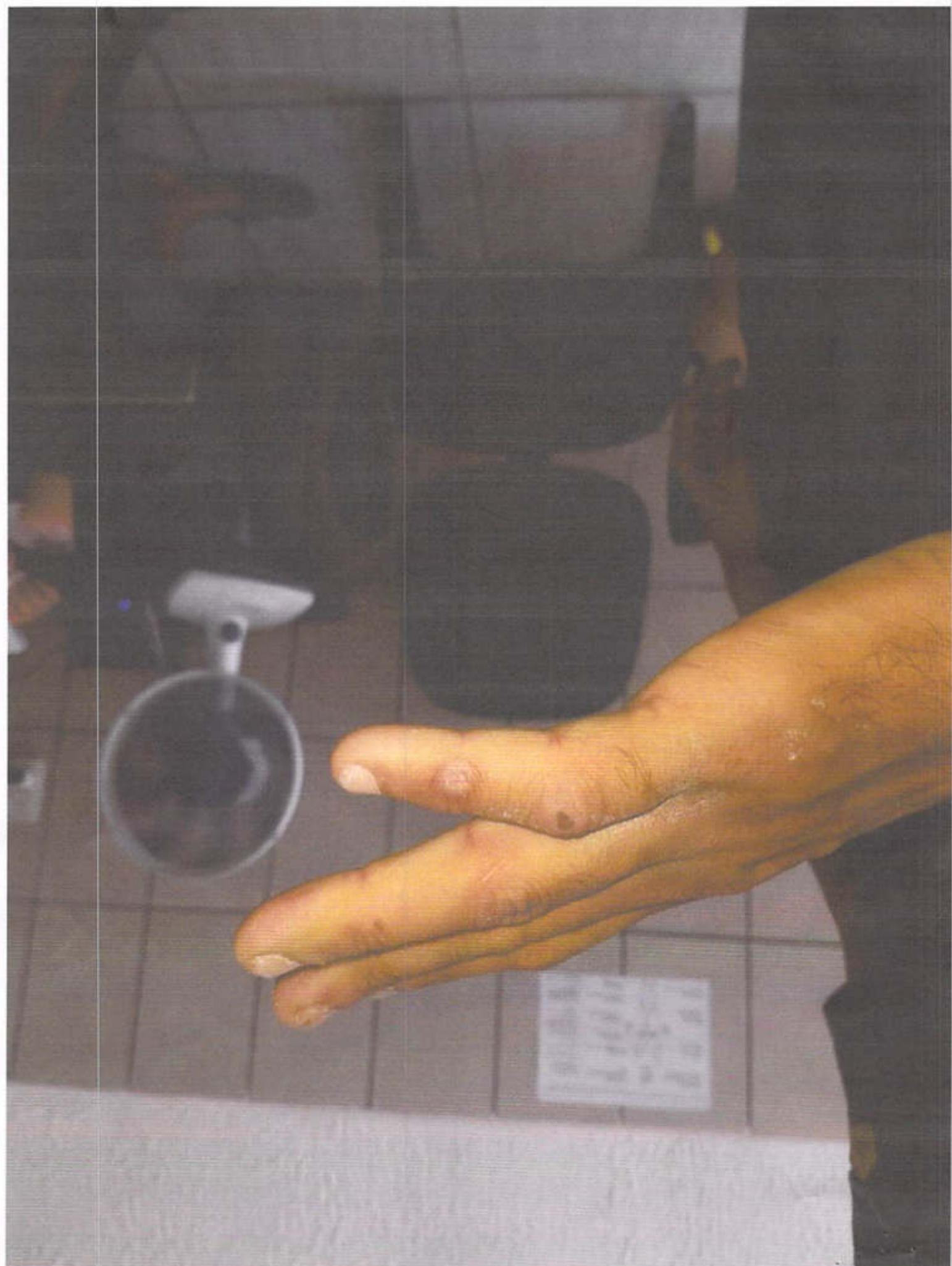
Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.

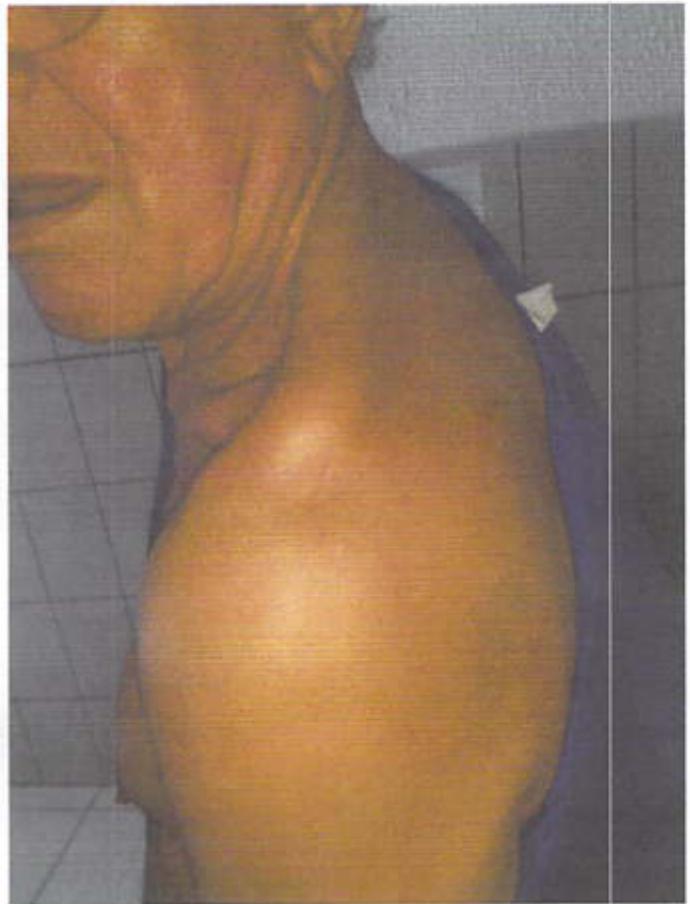
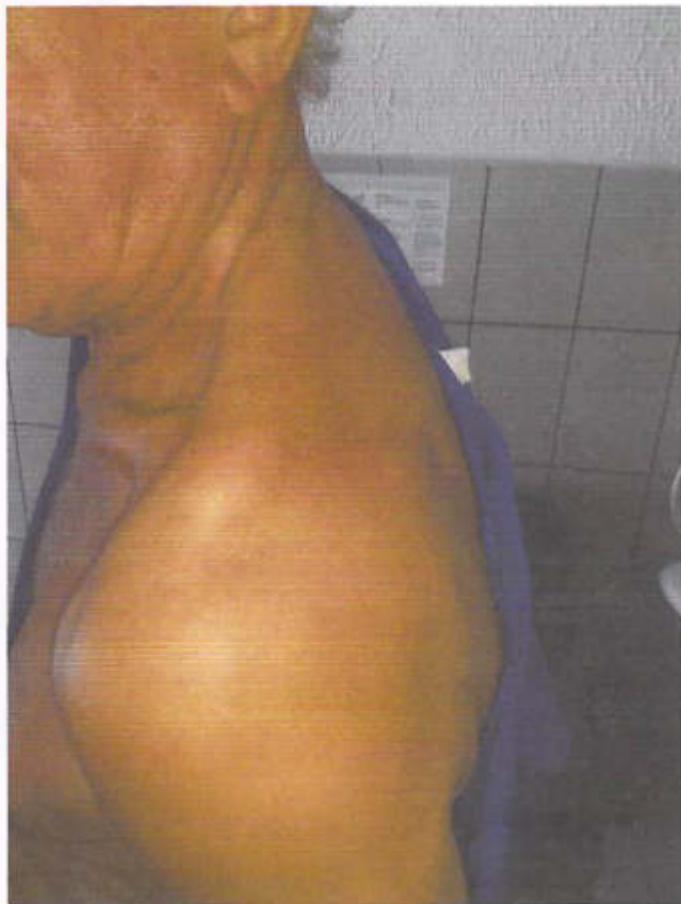
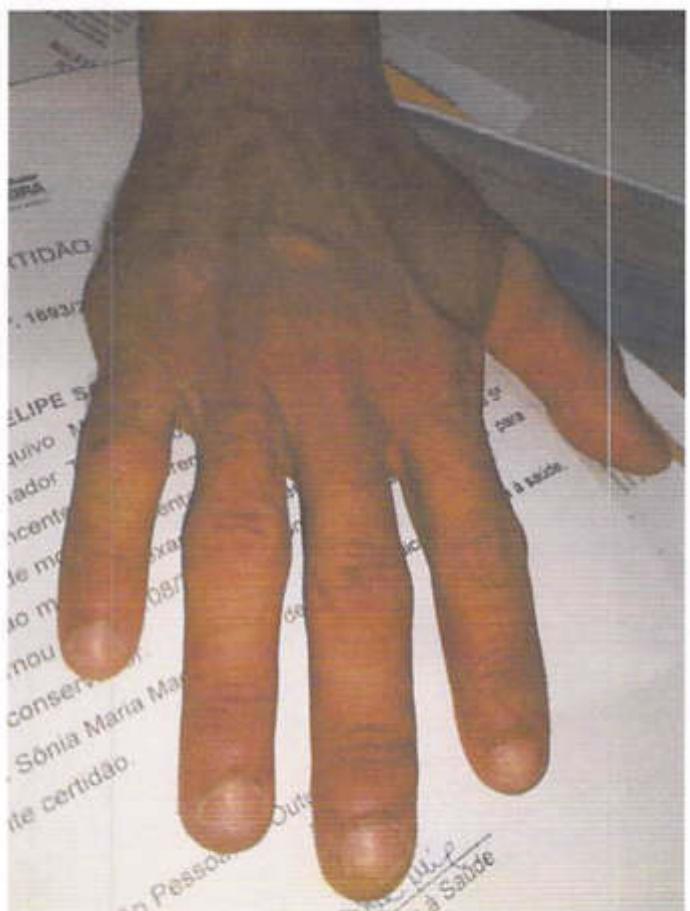
Partes moles simétricas, de morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Nota:

1. Estudo tomográfico não direcionado para avaliação de hérnias ou protrusões discais.
2. Imagem nodular na base pumonar direita.
3. Imagem nodular no rim esquerdo.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.







Atendimento: 201932330226

Data Nasc: 07/04/1946 - 73 anos

Paciente: JOSE NOBRE DE SOUSA

Data Exame: 07/09/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Acentuação dos sulcos corticais e fissuras cerebrais.

Ectasia do sistema ventricular supra-tentorial sem sinal de transudação líquorica.

IV ventrículo de morfologia e situação habituais.

Hipoatenuação da substância branca periventricular, coroas radiadas e centros semiovais sugerindo Microangiopatia.

Estruturas centro-medianas sem desvios em relação à linha média.

Ausência de coleções extra-axiais.

Calcificações parietais nas artérias carótidas internas e sistema vértebro-basilar.

Hematoma subgaleal na região frontal direita.

Espessamento do revestimento mucoso dos seios da face.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 07/09/2019 15:02.

Dra. Catarina A.R do Nascimento
CRM: 6278 - PB



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N. PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 58031090
Tel: 08778268003771

Brasão	BAE	Data/Hora Entrada	Data Envio
JOSE NOBRE DE SOUSA	1188573	07/09/2019 14:21:00	
Local de nascimento	Idade	CNS	Telefone de Envio
07/04/1946	73a 5m	Masculino	(83) 985809799
LUIZA MARIA DE SOUSA			Brasília
CEP: 58030-000	Estado	Município	CE
ESTADO BARRETO SOBRINHO, 265	TAMBÍA	JOAO PESSOA	PB
Queda/Outros	Motivo	Profissional	Nº Cont. Regime
ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA	6618/PB
07/09/2019 14:21:00		Data/Hora Prescrição	
		07/09/2019 18:27:07	

ANAMNESE

ACIDENTE MOTOCICLISTICO EVOLUINDO COM DOR TORACICA. AO EXAME GLASGOW 15.SEM DEFICIT MOTOR,EUPNEICO,HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL. TC DE CRANIO:N.D.N. CO TC DA COLUNA DORSAL+RX DE TORAX+REMS A - 10 DA CIRURGIA GERAL

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA DORSAL
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PÉRFIL)

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação



MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA
(6618/PB)

Enfermeiro

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 07/09/2019 14:22:02

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNPJ: 08778268003771

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Saída
JOSE NOBRE DE SOUSA	1168573	07/09/2019 14:21:00	
Data de nascimento	Sexo		Telefone de Contato:
07/04/1946	Masculino	CNS	(83) 988809799
Mae			Prontuário
LUZIA MARIA DE SOUSA			
Endereço	Sainto	Município	UF
DEPUTADO BARRETO SOBRINHO, 265	TAMBÍA	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. R-5001
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	LENISIO BRAGANTE DE ARAUJO	3131/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
07/09/2019 14:21:00		07/09/2019 14:30:57	

ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA. APRESENTA CONTUSÃO EM RÉGIAO FRONTAL. REFERE CEFALÉIA POUCA COOPERATIVO.

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V, 24H, DURANTE 24 HORA(S) (DESENVOLVIMENTO: 5 AMPOLAS DE GLICOSE EM CADA UNIDADE DE SORO)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

MEDICAÇÃO NÃO PADRÃO

IMUNOGLOBULINA HUMANA 5G/100ML SOLUÇÃO INJETÁVEL - NP

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

R52.0 - Dor aguda

Conduta

Em observação

Enfermeiro

LENISIO BRAGANTE DE ARAUJO
(3131/PB)



Atendimento: 201932330226

Data Nasc: 07/04/1946 - 73 anos

Paciente: JOSE NOBRE DE SOUSA

Data Exame: 07/09/2019

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - FAST

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional em equipamento dinâmico com transdutor convexo na frequência de 4,0 MHz, realizado à beira do leito em paciente vítima de trauma.

ANÁLISE:

Exame realizado em caráter de urgência em paciente em vítima de trauma evidencia:
Ausência de líquido livre na cavidade abdominal ou de derrame pleural ou pericárdico no presente estudo com o paciente em decúbito dorsal.
Ausência de sinais de lesões grosseiras relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins e bexiga detectáveis ao método.
Pâncreas e estruturas do retroperitônio de avaliação prejudicada devido a intensa interposição gássica intestinal.

OBS.: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões definitivas em órgãos sólidos e vísceras ocas, não havendo critérios seguros para indicação de alta hospitalar, baseando-se apenas no seu resultado negativo. Segundo orientação do Colégio Americano de Radiologia, pacientes com ultrassonografia - FAST negativa, devem permanecer em observação intra-hospitalar.

** A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais e critério clínico.*

Este laudo foi liberado em 07/09/2019 15:45.

Dra. Catarina A.R do Nascimento
CRM: 6278 - PB



Parecer Médico

Nome		Idade	Prontuário
JOSE NOBRE DE SOUSA		73A 5M	
Boletim de Atendimento	Data de Entrada	Data Internação	Permanência na Unidade
1388573	07/09/2019 14:21:00		9min
Convênio	Leito	Clínica	Permanência no Leito
SUS		CIRURGIA GERAL	

Parecer médico

Especialidade Profissional

NEURO CIRURGIA

Motivo da solicitação Data da Solicitud: 07/09/2019 14:30:33

TCE

Parecer Data de Resposta:

Lenio Braga Neto
CRM 31.21





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES



SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Bairro: Novais - João Pessoa - PB
CEP: 58053-900

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 912/040, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2551586, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **JOSE NOBRE DE SOUSA**, idade 73 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 07/09/2019, na Av. Cap. Francisco Pereira, Bairro: Novais - João Pessoa - aproximadamente às 13:25 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 18 de Dezembro de 2019.

Marina Travassos Lopes
Estatística - SAME
SAMU 192 Regional de João Pessoa
Mat. 67.574-8

Marina Travassos Lopes
Mat. 67574-8
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA: RENAVAM: 0065264817-1
Nº 013221959663
PERÍODO: 00/00000000 2017

JOSE NOBRE DE SOUZA

05714885104

PLACA
MMR1775/PB

PLACA ANTO: MMR1775 P/B N.º CHASSI: 9C2JC250TTR049198

ESPECIE: VEÍCULO
PAS/MOTOCICLETA
MARA/ MODELO: HONDA/CG 125 TITAN

CAP / POT. CIL: 2 P/124 /CI

CATEGORIA
PARTICCOMBUSTÍVEL
GASOLINA

ANO FAB: 1996 ANO MOD: 1996

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
P	00/00/0000	1º
V	FAIXA / PVA	2º
A	***** U	3º

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** 00/00/0000 02/08/2017

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE PÓRTE OBRIGATÓRIO
NAO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

JOAO PESSOA PB

9998



JOAO PESSOA PB
DENTRAN - PB
02/08/2017

DATA
02/08/2017
19925

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

PB Nº 013221959663 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO N.º 013221959663/PB
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 02/08/2017

PLACA: MMR1775/PB

VIA: 05714885104 RENAVAM: 00652648177 MARCA / MODELO: HONDA/CG 125 TITAN
ANO FAB: 1996 N.º CHASSI: 9C2JC250TTR049198

PRÉMIO TARIFÁRIO

TNS (R\$) *****	DETRAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****		IOF (R\$) SEGURO
PAGAMENTO: COTA ÚNICA		DATA DE PAGAMENTO: 02/08/2017
PARCELADO		

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.608/0001-04

19925-1427208-20170802



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA: 1 0065264817-7 CÓD. RENAVAM: 05714885104 B.N.T.R.C.: 00/000000000 EXERCÍCIO: 2018

JOSE NOBRE DE SOUZA

CPF / CNPJ: 05714885104 PLACA: MMR1775/PB

PLACA ANT / UF: MMR1775 PB CHASSI: 9C2JC250TTR049198

ESPECIE TIPO: FAS/MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/CG 125 TITAN ANO FAB.: 1996 ANO MOD.: 1996

CAP / POT / OIL: 2 P/124 /CI CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: AZUL

I	COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC / COTAS
P		00/00/0000	1*
V	FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2*
A	*****	0	3*

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURADO PAGO 26/06/2018

OBSERVAÇÕES:
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOÃO PESSOA - PB LOCAL:

9998



DATA: 11/07/2018

88385

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

PB Nº 014200578243 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 11/07/2018

VIA: 1 CÓD. RENAVAM: 05714885104 PLACA: MMR1775/PB

MARCA / MODELO: HONDA/CG 125 TITAN ANO FAB.: 1996 CAT. TARE: 9 N° CHASSI: 9C2JC250TTR049198

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) *****	DENATRAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
-----------------	----------------------	-----------------------------

CUSTO DO BILHETE (R\$) *****	IOF (R\$) SEGURADO	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) PAGO
------------------------------	--------------------	---

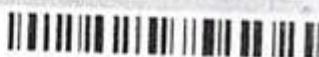
COTA UNICA	PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO: 26/06/2018
------------	-----------	------------------------------

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

38385-0917411-20180711

MMI / 2018



NADA CONSTA SALVO MULTAS EM TRAMITACAO/SUSPENSOS OU EM OUTRO ORGÃO		EMISSAO 48 HS APÓS PGT/0		DATA RECEBIDO: 00/00/0000	
201900004059207		Processo:		Responsável pela Emissão:	
DETTRAN - Departamento Estadual de Transportes da Paraíba		Nome:		Francisco	
JOSE NOLDE SOUZA		CPF:			
05714885104		NOSO NÚMERO:		2019090620015971	
PLACA		CHASSI:		652648177	
MRL1775		9C2JCZC250TR049198		DATA DE EMISSÃO	
LICENCIAMENTO 2019 BOMBEIRO 2019 LIC.C.ATRAS,LEI 7.656		CODIGO RENAVAM		DATA DE VENCIMENTO	
164,47		Multas		06/09/2019	
Taxes		00,00		Bombeiro	
164,47		84,58		Processo:	
Seguro		Cart. Correlativa		00,00	
201900004059207		Processo:		Responsável pela Emissão:	
FRANCISCO		00,00		0	
FRANCISCO		0		0	
FRANCISCO		0		2019	

D A D O S D O V E I C U L O

Placa: MMR1775 PB Proprietario: JOSE NOBRE DE SOUZA
Tipo: MOTOCICLETA Renavam: 652648177 Chassi: 9C2JC250TTR049198
Especie: PASSAGEIRO Categoria: PARTICULAR Marca/Modelo: HONDA/CG 125 TI
Cor: AZUL Fabr/Modelo: 1996/1996 Combustivel: GASOLINA
Situacao: VEICULO EM CIRCULACAO Pagina: 01
16331

E X T R A T O D E M U L T A S

*** N A D A C O N S T A ***

Obs: SALVO MULTAS EM TRAMITACAO EM OUTROS ORGAOS.

Na internet voce tambem participa do governo. <http://paraiba.pb.gov.br>

Sistema Integrado de Veículo
Modulo de Veículos
ATDPC013 - Central de Atendimento

27/12/2019
09:28:17
==> CDV CODATA

Placa : MMR1775 Veiculo: MOTOCICLE HONDA/CG 125 TITAN/AZUL/GASOLINA
Proprietario: JOSE NOBRE DE SOUZA Ultimo Exercicio: 2019
Exercicio: 2019 Vencimento: 31/07/2019
Restri: SEM RESERVA DE DOMINIO Bloq.:
Observ: Roubo/Furto NAO

Nao ha debito de licenc.

1

F1 > F2 < F3 Volta Total Pagar: 0,00 F12 Firm

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190724293 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE NOBRE DE SOUSA **Data do acidente:** 07/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR ESQUERDA.

Descrição do exame AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE, HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E FÍSICO: DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: PERICIANDO SOFREU LUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO ACRÔMIO-CLAVICULAR, FOI TRATADA CONSERVADORAMENTE PORÉM RESULTOU EM PERSISTÊNCIA DA LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 13/01/2020

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190724293 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE NOBRE DE SOUSA **Data do acidente:** 07/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR ESQUERDA.

Descrição do exame AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE, HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E FÍSICO: DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: PERICIANDO SOFREU LUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO ACRÔMIO-CLAVICULAR, FOI TRATADA CONSERVADORAMENTE PORÉM RESULTOU EM PERSISTÊNCIA DA LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 13/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190724293 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE NOBRE DE SOUSA **Data do acidente:** 07/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NA REGIÃO FRONTAL.
LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR ESQUERDA.
TRAUMA TORÁCICO FECHADO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @3 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190724293 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE NOBRE DE SOUSA **Data do acidente:** 07/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/01/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NA REGIÃO FRONTAL.
LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR ESQUERDA.
TRAUMA TORÁCICO FECHADO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @3 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0472535/19

Vítima: JOSE NOBRE DE SOUSA

CPF: 057.148.851-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/09/2019

Titular do CPF: JOSE NOBRE DE SOUSA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE NOBRE DE SOUSA : 057.148.851-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/12/2019
Nome: JOSE NOBRE DE SOUSA
CPF: 057.148.851-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/12/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

JOSE NOBRE DE SOUSA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0461454/19

Vítima: JOSE NOBRE DE SOUSA

CPF: 057.148.851-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/09/2019

Titular do CPF: JOSE NOBRE DE SOUSA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE NOBRE DE SOUSA : 057.148.851-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/12/2019
Nome: JOSE NOBRE DE SOUSA
CPF: 057.148.851-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

JOSE NOBRE DE SOUSA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA