
Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190364004

Vítima: CLEONICE DE ARAUJO CORDULA

Data do Acidente: 11/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLEONICE DE ARAUJO CORDULA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190364004

Vítima: CLEONICE DE ARAUJO CORDULA

Data do Acidente: 11/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLEONICE DE ARAUJO CORDULA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190364004

Vítima: CLEONICE DE ARAUJO CORDULA

Data do Acidente: 11/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CLEONICE DE ARAUJO CORDULA

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

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

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

Nº do sinistro ou ASL: 0.910392119	CPF da vítima: 197.326.514-15	Nome completo da vítima: Elonice de Araújo Condul
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Elonice de Araújo Condul	CPF: 197.326.514-15	
Profissão: Fisioterapeuta	Endereço: Severino Nicolau de Melo	Número: 5060 Complemento: BLA AP 506
Bairro: JD Oceanía	Cidade: Jacaré	Estado: SP CEP: 13037-700
E-mail:		Tel.(DDD): (13) 941928028

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)	☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Caixa
AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: 456 (Informar o dígito se existir)
CONTA: (Informar o dígito se existir)	CONTA: 2516660 9 (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **Jacaré, 05/06/2019**
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Elonice de Araújo Condul
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
 1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 2ª | Nome: _____
 CPF: _____

LIFE ASSESSORIA
 05 JUN. 2019
 Assinatura: _____
 Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CAIXA
CONTA CORRENTE

603689 0010 56234 2089

CLEONICE ARAUJO CORDULA

VALID
THRU

03/21

1456 001 00251660-9

MasterCard

débito



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01697.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01697.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:24 horas do dia 11 de fevereiro 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 Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Luciana da Costa Vasconcelos**, CPF nº 826.151.954-68, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Representante Comercial, filho(a) de Josefa Henrique da Silva e Manoel Pereira da Costa e Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 29/08/1973 (45 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Comandante Matos Cardoso, Nº 150, bairro Castelo Branco, tendo como ponto de referência Próximo Ao Mercado Público., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98767-4994,

Dados do(s) Fatos:

Local: Girador Que Fica Em Frente a Reitoria., João Pessoa/PB, bairro Castelo Branco; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/02/19 11:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **OUTROS FATOS.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NA MANHÃ DE HOJE, POR VOLTA DAS 11:30, A DECLARANTE CONDUZIA O SEU VEÍCULO - HONDA FIT DE COR PRATA DE PLACA OFA5143/PB; ANO/MOD. 2014/2014 - NO INTERIOR DA UFPB QUANDO AO ENTRAR NO GIRADOR A DECLARANTE COLIDIU NA LATERAL DE UMA MOTO YAMAHA NMAX DE COR VERMELHA DE PLACA QFQ7775 CONDUZIDA PELA SRA. CLEONICE DE ARAÚJO CORDULA, QUE A DECLARANTE REALIZOU TODOS OS PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS AGUARDOU O CORPO DE BOMBEIROS QUE RESGATOU A MOTORISTA CONSCIENTE E ORIENTADA E CONDUZIA A MESMA AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA COM A PRESENÇA DA FILHA DA DECLARANTE DE NOME LUIZA MARIA DA COSTA VASCONCELOS, QUE AGUARDOU A CHEGADA DA BPTRAN - QUE NÃO SE DIRIGIU ATÉ O LOCAL POIS ALEGOU QUE A VÍTIMA TINHA SIDO REMOVIDA E ORIENTOU A DECLARANTE A PRESTAR UM BOLETIM DE OCORRÊNCIA NARRANDO OS FATOS, QUE HOUVE DANOS MATERIAIS EM AMBOS VEÍCULO E QUE A DECLARANTE ASSUME A RESPONSABILIDADE PELA COLISÃO.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02244.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02244.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:49 horas do dia 25 de fevereiro 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 Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Cleonice de Araujo Cordula**, CPF nº 197.326.514-15, RG nº 303136 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Fisioterapeuta, filho(a) de Adilia de Araujo e Joao Cordula, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 13/02/1955 (64 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Severino Nicolau de Melo, Nº 1060, bairro Jardim Oceania, tendo como ponto de referência Bloco a Apt 302, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98644-8999.

Dados do(s) Fatos:

Local: Ufpb, Em Frente a Reitoria, João Pessoa/PB, bairro Castelo Branco; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/02/19 11:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 2º: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 11/02/2019, POR VOLTA DAS 11:00, ESTAVA GUIANDO A MOTOCICLETA YAMAHA NMAX DE COR VERMELHA, ANO 2016/17 E PLACA QFQ-7775/PB, CHASSI 9C6SG3310H0001610, DENTRO DA UFPB EM FRENTE A REITORIA, QUANDO ESTAVA DENTRO DE UM GIRADOR, MOMENTO EM QUE A MOTORISTA DO VEICULO HONDA FIT DE COR PRATA E PLACA OFA-5143/PB, A SENHORA LUCIANA DA COSTA VASCONCELOS, PORTADORA DO CPF: 826.151.954-08, NÃO RESPEITOU A PLACA DE PREFERÊNCIA VINDO A COLIDIR NA MOTOCICLETA GUIADA POR ESTA NOTIFICANTE, QUE ESTA NOTIFICANTE FOI SOCORRIDA POR UMA AMBULÂNCIA DO CORPO DE BOMBEIROS ATÉ O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA; QUE NO DIA 12/02/2019 FOI ATÉ A CLINOR, ONDE FOI ATENDIDA E DIAGNOSTICADA COM CID S42.4 + M22.3 CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. RAIMUNDO VASCONCELOS JORDÃO; QUE A SENHORA LUCIANA ASSUMIU A RESPONSABILIDADE PELO ACIDENTE E COMPROMETEU-SE A ARCAR COM TODAS AS DESPESAS ADVINDAS DESTA COLISÃO, INCLUSIVE DO TRATAMENTO DESTA NOTIFICANTE, PORÉM A MESMA APÓS PARTE DO TRATAMENTO PASSOU A DESCUMPRIR COM O QUE HAVIA PROMETIDO; QUE VEIO A ESTA DELEGACIA AFIM DE QUE O FATO FIQUE REGISTRADO.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 25 de fevereiro de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR
Agente de Investigação


CLEONICE DE ARAUJO CORDULA
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

090392119

CPF da vítima:

197.326.514-15

Nome completo da vítima:

Ekonice de Araújo Condulua

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

Nome completo:

Ekonice de Araújo Condulua

CPF:

197.326.514-15

Profissão:

Fisioterapeuta

Endereço:

Severino Nicolau de Melo

Número:

3060

Complemento:

BA AD 306

Bairro:

JD OCCASIA

Cidade:

Jaracá

Estado:

16

CEP:

38037-700

E-mail:

Tel.(DDD):

(93) 941928028

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

456

CONTA:

2516660

9

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data,

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

2ª | Nome:

CPF:



Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



12345678910111213141516171819202122232425262728293031323334353637383940414243444546474849505152535455565758596061626364656667686970717273747576777879808182838485868788899091929394959697989910010110210310410510610710810911011111211311411511611711811912012112212312412512612712812913013113213313413513613713813914014114214314414514614714814915015115215315415515615715815916016116216316416516616716816917017117217317417517617717817918018118218318418518618718818919019119219319419519619719819920020120220320420520620720820921021121221321421521621721821922022122222322422522622722822923023123223323423523623723823924024124224324424524624724824925025125225325425525625725825926026126226326426526626726826927027127227327427527627727827928028128228328428528628728828929029129229329429529629729829930030130230330430530630730830931031131231331431531631731831932032132232332432532632732832933033133233333433533633733833934034134234334434534634734834935035135235335435535635735835936036136236336436536636736836937037137237337437537637737837938038138238338438538638738838939039139239339439539639739839940040140240340440540640740840941041141241341441541641741841942042142242342442542642742842943043143243343443543643743843944044144244344444544644744844945045145245345445545645745845946046146246346446546646746846947047147247347447547647747847948048148248348448548648748848949049149249349449549649749849950050150250350450550650750850951051151251351451551651751851952052152252352452552652752852953053153253353453553653753853954054154254354454554654754854955055155255355455555655755855956056156256356456556656756856957057157257357457557657757857958058158258358458558658758858959059159259359459559659759859960060160260360460560660760860961061161261361461561661761861962062162262362462562662762862963063163263363463563663763863964064164264364464564664764864965065165265365465565665765865966066166266366466566666766866967067167267367467567667767867968068168268368468568668768868969069169269369469569669769869970070170270370470570670770870971071171271371471571671771871972072172272372472572672772872973073173273373473573673773873974074174274374474574674774874975075175275375475575675775875976076176276376476576676776876977077177277377477577677777877978078178278378478578678778878979079179279379479579679779879980080180280380480580680780880981081181281381481581681781881982082182282382482582682782882983083183283383483583683783883984084184284384484584684784884985085185285385485585685785885986086186286386486586686786886987087187287387487587687787887988088188288388488588688788888989089189289389489589689789889990090190290390490590690790890991091191291391491591691791891992092192292392492592692792892993093193293393493593693793893994094194294394494594694794894995095195295395495595695795895996096196296396496596696796896997097197297397497597697797897998098198298398498598698798898999099199299399499599699799899910001001100210031004100510061007100810091010101110121013101410151016101710181019102010211022102310241025102610271028102910301031103210331034103510361037103810391040104110421043104410451046104710481049105010511052105310541055105610571058105910601061106210631064106510661067106810691070107110721073107410751076107710781079108010811082108310841085108610871088108910901091109210931094109510961097109810991100110111021103110411051106110711081109111011111112111311141115111611171118111911201121112211231124112511261127112811291130113111321133113411351136113711381139114011411142114311441145114611471148114911501151115211531154115511561157115811591160116111621163116411651166116711681169117011711172117311741175117611771178117911801181118211831184118511861187118811891190119111921193119411951196119711981199120012011202120312041205120612071208120912101211121212131214121512161217121812191220122112221223122412251226122712281229123012311232123312341235123612371238123912401241124212431244124512461247124812491250125112521253125412551256125712581259126012611262126312641265126612671268126912701271127212731274127512761277127812791280128112821283128412851286128712881289129012911292129312941295129612971298129913

Apresentar fotos dos postes e/ou da obra e/ou
em suas escaras a noite, informe à prefeitura de sua cidade
e, em caso de qualquer dúvida, consulte o departamento de trânsito da
cidade de sua cidade.

Indicadores de Qualidade				Compras de Consumo		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
SIG MENSAL	4,25	0,00	NOMINAL	Serviços de Cst da Energia-PE	6,00	24,69
SIG TRIMESTRAL	0,91			Serviços de Energia	2,00	39,61
SIG ANUAL	10,62			Serviços de Transmissão	0,00	0,00
SIG MENSAL	4,25	0,00	CONTRATADA	Serviços de Distribuição	1,44	4,98
SIG TRIMESTRAL	0,47			Serviços de Manutenção	7,93	30,84
SIG ANUAL	12,62			Outros Serviços	0,00	0,00
				Total	24,69	100,00

Faturas em atraso

AVISO: Firmado em nome do **DEBITO ANTERIOR**, já recebido a suspensão do fornecimento e/ou acesso a qualquer momento até o término do prazo de 30 (trinta) dias, contado da data de vencimento do fatura vencida e não paga e futura confirmada.

Nov/16	67,31
Out/16	98,22
Set/16	99,16
Ago/16	98,15
Jul/16	98,95
Jun/16	106,75
Mai/16	94,55
Abr/16	91,55





CLINOR

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



laudo medico

Cláudio de Araújo con-
sulta RG 79071218

Atendimento nesta cli-
nica em 12-02-19 às 13:10

com diagnóstico de
fratura do úmero e
fratura de duas costelas
a direita

Atende o paciente
de maneira adequada na
ambulatório
010 5424

5273

12-03-19



CENTRO - Av. Getúlio Vargas, 126 - 83 3015 2029

PRAIA - Av. General Edson Ramalho, 479 - 83 3226 7555

SUL - Av. Walfredo Macedo Brandão, 1011 - 83 3235 4348

[Signature]

Dr. Ramundo Vasconcelos Jordão
CRM 1456

CLINOR - Av. João Pessoa, 88
CLINOR.COM.BR



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE CLEONICE DE ARAUJO CORDULA
DADOS DE NASCIMENTO 13/02/55
NOME DA MÃE ADILIA DE ARAUJO

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.142.394

Nº PRONTUARIO

DATA DO ATENDIMENTO 11/02/19

HORA DO ATENDIMENTO 11:38

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO E +
TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS

CID 10 S 42.2 + T 07

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x carro), apresentando dor no ombro E, tórax D + região costal D e lombar, além de cotovelo E. É diabética. Glasgow 15. Avaliada pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC da coluna lombo-sacra
RX do ombro D - AP e Oblíquo
RX do braço E - AP e P
RX do cotovelo E - AP e P
RX da bacia - AP
USG do abdome total - FAST



TRATAMENTO:

Fratura da extremidade superior do úmero E ao RX. Sem alteração à TC, USG e aos outros RX. Realizado atendimento, imobilização, medicação e tratamento conservador aos cuidados da Ortopedia, Neurocirurgia e da Cirurgia Geral.

ALTA HOSPITALAR: 11/02/19
DATA DA EMISSÃO: 12/04/19

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB



AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1142394



Identificação do paciente

ID 1375210	Nome CLEONICE DE ARAUJO CORDULA	Sexo Feminino
Data de nascimento 03/02/1966	Idade 64 anos 8 dias	Estado civil Religião
Mãe ADILIA DE ARAUJO	Pai JOAO CORDULA	Prontuário
Escolaridade	Responsável (Pare-mes-co) LUIZA MARIA DA COSTA VASCONCELOS - ACOMPANHANTE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988044866	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 303136	Nº Cns
Local de procedência CASTELO BRANCO I	Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CEOR

Endereço

CEP 58050120	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro COMANDANTE MATOS CARDOSO
Número 150	Complemento	Bairro CASTELO BRANCO	

Admissão

Data e Hora 11/02/2019 11:38:25	Número da pulseira 1000007106735	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não
Melo de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou	

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Rolo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

História de acidente de moto, colisão, e fratura com relato de dor no MSE, após avaliação em urgência pelo COT João Batista Viana COREN-PB 370837-ENF		CID
Diagnóstico		
Atendido por JULLY CESAR FERREIRO DOS ANJOS		Tempo 41s09

Imprimir





ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente CLEONICE DE ARAUJO CORDULA		BAE 1142384	Data/Hora Entrada 11/02/2019 11:38:25	Data Baixa
Data de nascimento 03/02/1955	Idade 64a 8d	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 999862974
Mãe ADILIA DE ARAUJO			Prontuário	
Endereço COMANDANTE MATOS CARDOSO, 350		Bairro CASTELO BRANCO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL ESPINDOLA RONCONI		Nº Cons. Regional 7423/PB
Data/Hora Classificação 11/02/2019 11:38:25		Data/Hora Prescrição 11/02/2019 14:51:29		

Anamnese

#NCR

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, NAUSEAS OU VOMITOS.
REFERE DOR EM OMBRO ESQUERDO E DOR EM REGIAO COSTAL DIREITA.

AO EXAME

ECG 15/15

SEM DEFICITS MOTORES

ISO/FOTO

TC DE COLUNA LOMBAR. NAO HA FRATURAS. PRESENÇA DE SINAIS DE DOENÇA DEGENERATIVA.

RD. TRM LEVE

CD.

ALTA DA NCR

AV. ORTOPEDIA

Conduta

Em observação



Daniel Ronconi
CRM: 7423/PB

CLEONICE DE ARAUJO CORDULA

DANIEL ESPINDOLA RONCONI
(CRM: 7423/PB)



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201931898529

Data Nasc: 03/02/1955 - 64 anos

Paciente: CLEONICE DE ARAUJO CORDULA

Data Exame: 11/02/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA LOMBOSSACRA

Técnica:

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

Análise:

Osteófitos marginais anteriores em todos os corpos vertebrais lombares e posteriores em L5 e S1.

Redução do espaço discal L5 S1 com degeneração gasosa do disco.

Sinais de artropatia degenerativa facetária no nível L5 S1.

Ausência de traços de fratura com desalinhamento significativo.

Processos transversos e espinhosos sem alterações.

Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.

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

Nota: Estudo tomográfico não direcionado para avaliação de hérnias ou protrusões discais.

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 11/02/2019 14:19.

Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201931896891

Data Nasc: 03/02/1955 - 64 anos

Paciente: CLEONICE DE ARAUJO CORDULA

Data Exame: 11/02/2019

ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME TOTAL

***** Exame realizado em caráter de urgência/ emergência.**

Não há líquido livre na cavidade abdominal.

Demais órgãos abdominais sem alterações ecográficas significativas detectáveis no presente estudo.

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



Este laudo foi liberado em 11/02/2019 12:32.

Dr. Igor Motta de Aquino
CRM: 6512- PB

União Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente CLEONICE DE ARAUJO CORDULA		BAE 1142394	Data/Hora Entrada 11/02/2019 11:38:25	Data Baixa
Data de nascimento 03/02/1955	Idade 64a 8d	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 999862974
Mãe ADILIA DE ARAUJO		Prontuário		
Endereço COMANDANTE MATOS CARDOSO, 150		Bairro CASTELO BRANCO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GILSON MARCELO PEREIRA DE MELO	Nº Cons. Regional 3448/PB
Data/Hora Classificação 11/02/2019 11:38:25		Data/Hora Prescrição 11/02/2019 13:24:36		

Anamnese

paciente com dor intensa no ombro esquerdo e região lombar,
hd. fratura da cabeça do úmero.

conduta - aguarda exames laboratorial
solicito tc da coluna lombar
raio x da bacia
parecer do ortopedista
parecer da neurocirurgia
observação.
sinais vitais
anotar débito e coloração da urina
tramal 100 mg iv

MEDICAÇÃO

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DOR LOMBAR)

EXAME DE IMAGEM

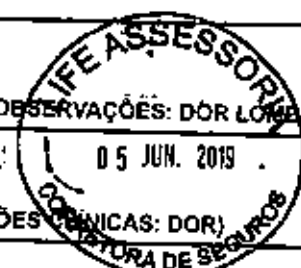
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA S/ CONTRASTE, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DOR)
RADIOGRAFIA DE BACIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DOR)

CID10

Código	Descrição
R52.0	Dor aguda

Conduta

Em observação



CLEONICE DE ARAUJO CORDULA

GILSON MARCELO PEREIRA DE MELO
(: 3448/PB)

THE

Nome do medicamento	Dose	Q.m.	Intervalo de uso

~~Assinatura Carimbo do Profissional~~



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn. PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente: CLEONICE DE ARAUJO CORDULA		RAE: 1142394	Data/Hora Entrada: 11/02/2019 11:38:25	Data Baixa:
Data de nascimento: 03/02/1955	Idade: 64a 8d	Sexo: Feminino	CNS:	Telefone de Contato: (83) 986044865
Mãe: ADILIA DE ARAUJO			Prontuário:	
Endereço: COMANDANTE MATOS CARDOSO, 150		Bairro: CASTELO BRANCO	Município: JOAO PESSOA	UF: PB
Acidente: VEICULO X MOTO	Motivo: ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional: LENISIO BRAGANTE DE ARAUJO	Nº Cons. Regional: 3131/PB	
Data/Hora Classificação: 11/02/2019 11:38:25		Data/Hora Prescrição: 11/02/2019 11:53:58		

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE ENTRE MOTO E CARRO. USAVA CAPACETE. REFERE DOR NO TORAX A DIREITA E COVELO ESQUERDO. É DIABETICA. TEM ALERGIA A DIPIRONA.

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H, DURANTE 24 HORA(S)

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

PARACETAMOL 750MG (COMPRIMIDO), ADMINISTRAR 750,0 MG VIA ORAL, 8/8H

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA COMPLETO

COAGULOGRAMA COMPLETO

UREIA

CREATININA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PERFIL DIREITO)

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: E COTOVELO ESQUERDO)

ULTRASSONOGRAMA - FAST

RADIOGRAFIA DE BRACO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: E COTOVELO ESQUERDO)

CID10

Código	Descrição
R52.0	Dor aguda

Conduta

Em observação



CRM 5131



ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente CLEONICE DE ARAUJO CORDULA	RAE 1142394	Data/Hora Entrada 11/02/2019 11:38:25	Data Baixa 2019-02-11 16:39:08.0
Data de nascimento 03/02/1955	Idade 64a 8d	Sexo Feminino	CNS
Nome ADILIA DE ARAUJO			Telefone de Contato (83) 999862974
Endereço COMANDANTE MATOS CARDOSO, 150	Bairro CASTELO BRANCO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TORIBIO GOMES PEREIRA	Nº Cons. Regional 6350/PB
Data/Hora Classificação 11/02/2019 11:38:25		Data/Hora Prescrição 11/02/2019 16:39:12	

Anamnese

PACIENTE COM FRATURA DO UMERUO PRXIMAL ESQ.
PASSIVEL MDE TTO CONSERVADOR
CD. JONES, ALTA
HTOP

Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

Usuário
TORIBIO GOMES PEREIRA
Motivo de Alta
ALTA HOSPITALAR

Data e Hora
11/02/2019 16:39:08
Observações

CLEONICE DE ARAUJO CORDULA

TORIBIO GOMES PEREIRA
(CRM: 6350/PB)



TORIBIO GOMES PEREIRA
Diretor de Atendimento
CRM: 6350/PB



CLINOR

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

LIMBO MEDICO

Classe de 19 parados
Pg. 790410

Perfuração da fratura
do Ulna proximal
e fratura da costela e o
coração por acidente
foi a morte e o feto na
via pública

5424

M225



19/02/19

Dr. Ramundo Vasconcelos Jordão

CRM 1456

CLINOR LTDA, João Pessoa-PB



CENTRO - Av. Getúlio Vargas, 126 - 83 3015 2029
PRAIA - Av. General Edson Ramalho, 479 - 83 3226 7555
SUL - Av. Walfrido Macedo Brandão, 1011 - 83 3235 4348

WWW.CLINOR.COM.BR

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

NOME
CLEONICE DE ARAUJO CORDULA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR
303136 SSP PB

CPF
197.326.514-15

DATA NASCIMENTO
13/02/1955

FILIAÇÃO
JOAO CORDULA
ADILIA DE ARAUJO

PERMISSÃO
ACB CATAR

1ª REGISTRO
01693931129

VALIDADE
29/07/2021

1ª HABILITAÇÃO
02/08/1995

Observações
A ;

Cleonice de Araujo Cordula
Assinatura do portador

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
01/08/2016

[Assinatura]
71651861567
PB032994567

DETRAN - PB (PARAIBA)

**VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL**
1290175545

PROIBIDO PLASTIFICAR
1290175545





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADADES

Nº 013746851431

DETRAN - PD
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 19732651415

1 0109102725-8 00/00000000 2017

CLEONICE DE ARAUJO CORDEIRA

19732651415

QF07775/PB

NOVO

PB 9C6SG3310H0001610

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

GASOLINA

YAMAHA/NMAX

2016

2017

2 E/155 /CI

PARTIC

VERMELHA

IPVA PAGO EM 00/00/0000

0

SEGURO P A G O 02/06/2017

A.F. CAIXA ECONOMICA FEDERAL

JOAO PESSOA-PB

41823

Handwritten signature

06/10/2017

19275

PB Nº 013746851431

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

1 19732651415

2017 06/10/2017

QF07775/PB

01091027258

YAMAHA/NMAX

2016 9

9C6SG3310H0001610

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHPJ 00.248.600/0001-44

19275-1508170-20171006

2102-000



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Elaine de Araújo Cordeiro

DATA DO ACIDENTE 13/02/2019 CPF DA VÍTIMA 197.326.514-15

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR SEVERINO NICOLAU DE MELO

Nº 1060 COMPLEMENTO BLA AP 306 BAIRRO JO OCEANIA

CIDADE JOÃO PESSOA UF PB CEP 58037-700

E-MAIL _____ TELEFONE (83) 491928028

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 05/06/2019IDENTIDADE 803136ASSINATURA Elaine A. Cordeiro

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

05 JUN. 2019

DATA

ASSINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190364004 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEONICE DE ARAUJO CORDULA **Data do acidente:** 11/02/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA CABEÇA DO ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P.10
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190364004 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEONICE DE ARAUJO CORDULA **Data do acidente:** 11/02/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA CABEÇA DO ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P.10
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0190392/19

Vítima: CLEONICE DE ARAUJO CORDULA

CPF: 197.326.514-15

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/02/2019

Titular do CPF: CLEONICE DE ARAUJO CORDULA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

CLEONICE DE ARAUJO CORDULA : 197.326.514-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/06/2019
Nome: CLEONICE DE ARAUJO CORDULA
CPF: 197.326.514-15

CLEONICE DE ARAUJO CORDULA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/06/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA