
Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190596540

Vítima: CICERO BEZERRA DA SILVA

Data do Acidente: 02/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CICERO BEZERRA DA SILVA

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, 28 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190596540

Vítima: CICERO BEZERRA DA SILVA

Data do Acidente: 02/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CICERO BEZERRA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 16/11/2017, emitido pelo Dr. ROBERTO SANTOS CRM nº 1590 - PB, da Instituição COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 263.246.218-55 4 - Nome completo da vítima: Biceno Bezerra da Silva

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

5 - Nome completo: Biceno Bezerra da Silva 6 - CPF: 263.246.218-55
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: R. Chico Mendes 9 - Número: 227 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Claro Andreazza 12 - Cidade: Bayeux 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58305-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): (83) 986634900

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: ☒ RECUSO 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)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 909 CONTA: 0053150 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 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 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 Lider 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 nascituro (ou nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós 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 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bayeux - PB 24/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 263.246.218-55 4 - Nome completo da vítima: Biceno Bezerra da Silva

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

5 - Nome completo: Biceno Bezerra da Silva 6 - CPF: 263.246.218-55
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: R. Chico Mendes 9 - Número: 227 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Claro Andrezza 12 - Cidade: Bayeux 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58305-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): (83) 986634900

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: ☒ RECUSO 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)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 909 CONTA: 0053150 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 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 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 Lider 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 nascituro (ou nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós 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 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bayeux - PB 24/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 263.246.218-55 4 - Nome completo da vítima: Biceno Bezerra da Silva

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

5 - Nome completo: Biceno Bezerra da Silva 6 - CPF: 263.246.218-55
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: R. Chico Mendes 9 - Número: 227 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Claro Andreazza 12 - Cidade: Bayeux 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58305-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): (83) 986634900

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: ☒ RECUSO 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)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 909 CONTA: 0053150 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 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 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 Lider 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 nascituro (ou nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós 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 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bayeux - PB 24/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 11575.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 11575.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:44 horas do dia 04 de outubro 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 José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Cicero Bezerra da Silva**, CPF nº 263.246.218-55, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Servente, filho(a) de Maria Jose Bezerra da Silva, natural de Itabaiana/PB, nascido(a) em 14/03/1974 (45 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Chico Mendes, Nº 227, bairro Mário Andreazza, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98868-7399.

Dados do(s) Fatos:

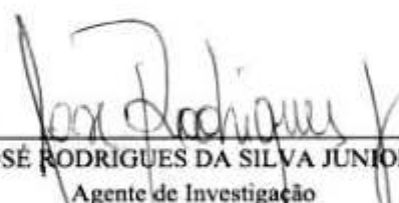
Local: Rua Getúlio Vargas, Rio do Meio, Bayeux/PB, bairro Rio do Meio; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 02/11/17 13:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

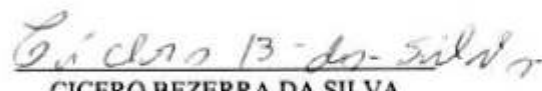
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 02/11/2017, POR VOLTA DAS 13:30, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA FAN D COR PRETA, ANO 2009/10, PLACA KJM-0710/PE, CHASSI 9C2JC4120AR032238, REGISTRADA EM NOME DE ANTONIO SERCIO DA SILVA, NA RUA GETÚLIO VARGAS, RIO DO MEIO, BAYEUX/PB, QUANDO UMA MOTOCICLETA ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADA QUE VINHA NA MESMA RUA, PORÉM EM SENTIDO OPOSTO INVADIU A FAIXA POR ONDE VINHA GUIANDO ESTE NOTIFICANTE E COLIDIU DE FRENTE COM O MESMO; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE 4º E 5º METACARPO DIREITO, CONFORME CERTIDÃO 0350/2018, ASSINADA PELA MEDICA ROSANGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA.

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.

João Pessoa/PB, 04 de outubro de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


CICERO BEZERRA DA SILVA
Noticiante



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 11575.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 11575.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:44 horas do dia 04 de outubro 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 José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Cicero Bezerra da Silva**, CPF nº 263.246.218-55, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Servente, filho(a) de Maria Jose Bezerra da Silva, natural de Itabaiana/PB, nascido(a) em 14/03/1974 (45 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Chico Mendes, Nº 227, bairro Mário Andreazza, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98868-7399.

Dados do(s) Fatos:

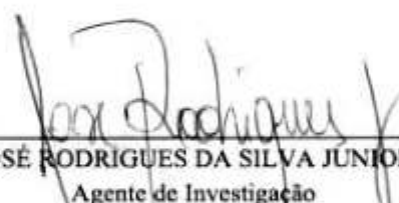
Local: Rua Getúlio Vargas, Rio do Meio, Bayeux/PB, bairro Rio do Meio; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 02/11/17 13:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

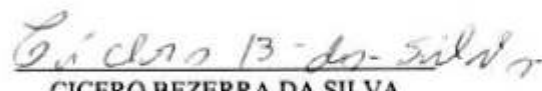
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 02/11/2017, POR VOLTA DAS 13:30, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA FAN D COR PRETA, ANO 2009/10, PLACA KJM-0710/PE, CHASSI 9C2JC4120AR032238, REGISTRADA EM NOME DE ANTONIO SERCIO DA SILVA, NA RUA GETÚLIO VARGAS, RIO DO MEIO, BAYEUX/PB, QUANDO UMA MOTOCICLETA ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADA QUE VINHA NA MESMA RUA, PORÉM EM SENTIDO OPOSTO INVADIU A FAIXA POR ONDE VINHA GUIANDO ESTE NOTIFICANTE E COLIDIU DE FRENTE COM O MESMO; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE 4º E 5º METACARPO DIREITO, CONFORME CERTIDÃO 0350/2018, ASSINADA PELA MEDICA ROSANGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA.

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.

João Pessoa/PB, 04 de outubro de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


CICERO BEZERRA DA SILVA
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 263.246.218-55 4 - Nome completo da vítima: Gicero Bezerra da Silva

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

5 - Nome completo: Gicero Bezerra da Silva 6 - CPF: 263.246.218-55
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Chico Mendes 9 - Número: 227 10 - Complemento:
11 - Bairro: Carlos Andreazza 12 - Cidade: Bayeux 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58305-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 83 986634900

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: ☒ RECUSO 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: 909 CONTA: 0053150 9 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 nascituro (ou nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bayeux - PB 24/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 263.246.218-55 4 - Nome completo da vítima: Bicero Bezerra da Silva

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

5 - Nome completo: Bicero Bezerra da Silva 6 - CPF: 263.246.218-55
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: R. Chico Mendes 9 - Número: 227 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Claro Andreazza 12 - Cidade: Bayeux 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58305-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): (83) 986634900

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: ☒ RECUSO 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)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 909 CONTA: 0053150 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 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 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 Lider 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 nascituro (ou nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós 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 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO

Nº0350/2018

Atendendo solicitação de **ALEXANDRA CESAR DUARTE** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador TarcísioBurity, certifico a constatação de Ficha nº 74625 Prontuário nº 2017.11.0201 pertencentes a **CICERO BEZERRA DA SILVA** que foi atendido dia 02/11/2017 às 14H24min, vítima de colisão de moto x moto, apresentando trauma em membro superior direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do 4º e 5º metacarpo direito. Realizado tratamento conservador e alta medica dia 16/11/17.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 28 de fevereiro de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

CERTIDÃO

Nº0350/2018

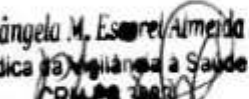
Atendendo solicitação de **ALEXANDRA CESAR DUARTE** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador TarcísioBurity, certifico a constatação de Ficha nº 74625 Prontuário nº 2017.11.0201 pertencentes a **CICERO BEZERRA DA SILVA** que foi atendido dia 02/11/2017 às 14H24min, vítima de colisão de moto x moto, apresentando trauma em membro superior direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do 4º e 5º metacarpo direito. Realizado tratamento conservador e alta medica dia 16/11/17.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 28 de fevereiro de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde

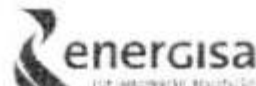

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Risco para sempre pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica. Nº 031.704.252



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc.Est. 16.015.623-0

DADOS DO CLIENTE

SANDRA LUCIA RIBEIRO DA SILVA
RUA CHICO MENDES 227 Q 120 L 10
BAYEUX

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/419722-4

REFERÊNCIA

SET/2019

APRESENTAÇÃO

25/09/2019

CONSUMO

0

VENCIMENTO

02/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 13,15

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 06797.586176 2 80300000001315

Pagador: SANDRA LUCIA RIBEIRO DA SILVA CNPJ/CPF: 047.935.984-98

RUA CHICO MENDES 227 Q 120 L 10 - MARIO ANDREAZZA - BAYEUX / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120006797586	000419722201909	02/10/2019	R\$ 13,15	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

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

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

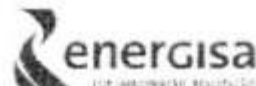


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Risco para sempre pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica. Nº 031.704.252



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc.Est. 16.015.623-0

DADOS DO CLIENTE

SANDRA LUCIA RIBEIRO DA SILVA
RUA CHICO MENDES 227 Q 120 L 10
BAYEUX

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/419722-4

REFERÊNCIA

SET/2019

APRESENTAÇÃO

25/09/2019

CONSUMO

0

VENCIMENTO

02/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 13,15

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 06797.586176 2 80300000001315

Pagador: SANDRA LUCIA RIBEIRO DA SILVA CNPJ/CPF: 047.935.984-98

RUA CHICO MENDES 227 Q 120 L 10 - MARIO ANDREAZZA - BAYEUX / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120006797586	000419722201909	02/10/2019	R\$ 13,15	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

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

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



INSTITUTO MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MARCAREIRA GOV. TARCISIO BURITTY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58155-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: - CNPJ:

Ficha Nr: 74626 Arq: Nao Enclad
Data: 02/11/2017
Hora: 14:24:35
Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS ALV
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: CARO BEZERRA DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.11.000201

Sexo: M IDENTIDADE: 344763063 Fone: 988511448

Natural: ITABAIANA/PB Data Nasc.: 14/03/1974 Id: 43 anos

End.: RUA UNICO MENDES (AREA III).224

Bairro: MUTIRAO Cidade: BAYeux UF: PB

Nome: CARO BEZERRA DA SILVA

Pal: NAO DECLARADO

Prof: SEM INFORMACAO End: SEM INFORMACAO

Ocupacao: CARRETEREIRO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Exames de Entrada

Escolaridade:

Respo: CARO BEZERRA DA SILVA

Tel/Mob. Responsavel: 988511448 / IDENTIDADE: 344763063

P: Local: RUA

Transfere: Nao Enclad SAMU

Viajem de entrada: por COLMOTOXIMO HA 40 MINUTOS NA

Viajem de viciencia por GETULIO VARGAS PROX. AO RIO DO MEIO

1: Cam Volicial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

RA: EP:

[] Aparentemente Bem [] Grave

ER: TP:

[] Politraumatizado [] Convulso

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: DTP:

[X] Regular [] Chocho

[] Vomito

1: Cam Volicial

Observacao

CONDICAO: NAO COM MOTO. PACIENTE APRESENTA
LESOES E TRAUMATISMO

Amo de 2017 em 14 de Outubro, Nao Enclad em
Domingo

Exame Fisico (hora do atendimento medico)

Exame Fisico em Nao Enclad

Exame Fisico em Nao Enclad

Diagnostico

Exame Fisico em Nao Enclad

Exame Fisico em Nao Enclad

Exame Fisico em Nao Enclad

Dr. David Christian
Médico Residente - Cirurgia Geral
CRM PB 10877

1 - Faço um - A vidente de trans
apresenta um, colu e depois mostra
em mão (1)
+ coque - em um e dois
linhas (2)

12 - Fresh Bone 4° & 5° root

[illegible]

20. $\text{C}_2\text{H}_5\text{COOH} \rightarrow \text{C}_2\text{H}_5\text{COCl}$
 $\text{C}_2\text{H}_5\text{COOH} \rightarrow \text{C}_2\text{H}_5\text{COCl}$
 $\text{C}_2\text{H}_5\text{COOH} \rightarrow \text{C}_2\text{H}_5\text{COCl}$

Dr. Eneas P. Bessa Neto
MEDICO
CRM 12345

Dr. French L

17/11/2014 14:16:11

NOTICE TO READERS

Transferido	(1)	Resistência	(1)	INT
Enfermaria	(1)	Obito	(1)	INT

2000



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 02/11/74

Nome: Leandro Augusto de Silva

Prontuário: _____ **Idade:** _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ **Bairro:** _____

Cidade: _____ **Estado:** _____ **Fone:** _____ **Profissão:** _____

Sexo: F () M () **Cor:** _____ **Estado Civil:** _____ **Religião:** _____

Escolaridade: _____ **Data de Nascimento:** 24/12/74

QPD: Doença de origem desconhecida

HDA: Doença de origem desconhecida

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudorese ☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe ☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia ☐ Audição: _____ ☐ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise ☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ ☐ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas ☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria ☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposuio ☐ Deformidades ☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade _____ ☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA



**MINISTÉRIO DA
SAÚDE**
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <i>Elcio Regina da Silva</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: <i>43</i>	SEXO: <i>M</i>	R.A.: <i>M</i>	CLÍNICA: <i>Arde</i>	ENE:	LÍQUO
DATA DE ADMISSÃO: <i>2/11/11</i>		DATA DE ALTA: <i>10/11/11</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>Fadiga muscular</i>				CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <i>Sem dor</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					

PROCEDIMENTO REALIZADO:									
Tuberculose pulmonar - dr									
M. Roberto Soares									
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA									
ANATOMIA PATOLÓGICA									
INFECÇÃO F.O.		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA									
CONDICION DE ALTA		<input type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/> ÓBITO			

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPIA E COMPLICAÇÕES)

Doente com
9 anos
confundido.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: líquida

REPOUSO: Relativo em casa por 90 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 40 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Aliviar a dor com 100 -

RETORNO Ao posto de saúde em 12/11/2012 para retirada de pontos
Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.

DATA 16/11/14 _____ ASS. MÉDICO / CRM Dr. Roberto A. Santos
Orto - Traumatologia
CRM PR 7590

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

INSTITUTO MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MARCAREIRA GOV. TARCISIO BURITTY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58155-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: - CNPJ:

Ficha Nr: 74626 Arq: Nao Finalizada
Data: 02/11/2017
Hora: 14:24:35
Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS ALV
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: CARO BEZERRA DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.11.000201

Sexo: M IDENTIDADE: 344763063 Fone: 988511448

Natural: ITABAIANA/PB Data Nasc.: 14/03/1974 Id: 43 anos

End.: RUA UNICO MENDES (AREA III).224

Bairro: MUTIRAO Cidade: BAYeux UF: PB

Nome: JOSE BEZERRA DA SILVA

Pal: NAO DECLARADO

Prof: SEM INFORMACAO End: SEM INFORMACAO

Ocupacao: CARRETEREIRO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Exames de Entrada

Escolaridade:

Respo: CARO BEZERRA DA SILVA

Tel/Mob. Responsavel: 988511448 / IDENTIDADE: 344763063

P: Local: RUA

Transfere para: SAMU

Viajem de acidente por: COL. MOTOCICLETA HA 40 MINUTOS NA

Viajem de violencia por: GETULIO VARGAS PROX. AO RIO DO MEIO

1: Caso Violencia

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

RA: EP:

[] Aparentemente Bem [] Grave

ER: TP:

[] Politraumatizado [] Convulso

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: DEX:

[X] Regular [] Chocho

[] Vômito

Doença Principal

Observacao

CONTUSAO POR COM MOED. PACIENTE APRESENTA
LACERACAO E TRAUMATISMO

Amo Amarelo de Dor e dor de cabeça, Náusea e vômito em
Dor de cabeça

Exame Físico (hora do atendimento medico)

Exame Físico: Edema no USD

Exame Físico: Edema no USD

Diagnóstico

Diagnóstico: Lesão por impacto

Exame Físico

Exame Físico: Edema no USD

Dr. David Christian
Médico Residente - Cirurgia Geral
CRM PB 10877

1 - Faço um - A vidente de Tram
apresenta um, colm e depois micado
em mão (1)
+ coque - em um e dois
linhas (2)

Prescription (signature + date)

12 - Friction Bone 4° x 3° with

Dr. [Signature]

20. $\text{C}_2\text{H}_5\text{COOH} \rightarrow \text{C}_2\text{H}_5\text{COCl}$
 $\text{C}_2\text{H}_5\text{COOH} \rightarrow \text{C}_2\text{H}_5\text{COCl}$

Dr. Eneas P. Bessa Neto
MEDICO
CRM 1388

Dr. French L

17/11/2024 16:16:11

NOTICE TO READERS

Transferido	()	Desistente	()	INT
Enfermaria	()	Obito	()	Acordado () SWD () INT

2000



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 02/11/74

Nome: Leandro Augusto de Silva

Prontuário: _____ **Idade:** _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ **Bairro:** _____

Cidade: _____ **Estado:** _____ **Fone:** _____ **Profissão:** _____

Sexo: F () M () **Cor:** _____ **Estado Civil:** _____ **Religião:** _____

Escolaridade: _____ **Data de Nascimento:** 24/12/74

QPD: Doença de origem desconhecida

HDA: Doença de origem desconhecida

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudorese ☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe ☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia **Audição:** _____ **Visão:** _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise ☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ **Outros:** _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas ☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria ☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposou ☐ Deformidades ☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade _____ ☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME	Eliene Regina da Silva			PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	43	SEXO	M	CLÍNICA	ENF.
DATA DE ADESSÃO	2/11/11	DATA DE ALTA	10/11/11	TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL	Fratura metacarpo				CTD
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	sem dor				
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES	A				

PROCEDIMENTO REALIZADO	Tratamento conservador				
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA	D. Rótulo Sencilis				
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÃO DE ALTA	<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/> ÓBITO

RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES
Tratamento conservador	
Tratamento conservador	
com sucesso	

DIETA:	livre	ORIENTAÇÕES PÓS ALTA
REPOUSO:	Relativo em casa por 40 dias	
	Retorno às atividades sem esforço físico em 40 dias	
	Retorno às atividades com esforço físico leve em dias e com esforço maior em dias	
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:	Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.	
MEDICAÇÕES PARA CASA:	Nimesulida - 100	

RETORNO	Ao posto de saúde em	10/11/11	para retirada de pontos
	Ao Ambulatório do		em 30 dias para revisão

DATA	10/11/11	Dr. Roberto A. Santos
		Orto - Traumatologia
		CRM-PR 7590
		ASS. MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8000-2

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUN

PROIBIDO PLASTIFICAR

Cícero Bezerra da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

8551-055833

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 54.476.306-3 DATA DE EXPEDIÇÃO 02/JUN/2010

NOME CÍCERO BEZERRA DA SILVA

FILIAÇÃO MARIA JOSÉ BEZERRA DA SILVA

NATURALIDADE ITABAIANA -PB DATA DE NASCIMENTO 14/MAR/1974

DOC ORIGEM ITABAIANA PB

ITABAIANA

CN:LV.A006/FLS.090 /N.005080

CPF

Q. A. L. L. 1º Delegado Divisionário

CARLOS ASSUNÇÃO DE MOURA, de Polícia BRGDSPSP

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



Ministério da Fazenda

Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
263.246.218-55

Nome
CÍCERO BEZERRA DA SILVA

Nascimento
14/03/1974

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8000-2

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUN

PROIBIDO PLASTIFICAR

Cícero Bezerra da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

8551-055833

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 54.476.306-3 DATA DE EXPEDIÇÃO 02/JUN/2010

NOME CÍCERO BEZERRA DA SILVA

FILIAÇÃO MARIA JOSÉ BEZERRA DA SILVA

NATURALIDADE ITABAIANA -PB DATA DE NASCIMENTO 14/MAR/1974

DOC ORIGEM ITABAIANA PB

ITABAIANA

CN:LV.A006/FLS.090 /N.005080

CPF

Q. A. L. L. 1º Delegado Divisionário

CARLOS ASSUNÇÃO DE MOURA, de Polícia BRGD/SSPSP

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



Ministério da Fazenda

Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
263.246.218-55

Nome
CÍCERO BEZERRA DA SILVA

Nascimento
14/03/1974

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014804717150
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 172528593 R.N.T.C. ***** EXERCÍCIO 2019

ANTONIO SERGIO DA SILVA

RECIFE-PE

CPF / CNPJ 097.959.884-25

PLACA KJM0710

PLACA ANT. LIT ***** / PE CHASSI 9C2JC4120AR032238

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB 2009 ANO MOD 2010

CAP. POT. / CL 2P/124CL

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA IPVA 2019 QUITADO

1ª *****

FAXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS

2ª *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80.11 IOF (R\$) 0.32 PREMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 22/05/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

RECIFE

24/05/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles
DIRETOR PRES

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

PE Nº 014804717150 BILHETE DE SEGURO DPVAT
ANTONIO SERGIO DA SILVA

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

RECIFE-PE EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 24/05/19

VIA 1 CPF / CNPJ 097.959.884-25 PLACA KJM0710

RENAVAM 172528593 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB 2009 CAT. TARIF. 09 Nº CHASSI 9C2JC4120AR032238

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 36.05 DONATIM (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 84.58

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 22/05/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.248.408/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DO
SEU SEGURO. ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014804717150
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 172528593 R.N.T.C. ***** EXERCÍCIO 2019

ANTONIO SERGIO DA SILVA

RECIFE-PE

CPF / CNPJ 097.959.884-25

PLACA KJM0710

PLACA ANT. LIT ***** / PE CHASSI 9C2JC4120AR032238

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB 2009 ANO MOD 2010

CAP / POT / CL 2P/124CL

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA IPVA 2019 QUITADO

1ª *****

FAXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS

2ª *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80.11 IOF (R\$) 0.32 PREMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 22/05/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

RECIFE

24/05/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles
DIRETOR PRES

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

PE Nº 014804717150 BILHETE DE SEGURO DPVAT
ANTONIO SERGIO DA SILVA

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

RECIFE-PE EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 24/05/19

VIA 1 CPF / CNPJ 097.959.884-25 PLACA KJM0710

RENAVAM 172528593 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB 2009 CAT. TARIF. 09 Nº CHASSI 9C2JC4120AR032238

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 36.05 DONATIM (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 84.58


PAGAMENTO X COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 22/05/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.248.408/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DO SEU SEGURO
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367487/19

Vítima: CICERO BEZERRA DA SILVA

CPF: 263.246.218-55

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 02/11/2017

Titular do CPF: CICERO BEZERRA DA
SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CICERO BEZERRA DA SILVA : 263.246.218-55

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

3190596540

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: 22/10/2019
Nome: CICERO BEZERRA DA SILVA
CPF: 263.246.218-55

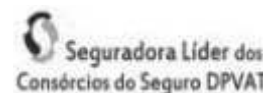
CICERO BEZERRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0395096/19

Vítima: CICERO BEZERRA DA SILVA

CPF: 263.246.218-55

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 02/11/2017

Titular do CPF: CICERO BEZERRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CICERO BEZERRA DA SILVA : 263.246.218-55

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: 11/11/2019
Nome: CICERO BEZERRA DA SILVA
CPF: 263.246.218-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/11/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

CICERO BEZERRA DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190596540 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERO BEZERRA DA SILVA **Data do acidente:** 02/11/2017 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 4º E 5º METACARPO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR (P.4)
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190596540 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERO BEZERRA DA SILVA **Data do acidente:** 02/11/2017 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 4º E 5º METACARPO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR (P.4)
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367487/19

Vítima: CICERO BEZERRA DA SILVA

CPF: 263.246.218-55

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 02/11/2017

Titular do CPF: CICERO BEZERRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CICERO BEZERRA DA SILVA : 263.246.218-55

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: 22/10/2019
Nome: CICERO BEZERRA DA SILVA
CPF: 263.246.218-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

CICERO BEZERRA DA SILVA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0395096/19

Vítima: CICERO BEZERRA DA SILVA

CPF: 263.246.218-55

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 02/11/2017

Titular do CPF: CICERO BEZERRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CICERO BEZERRA DA SILVA : 263.246.218-55

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: 11/11/2019
Nome: CICERO BEZERRA DA SILVA
CPF: 263.246.218-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/11/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

CICERO BEZERRA DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA