

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

Rio de Janeiro, 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



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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 15026965

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: 4 - Nome completo da vítima:

263.246.218-55

Bícaro Bezerra da Silva

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

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

DADOS CADASTRAIS

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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* (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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 atende 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) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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.

NÃO ALFABETIZADO

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

40 - Local e Data,

*Recuso Person - PB 24/10/19
No local dia 24/10/19 - do Sul do*

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: 4 - Nome completo da vítima:

263.246.218-55

Bícaro Bezerra da Silva

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

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

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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* (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: (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) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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.

NÃO ALFABETIZADO

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

*Rebelo Pessoa - PR 21/10/19
Rebelo Pessoa - PR 21/10/19 - da Silva*

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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: 4 - Nome completo da vítima:

263.246.218-55

Bícaro Bezerra da Silva

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

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

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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* (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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.

NÃO ALFABETIZADO

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

*Rebelo Pessoa - PR 21/10/19
No local e dia 21-10-2019*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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 Policia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Policia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Cícero 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 Andrezza, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98868-7399.

Dados do(s) Fatos:

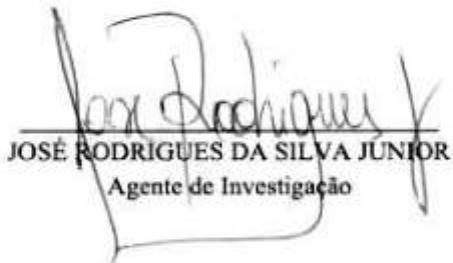
Local: Rua Getúlio Vargas, Rio do Meio, Bayeux/PB, bairro Rio do Meio; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 02/11/17 13:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

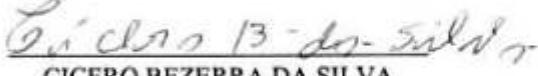
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

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 OPPOSTO 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 04 de outubro de 2019.


JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


Cícero 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 Policia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Policia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Cícero 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 Andrezza, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98868-7399.

Dados do(s) Fatos:

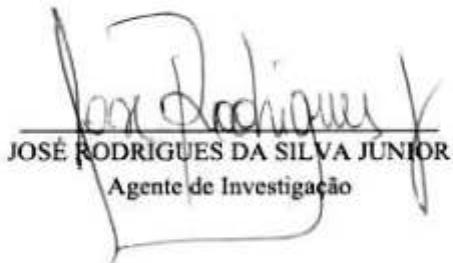
Local: Rua Getúlio Vargas, Rio do Meio, Bayeux/PB, bairro Rio do Meio; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 02/11/17 13:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

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 OPPOSTO 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 04 de outubro de 2019.


JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


Cícero 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: 4 - Nome completo da vítima:

263.246.218-55

Bícaro Bezerra da Silva

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

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

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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* (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

NÃO ALFABETIZADO

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

*Rebelo Pessoa - PR 21/10/19
Acidente 13 - do Sul/SC*

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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: 4 - Nome completo da vítima:

263.246.218-55

Bícaro Bezerra da Silva

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

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

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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* (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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.

NÃO ALFABETIZADO

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

*Rebelo Pessoa - PR 21/10/19
No local e dia 21-10-2019*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





CERTIDÃO

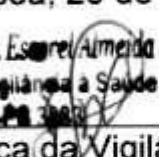
Nº0350/2018

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 TarcisioBurity, 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,vitima 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, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 28 de fevereiro de 2018


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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



CERTIDÃO

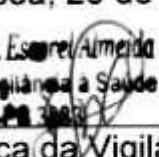
Nº0350/2018

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 TarcisioBurity, 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,vitima 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.

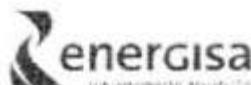
E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 28 de fevereiro de 2018


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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

BOLETO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Reservado para antecipar pagamento da nota fiscalizada da energia elétrica N° 031.704.252

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 29 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc Est. 16.015.823-0

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

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

SET/2019

25/09/2019

0

02/10/2019

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

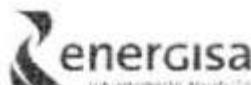
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120006797586	000419722201909	02/10/2019	R\$ 13,15	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
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.

Reservado para antecipar pagamento da nota fiscalizada da energia elétrica N° 031.704.252

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 29 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc Est. 16.015.823-0

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

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

SET/2019

25/09/2019

0

02/10/2019

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

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



MUNICIPIO DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANAUS/PE GOV. TARCISIO BURITI
REAL AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
SENAC-384 JOAO PESSOA. Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1980 CNPJ:

Fecha Nr: 74625 And: Dr. Nac Fazenda
Data: 02/11/2017 Hora: 14:24:35
Recepclonista: NARJARA DOS SANTOS ALV
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE
Nome: CICERO BEZERRA DA SILVA Num. de vezes atendido: 1
Num. Fronteiro: 2017.11.000201
CPF: SEM CRM: IDENTIDADE: 344763063 Fone: 988511448
Natural: CABEDELA/PB Data Nasc.: 14/03/1974 Id: 43 anos(s)
End.: RUA CHICO MENDES (AREA 211), 224
Bairro: MUITIRAO Cidade: BAYEUX UF: PB
Mae: MARIA JOSE BEZERRA DA SILVA PAI: NAO DECLARADO
Nome: SEM INFORMACAO End: SEM INFORMACAO
Ocupação: CERILLENTARIO Estado Civil: NAO INFORMADO
TRANSPORTE DE ENTRADA Escolaridade:
Resid: CICERO BEZERRA DA SILVA
Tel/Fone, Responsavel: 988511448 / IDENTIDADE: 344763063
P: Identific: RUA
Transfere: Nao
Victima de acident. por: COL/TOXINISMO HA 40 MINUTOS NA
Victima de violencia por: GETULIO VARGAS PROX. AO RIO DO MEIO
P: Caso Novo/velho

PRE-CONSULTA CONDIÇOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
Tipo de Clasificacao de Risco: AMARELO
PA: FPI: Aparentemente Bem Coava
PB: PPI: Politraumatizado Convulsao
Peso: Altura: Hemorragia Dispreisia
Glicemias: IMC: Diarréia Agitado
Circ. Abd: DIA: Regular Chocante
 Vomito
P: no Principal Observacao
notavelmente com mal-estar, paciente apresenta
migrações e transientes MSO

Com Dolor d. dor - dor abd. , dor lumbar e dor
toracica. Exame clínico (hora do atendimento medico)

Diagnóstico: Dor abdominal aguda, dor lumbar e dor toracica
Pronostico: Dor abdominal aguda, dor lumbar e dor toracica
Tratamento: Dor abdominal aguda, dor lumbar e dor toracica
Doutor: Dr. David Christen
Medicina: Cirurgia Geral
CRM PB: 10877

Dr. David Christen
Medicina - Cirurgia Geral
CRM PB 10877

~~Exar-tapoxit~~

- Parox. Verte A Admira se Trans
orientado com o seu e depar ministro
do mar (P)

+ Cogumelos em mao e autre
linceas (P)

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Ax - Fisher Bone 4° e 3° rot

in man (P)

co cudo - + mobilizar
cudo - man 77
in ago -

ANOTACOES P/ DIFERENCIAS

Dr. Eusebio Bessa Neto
MEDICO
SANTO DOMINGO

Qtds Medicamentos | Dose | Unidade | Evolucao

✓
Dr. Trindade

Reservado p/ liberação

ADMIRAL DA ESP. MEXICO

MATERIAL REALIZADO

ITEM DE INVENTARIO

1	1	1	1
1	1	1	1
1	1	1	1
1	1	1	1

1) Pintura de cera

2) 100 g de cera

3) 100 g de cera



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 02/01/14

Nome: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Prontuário: _____

Idade:

Enfermaria:

Leito:

Nome da Mãe: _____

Bairro:

Endereço: _____

Estado:

Fone:

Profissão:

Cidade: _____

Estado:

Estado Civil:

Religião:

Sexo: F () M () Cor: _____

Estado Civil:

Religião:

Escolaridade: _____

Data de Nascimento: 1/1/74

QPD: _____

HDA: _____

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

Cabeca e Pescoco: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []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-reposo []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	Eugenio Bezerra da Silva			PRONTUÁRIO N°	
IDADE	43	SEXO	M	CLÍNICA	BNF
DATA DE ADMISSÃO	29/11/11	DATA DE ALTA	10/11/11	TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL	Fractura metacarpal seus dedos			CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES	Rx				

PROCEDIMENTO REALIZADO	Tratamento conservador				
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA	Dr. Roberto Santos				
ANATOMIA PATHOLOGICA					
INFEÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDICÕES DE ALTA	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO
RESUMO CLÍNICO	História, evolução, terapêutica, complicações				
Paciente com Fratura metacarpal conservada					

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:	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:	Kinesiolo. 100 -				
RETORNO	Ao posto de saúde em <u>Sete Lagoas</u> para retirada do ponto em 30 dias para revisão.				

DATA	16/11/11	Dr. Roberto A. Santos Orto - Traumatologia CRM-PB 7590
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.		
ASS. MÉDICO / CRM		

MUNICIPIO DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANAUS/PE GOV. TARCISIO BURITI
REAL AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
SENAC-384 JOAO PESSOA. Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1980 CNPJ:

Fecha Nr: 74625 And: Dr. Nac Fazenda
Data: 02/11/2017 Hora: 14:24:35
Recepclonista: NARJARA DOS SANTOS ALV
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE
Nome: CICERO BEZERRA DA SILVA Num. de vezes atendido: 1
Num. Fronteiro: 2017.11.000201
CPF: SEM CRM: IDENTIDADE: 344763063 Fone: 988511448
Natural: CABEDELA/PB Data Nasc.: 14/03/1974 Id: 43 anos(s)
End.: RUA CHICO MENDES (AREA 211), 224
Bairro: MUITIRAO Cidade: BAYEUX UF: PB
Mae: MARIA JOSE BEZERRA DA SILVA PAI: NAO DECLARADO
Nome: SEM INFORMACAO End.: SEM INFORMACAO
Ocupação: CERILLENTARIO Estado Civil: NAO INFORMADO
TRANSPORTE DE ENTRADA Escolaridade:
Resid.: CICERO BEZERRA DA SILVA
Tel/Fone, Responsavel: 988511448 / IDENTIDADE: 344763063
P: Identica: RUA
Transfere: Nao
Victima de acidente por: COL/TOXINISMO HA 40 MINUTOS NA
Victima de violencia por: GETULIO VARGAS PROX. AO RIO DO MEIO
P: Caso Novo/Re

PRE-CONSULTA CONDIÇOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
Tipo de Clasificacao de Risco: AMARELO
PA: FPI: Aparentemente Bem Coava
PB: PPI: Politraumatizado Convulsao
Peso: Altura: Hemorragia Dispreisia
Glicemias: IMC: Diarréia Agitado
Circ. Abd: DIA: Regular Chocante
 Vomito
P: no Principal Observacao
notavelmente com mal-estar, paciente apresenta
migrações e transientes MSO

Com Dolor d. dor - dor abd - dor lumbar e dor
Dorsal - dor lombar (hora do atendimento medico)

Diagnóstico: Dor abdominal aguda, dor lombar e dor
Dorsal - dor lombar (hora do atendimento medico)
Paciente: Dor abdominal aguda, dor lombar e dor
Dorsal - dor lombar (hora do atendimento medico)
Dor abdominal aguda, dor lombar e dor
Dorsal - dor lombar (hora do atendimento medico)

Dr. David Christen
Medico Presidente, Cirurgia Geral
CRM PB 10877

~~Exar-tapoxit~~

- Parox. Verte A Admira se Trans
orientada com o sol e depar minúscula
de mao (F)

+ Cogumelos em mao e entre
linhas D.

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Ax - Frotin Bone 4° e 3° rot

ir mao (F)

co crotal - + mobiliz -
crotal - iras TT
ir ago -

ANOTACOES P/ DIFERENCIAS

Dr. Eusebio Bessa Neto
MÉDICO
SANTO DOMINGO

Qtds Medicamentos | Dose | Unidade | Evolução

✓ Dr. Trindade

Reservado p/ liberação

ADMIRADA S/A E D/CREAM

MEDICAMENTO REALIZADO

ADMIRADA S/A E D/CREAM

Analgesico: 1 Transférdo 1 1 Resistencia 1 1 INT
Anti-inflam: 1 1 Enemas 00: 1 1 Acetato 1 1 SVD 1 1 INT

Analgesico: 1 Transférdo 1 1 Resistencia 1 1 INT
Anti-inflam: 1 1 Enemas 00: 1 1 Acetato 1 1 SVD 1 1 INT

ADMIRADA S/A E D/CREAM



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 02/01/14

Nome: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Prontuário: _____ Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

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

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

Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1/74

QPD: _____

HDA: _____

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

Cabeca e Pescoco: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []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-reposo []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	Eugenio Bezerra da Silva			PRONTUÁRIO N°	
IDADE	43	SEXO	M	CLÍNICA	BNF
DATA DE ADMISSÃO	29/11/11	DATA DE ALTA	10/11/11	TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL	Fractura metacarpal seus dedos			CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES	Rx				
PROCEDIMENTO REALIZADO	Tratamento conservador				
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA	Dr. Roberto Santos				
ANATOMIA PATHOLOGICA					
INFEÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDICÕES DE ALTA	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO

RESUMO CLÍNICO	DISSOCIAÇÃO, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES
Paciente com Fractura conservada	

DIETA:	Líquida	ORIENTAÇÕES PÓS ALTA
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:	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:	Vitaminas C - 100 mg	
RETORNO	Ao posto de saúde em _____ Ao Ambulatório do _____	para retirada dos pontos em 30 dias para revisão.

DATA	16/11/11	Dr. Roberto A. Santos Orto - Traumatologia CRM-PB 7590
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.		
ASS. MÉDICO / CRM		



Número
263.246.218-55

Nome
CICERO BEZERRA DA SILVA

Nascimento
14/03/1974



Número
263.246.218-55

Nome
CICERO BEZERRA DA SILVA

Nascimento
14/03/1974

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA COD. RENAVAM RMTRC EXERCÍCIO
1 172528593 ***** 2019

ANTONIO SERGIO DA SILVA

RECIFE - PE

0

CPF / CNPJ:

097.959.884-25

PLACA:

KJM0710

PLACA ANTO/UF:

CHASSI:

***** /PE 9C2JC4120AR032238

ESPECIE TIPO:

PAS /MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL:

GASOLINA

MARCA / MODELO:

HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB.

2009 2010

ANO MOD.

CAP / POT / CIL:

CATEGORIA:

2P/124CL

PARTIC

PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. FOTOS

I P IPVA 2019 QUITADO

1° *****

V FADA IPVA:

FARCELAMENTO / COTAS

2° *****

A 1

3° *****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÉMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

80.11

0.32 84.58

22/05/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

RECIFE Roberto Fontella
Roberto Carlos Moreira Fontella
DIRECTOR PRES

DATA:
24/05/19

EXDEDOR:

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - 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 0
EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 24/05/19
PLACA: KJM0710

VIA: 1 CPF / CNPJ: 097.959.884-25 RENAVAM: 172528593 MARCA / MODELO: HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB: 2009 CAT. INF: 09 N. CHASSI: 9C2JC4120AR032238

PRÉMIO TARIFÁRIO
FMS (R\$) 36.05 DENATRAN (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO 40.06
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 84.58
PAGAMENTO: X COTA ÚNICA PARCELA DATA DE PAGAMENTO: 22/05/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.248.008/0001-04

DESTAKE E GUARDE O BILHETE SÓ
ELE NAO E DE PORTO OBRIGATORIO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA COD. RENAVAM RMTRC EXERCÍCIO
1 172528593 ***** 2019

ANTONIO SERGIO DA SILVA

RECIFE - PE

0

CPF / CNPJ:

097.959.884-25

PLACA:

KJM0710

PLACA ANT / UF:

CHASSI:

***** /PE 9C2JC4120AR032238

ESPECIE TIPO:

PAS /MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL:

GASOLINA

MARCA / MODELO:

HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB.

2009 2010

ANO MOD.

CAP / POTT / CRL:

CATEGORIA:

2P/124CL

PARTIC

PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. FOTOS

I IPVA 2019 QUITADO

1° *****

P FADA IPVA:

2° *****

A 1

3° *****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÉMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

80.11

0.32 84.58

22/05/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

RECIFE Roberto Fontella
Roberto Carlos Moreira Fontella
DIRECTOR PRES

DATA:

24/05/19

EXDEDOR

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - 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 0
EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 24/05/19
PLACA: KJM0710

VIA: 1 CPF / CNPJ: 097.959.884-25 RENAVAM: 172528593 MARCA / MODELO: HONDA/CG 125 FAN ES
ANO FAB: 2009 CAT. INF.: 09 N.º CHASSI: 9C2JC4120AR032238

PRÉMIO TARIFÁRIO
FMS (R\$) 36.05 DENATRAN (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO 40.06
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 70% ADEMIA R\$ 84.58
PAGAMENTO: X COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 22/05/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.248.008/0001-04

DESTAKE E GUARDE O BILHETE SÓ
ELE NAO È DE PORTA OBRIGATÓRIO

RECEBIMENTO 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/11/2017

Titular do CPF: CICERO BEZERRA DA SILVA

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

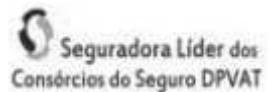
CICERO BEZERRA DA SILVA

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/11/2017

CICERO BEZERRA DA SILVA

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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

Valorização 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

Valorização 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/11/2017

CICERO BEZERRA DA SILVA

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/11/2017

CICERO BEZERRA DA SILVA

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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