

CERTIDÃO

Nº. 1271/2019

Atendendo solicitação de JOSENILDO CORREIA DE MELO e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº236135 pertencentes ao paciente que foi atendido dia 08/06/2019 às 17H44min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame que evidenciou fratura de rádio distal esquerdo. Medicado, feito redução e imobilizado.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 07 de agosto de 2019



Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137

REFEITORIA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPL. HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
UA. ENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
8056-34 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
Fax: () - CNPJ:

Ficha Nr: 236135 Atd: Nao Regulado
Data: 08/06/2019
Hora: 17:44:50
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSENILDO CORREIA DE MELO
Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2019.06.000868
Sexo: M IDENTIDADE: 0684658 Fone: 986190584
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 13/05/1982 Id: 37 ano(s)
End.: RUA NOSSA SENHORA DA PENHA, 462 PACIENTE SEM CART DO SUS
Bairro: PENHA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: NECI CORREIA DE MELO Pai: JOSE CARDOSO DE MELO

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: MOTORISTA SEM ESPECIFICACAO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: CUNHADO SAMUEL FRANCISCO LIRA
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: RESIDENCIA

Estado Civil: CASADO(A)
Escolaridade: NAO INFORMADO

FATURADO

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO EM MANGABEIRA PROX DA CEAP HJ

Vitima de violência por: FAZ 10 MINUTOS CONDUTOR

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao

Queixa Principal

QUEDA DE MOTO REFERE TRAUMA EM MSE. NEGA OUTROS TRAUMAS

030306006-1-040809024-5(S698)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Doente com trauma em MSE

Diagnostico

Conduta

Rx

Prescrição

Horario da medicacao

*- Voltar o dia 19:25
- Queda de 170 gms
- Afetado: 45 dias*

Dr. Luciano
Dr. Klênio Farias da Nobrega
Res. Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 11097

ata e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

tde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medi

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PARAÍBA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1660842985

PROIBIDO PLASTIFICAR
1660842985

NOME
JOSENILDO CORREIA DE MELO

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO UF
2684658 SBD PS

CIF
010.763.634-40

DATA NASCIMENTO
13/05/1982

FILIAÇÃO
JOSE CARDOSO DE MELO
NECI CORREIA DE MELO

TERMINO
ACC CATARÁ

UNIDADE
05/10/2023

1ª EMISSÃO
18/10/2007

OBSERVAÇÕES
EAS:

ASSINATURA DO PORTADOR
JOSENILDO CORREIA DE MELO

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
10/10/2018

ASSINATURA DO EMISSOR
55489428673
PB037672010

PARAÍBA

EFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
MPL HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
A. ENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
056-14 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
X: () - CNPJ:

Ficha Nr: 236135 Atd: Nao Regulado
Data: 08/06/2019
Hora: 17:44:50
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: ORTOPEDIA

DOS DO PACIENTE

me: JOSENILDO CORREIA DE MELO

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.06.000868

S: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 0684658 Fone: 986190584

tural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 13/05/1982 Id: 37 ano(s)

d.: RUA NOSSA SENHORA DA PENHA, 462 PACIENTE SEM CART DO SUS

irro: PENHA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

e: NECI CORREIA DE MELO

Pai: JOSE CARDOSO DE MELO

ca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: CASADO(A)

upação: MOTORISTA SEM ESPECIFICACAO

Escolaridade: NAO INFORMADO

IFORMACOES DE ENTRADA

sp.: CUNHADO SAMUEL FRANCISCO LIRA

l/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

ocedencia: RESIDENCIA

FATURADO

ransporte utilizado: VEICULO PROPRIO

itima de acidente por: QUEDA DE MOTO EM MANGABEIRA PROX DA CEAP HJ

itima de violência por: FAZ 10 MINUTOS CONDUTOR

] Caso Policial

RE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

ipo de Classificação de Risco: VERDE

A: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

C: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

eso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispineia

licemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

irc. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

ueixa Principal

UEDA DE MOTO REFERE TRAUMA EM MSE. NEGA OUTROS
TRAUMAS

030306006-1-040809024-5(5628)

istoria - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

paciente com trauma em m. do

Diagnostico

Conduta

Rx

Prescricao

Horario da medicacao

*- Voltou a ficar 19:25
- Aguardando 70 gemo
- Que daqui 45
- Atendido: 60 dias.*

Dr. Luciano

Dr. Klênio Farias da Nobrega
Res. Ortopedia e Traumatologia
CRM-PA 11099

ta e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

de	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Med.



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Policarpo Cirne, 279 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-870 - CNPJ: 09.123.854/0001-67

PARA CONSULTA EM A CAGEPA
ENTRARE SEU NÚMERO

MATRICULA

6923771

REFERÊNCIA

SET/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JOSE CARDOSO DE MELO

RUA SERRA DA RAIZ, 26 - MUNICIPIOS SANTA RITA PB

58300-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Estudantil	Outros	
003.008.345.0227.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A109F085714	09/06/2009	EXT LACR	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (M3) | NUM DE DIAS | PROXIMA LEITURA
3152 | 3168 | 16 | 30 | 25/10/2019

HIST. CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.

		PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
AGO/2019	27	TURBIDEZ	0	0	0
JUL/2019	17	CLORO	0	0	0
JUN/2019	22	COL. TERMOT	0	0	0
MAI/2019	31	COR	0	0	0
ABR/2019	28	COL. TOTAIS	0	0	0
MAR/2019	24				
MEDIA(M)	24	DADOS REFERENTES A: JUL/2019			

DATA DA IMPRESSÃO: 26/09/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 09:39:47

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	6 M3	29,34
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,22 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

07/10/2019

Total a Pagar:

R\$ 67,25



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

#CHEGADA DE TRABALHO INFANTIL



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 09825.01.2019.1.02.009

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09825.01.2019.1.02.009, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 17:53 horas do dia 21 de outubro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 9ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Fernando Barboza de Carvalho, matrícula 1331868, e lavrado por Cláudia Valéria Gomes, Agente de Telecomunicações, matrícula 962449, ao final assinado, compareceu **Josenildo Correia de Melo**, CPF nº 010.763.634-40, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Eletricista, filho(a) de Neci Correia de Melo e José Cardoso de Melo, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 13/05/1982 (37 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Serra da Raiz, Nº 26, bairro Tibiri I, tendo como ponto de referência Praça dos Quiosques, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98860-1694.

Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida Hilton Souto Maior, Via Pública, Próximo a Ceap, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 08/06/19 17:44h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, NO DIA 08.06.2019 POR VOLTA DAS 17H44M, O NOTICIANTE TRAFEVA NA AVENIDA HILTON SOUTO MAIOR, BAIRRO MANGABEIRA, CONDUZINDO UMA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/XRE 300, ANO FAB. 2015/2015, COR VERMELHA, PLACA OEZ-2632/PB, CHASSI 9C2ND11110FR033523, DOCUMENTADA EM NOME DE SAMUEL FRANCISCO LIRA, QUANDO NO GIRADOURO DA CEAPH O NOTICIANTE PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO, BATENDO NO MEIO FIO E CAINDO AO SOLO, ONDE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA (TRAUMINHA), ONDE FOI SUBMETIDO A AVALIAÇÃO MÉDICA E EXAME, QUE EVIDENCIOU FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO, CERTIDÃO DE Nº 1271/2019, MÉDICA DA VIGILÂNCIA À SAÚDE DRª CRISTIANE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA, CRM/PB 3137. MOTIVO PELO QUAL VEIO RELATAR O OCORRIDO.

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

João Pessoa/PB, 21 de outubro de 2019.


CLÁUDIA VALÉRIA GOMES
Agente de Telecomunicações




JOSENILDO CORREIA DE MELO
Noticiante

Procedimento Policial: 09825.01.2019.1.02.009

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: 050 763 634-90 4 - Nome completo da vítima: Jesenildo Correia de Melo

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

5 - Nome completo: Jesenildo Correia de Melo 6 - CPF: 050 763.634-90
7 - Profissão: Retiro 8 - Endereço: Rua Serra da Raiz 9 - Número: 26 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Municipios 12 - Cidade: Santa Rita 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58300-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 33 98708-8728

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Santander

AGÊNCIA: 4370 CONTA: 01086372 3
(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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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 àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, João Pessoa, 07/11/2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 11 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190628267

Vítima: JOSENILDO CORREIA DE MELO

Data do Acidente: 08/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSENILDO CORREIA DE MELO

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, 13 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190628267

Vítima: JOSENILDO CORREIA DE MELO

Data do Acidente: 08/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSENILDO CORREIA DE MELO

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.

A documentação médica anexada, datada de 08/06/2019, emitida pelo Dr. KLÊNIO FARIAS DA NÓBREGA, CRM nº 11094 - PB, da Instituição HOSP. MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190628267 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO CORREIA DE MELO **Data do acidente:** 08/06/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.
P 2/3

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: P 2

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-0392051/19

Vítima: JOSENILDO CORREIA DE MELO

CPF: 010.763.634-40

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/06/2019

Titular do CPF: JOSENILDO CORREIA DE MELO

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

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

JOSENILDO CORREIA DE MELO : 010.763.634-40

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: 07/11/2019
Nome: JOSENILDO CORREIA DE MELO
CPF: 010.763.634-40

JOSENILDO CORREIA DE MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/11/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190628267 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO CORREIA DE MELO **Data do acidente:** 08/06/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.
P 2/3

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: P 2

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



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

- IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____
DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE - R\$ 13.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA *x* fernando chaves

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

DENATRAN

1	0107911312-3	00/00000000	2019
---	--------------	-------------	------

95332618468

OEZ2632/PB

NOVO PB 9C2ND1110FR033523

FAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL

HONDA / YZF 300 MODELO 2003 2003

CAPÍTULO / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 P/291 /CI	PARTIC	VERMELHA

1	COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC. / COTAS
		00/00/0000	1*

V ***** 0 PARCELAMENTO, COTAS 21

PREMIO TAF (LARIO) (R3)	36 (R5)	PREMIO RETALI (R6)	DATA DI PAGAMENTO
*****	SEGURO	P A G O	36/03/2001

***** SEGURO P A G O 26/0

A.F. BV FINANCEIRA S.A.
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

JOAO PESSOA-PB 04/07/2019

36994



20931

PB Nº 014799953822 BILHETE DE SEGURO DPA

**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

2019 04/07/201

1 95332618468 DEZ2632/PR

310731-3123 HONDA RE 304

2015 3 9C2ND1110FR033523

PRÊMIO TARIFÁRIO

***** FMS IRS *****

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	PREÇO DO PASSAG. (R\$)
*****	SEGURO	P A G O

PAGAMENTO		DATA DE QUITADA
☒ COTIZACION	☐ PARCELADO	26/02/2019

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.048.600/0001-54

20981-1231498-20190704

