



20/07/2020

Número: **0809463-38.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **09/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GEOVA GUIMARAES (AUTOR)		INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32480 105	20/07/2020 14:08	2735552_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190595089

Vítima: GEOVA GUIMARAES

Data do Acidente: 26/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GEOVA GUIMARAES

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **GEOVA GUIMARAES**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000041**

Conta: **00000490631-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

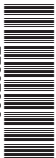
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01843/01844 - carta_15R - INVALIDEZ

00020922



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0094467/19

Vítima: GEOVA GUIMARAES

CPF: 033.191.864-18

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEOVA GUIMARAES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GEOVA GUIMARAES : 033.191.864-18

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/03/2019
Nome: GEOVA GUIMARAES
CPF: 033.191.864-18

GEOVA GUIMARAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/03/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Geovana Guimarães
DATA DO ACIDENTE 26/11/2018 CPF DA VÍTIMA 033 191 864 18
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Geovana Guimarães
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Geovana Guimarães
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Adalberto Gomes de Silva
Nº 411 COMPLEMENTO BAIRRO Centro
CIDADE Montes Leopoldo UF PR CEP 58120-000
E-MAIL TELEFONE (83) 33341239

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 20/03/2019
IDENTIDADE 2434147
ASSINATURA Geovana Guimarães

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 20 MAR 2019
NOME QUELTON DE SOUZA
ASSINATURA QUELTON DE SOUZA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/07/2020 14:08:26

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072014082586500000031113991>

Número do documento: 20072014082586500000031113991

Num. 32480105 - Pág. 3

[illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
E AERONÁUTICA NACIONAL DE HABITAÇÃO

PARAÍBA

PROIBIDO PLASTIFICAR
1410509760

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1410509760

NOME
GEOVA GUIHARRES

CPF
033.191.864-18

DATA NASCIMENTO
08/11/1980

PRIMEIRO NOME
DANIEL TAVARES
GUIHARRES
MARIA DO SOCORRO SOUZA
GUIHARRES

PERMISSÃO
ACC

DATA EMISSÃO
27/05/2020

1ª RENOVACÃO
14/01/2016

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EXPIRAÇÃO
26/01/2017

ASSINATURA DO DETENTOR
16060663652
PB034025405

PARAÍBA





ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1781609 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 26/11/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Adriana Pereira Rodrigues

PACIENTE: GEOVA GUIMARAES CEP: 58120000 Nascimento: 08/11/1980

Endereço: ADEVAL GOMES

Sexo: M

Telefone:

Cidade: Massaranduba

Idade: 038

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO SOUZA GUIMARAES

RG:

Nº: 173

Responsável:

CPR: 033.191.864

Profissão:

Estado Civil: Divorciado(a)

Data de

CNS: 707805632632614

Motivo: ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Hora: 15:18:42

CONVÊNIO: SUS

Médico:

CRM:

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Anelido
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Enrugamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortante
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Inguirimento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Queimadura
33. Rinorréia
34. Sinais de Isquemia
- 35.

OBS:

QUEIMADURA:

Lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

HTCG-Painel Administrativo

EXAMES PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:

() Gasometria arterial () Radiografias:

() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às Dia / /

Especialista: / às Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

5440

Nome:	Guerra Guimarães		
End:	Adriano Gomes 123	Bairro:	Centro / Manoel de
Data de Nascimento:	08.11.80	Documento de Identificação:	
Queixa:	dox mto	Data do Atend.:	26.11.18
		Hora:	15:10
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	Documento:

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:		Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:	120/90	Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:	116	Mucosas:	() Normocorada () Pálida
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca		

Estratificação

MOD. 110

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

T.M.T. do C. 125
TUBAI ④Paciente GEORGE GUIMARÃES ④ DIC 6/20 9
26/12/14 Alojamento Leito Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
1	Prescrição Médica		# Otorrinolaringologista
2	Prescrição Médica		26/12/14
3	Prescrição Médica		Prescrição Médica
4	Prescrição Médica		Prescrição Médica
5	Prescrição Médica		Prescrição Médica
6	Prescrição Médica		Prescrição Médica
7	Prescrição Médica		Prescrição Médica
8	Prescrição Médica		Prescrição Médica



DIAGNÓSTICO
fx. Parva (D)

Paciente	Exame	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
02/12	1. Dieta Livre	2. SRI-1500mg EV/24h - 3x/dia (5x3)	10h	3. 6h, estômago
	3. Dipirona 02ml + AD EV 06/06h	4. Tiliat 20mg + AD EV 12/12h	10h	5. 17h
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	10h	
	7. Neusecdron 01 PA + AD EV 8/8h SN	8. Clexane 40mg SC/dia	10h	
	9. SSIV + CCG	10. Neusecdron 750mg VO 6/6h	10h	



Data da Internação: 26/11/2018 Hora: 15:52:39

 SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	2 - CNES 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	4 - CNES 2362856
Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE GEOVA GUIMARAES	6 - Nº DO FRONTUÁRIO 1781641
7 - CARTÃO DO SUS 707805632632614	8 - DATA DE NASCIMENTO 08/11/1980
9 - SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA DO SOCORRO SOUZA GUIMARAES	11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 Nº DE TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) ADEVAL GOMES, 173, CENTRO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Massaranduba	14 - CÓDIGO MUNICIPAL 250920
15 - UF PB	16 - CEP 58120000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; min-height: 80px;"> <p style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">Dr + di Sinais físicos + depressão autista</p> </div>	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; min-height: 40px;"> <p style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">Quem + de um dia</p> </div>	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; min-height: 40px;"> <p style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">✓</p> </div>	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL INT. de VIDA TUB. 1	
21 - CID 10 PRINCIPAL 	
22 - CID 10 SECUNDÁRIO 	
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS 	
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Intervenção Hospitalar / Cirurgia	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA DATA	27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO 02
28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016285320999
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE OTAVIO FERREIRA JUNIOR	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 26/11/2018
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> </div>	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO	36 - CNPJ DA SEGURADORA
37 - Nº DO BILHETE 	38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA 	40 - CNPJ DA EMPRESA
41 - CSOR 	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APRESENTADO () NÃO SEGURO
AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 	44 - COD. ORGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 11	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> </div>
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 	



Geova, Guimaraes
946077
08/11/1980
38 YEAR
M

HOSPITAL ANTONIO T
UN
24/12/2018 0





HOSPITAL ANTONIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLINICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

PÁGINA: 1 / 1
DATA: 10/12/2018
HORA: 13:35:46

Prontuário
946077



Atendimento
2321411



Reserva/Guia



Paciente
GEOVA GUIMARAES [CPF: 3319186418]
Endereço
ADERBAL GOMES
Bairro
CENTRO
Nome da Mãe
MARIA DO SOCORRO SOUZA GUIMARAES
Responsável
GEOVA GUIMARAES
Bairro
CENTRO

Sexo Est. Civil M Dt Nasc. 08/11/1980 Telefone 8398100293 R.G. 2424143 Código CNS 707805632632614
Num. Complemento 53 Cidade MASSARANDUBA UF PB

Endereço
RUA
Cidade
MASSARANDUBA

COMISSÃO DE ARQUIVO

Dr. Marlucé
Dr. Ítalo C. de
Dr. Luciano Holanda
Dr. Andrezza
Dr. Estanásia

Médico Atendente
2305 RAILTON MARINHO DA COSTA [CRM: 3965] [CPF: 45623562434]
Procedimento

Setor
3009 SECRETARIA SUS

Convênio
50 SUS

Acomodação
POSTO: - ENFERMARIA: - LEITO:

Data mín. para alta - 10/12/2018 Data máx. para alta - 10/12/2018

Atendente - MARCELA OS SANTENASCIMENTO

Resumo de Tratamento

Acompanhante.....? [] Sim [X] Não Data admissão 10/12/2018 Data alta 11/12/18
Internação anterior..? [] Sim [] Não Hora admissão : Hora alta 08:00
Alta....: Curado.....: [] Melhorado.....: [X] Inalterado.....: [] Clínica..: Médica.....: []
Piorado.....: [] A pedido.....: [] Indisciplina.....: [] Cirúrgica.....: []
Transferido.....: [] Falecimento.....: [] Evasão.....: [] Obstétrica.....: []

Diagnóstico:

Internação.: _____
Definitivo...: PACIENTE ATENDIDO PELO SUS

Histórico:

NO-HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

ORTOSE/PROTESE

Alta - 1
Perm - 2
Transf - 3
Óbito - 4

Raio X:
[X] Simples
[] C/Contraste

Uti
Entrada ____/____/____
Saída ____/____/____

Motivo

Caract. Trat. []

Carimbo e Assinatura do Médico

Sangue..: [] Rh..: []
[] A [] B [] C [] D [] E [] F [] G

RX REALIZADO
EM 10/12/2018



Num. 32480105 - Pág. 13

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

ALA:

LEITO:

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA:

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

4/6/18 Curis 6-8
S. Piro 1000
cefotaxima 1500
Dipirona 1500
W. Piro 15
Declaro
curativo + fôlo 8x1

EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente no 15 fô
A.O. mal.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



DATA: 50 152 12038

CIRURGIA: Te vi Kenesó (receptor 1.2M Pico GAD Tokov

CIRURGIÃO: Dr. Lollitor

AUXILIAR:

AUXILIAR:

ANESTESISTA: DR. Knežević

CIRCULANTE

SALA: 07

HORÁRIO: INÍCIO: 1600.

FINAL 26 : 45

COD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1872	ADRENALINA	
1880	ÁGUA DESTILADA	
1899	AMINOFILINA	
1929	ARAMIN	
2070	ATROPINA	
265799	BEXTRA	
1902	BICARBONATO DE SÓDIO	
4650	CEFALOTINA 1g	
122789	CEFAZOLINA 1g	
1787	CEFTRIAXONA	
154888	CETROFEDRON	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO	
2003	CLORETO DE SÓDIO	
5304	CLOXAMETASONA	
4855	DICLOFENACO SÓDICO	
2020	DIPIRONA	
5673	DOPAMINA	
32190	EFEDRINA	
5339	FENERGAN	
2038	FUROSEMIDA	
4286	GARAMICINA	
2046	GLICOSE 50%	
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO	
5396	HEPARINA	
5380	HIDROCORTISONA	
2062	METOCLOPRAMIDA	
37859	NAUSEDRON 8mg	
69906	OMEPRAZOL 40mg	
70181	PROSTIGMINE	
70236	QUELICIM	
28819	RANITIDINA	
70335	SOLUMEDROL 500mg	
403792	TORADOL	
70971	TRANSAMIN	
70572	TILATIL 40mg	
COD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.
70254	ALFENTANILA	
6885	DIEMPAK 10mg	
3026	DIMORF 1.0mg	
3034	DIMORF 0.2mg	
126149	DIMORF 10mg	
69655	DORMONID	
69639	DORMONID COMP.	
48850	FENOBARBITAL	
8889	HIDANTAL	
9902	KETALAR	
69620	PETIDINA	
73210	TRAMAL	
148632	ULTIVA	
COD.	ANÉSTESICOS	QUANT.
70548	ATRACURIU	
126233	CISATRACURIU	
9091	ETOMIDATO	
3042	FENTANIL	
2801	LIDOCAÍNA 2% C/V	
2119	LIDOCAÍNA 2% S/V	
2810	LIDOCAÍNA GELEIA	
2160	NEOCAÍNA 0,5% C/V	
70750	NEOCAÍNA 0,6% S/V	
1996	NEOCAÍNA PESADA	
3212	NILPERIDOL	
142364	NOVAPUPI C/V	
97449	NOVAPUPI ISOBÁRICA	
284580	NOVAPUPI S/V	
2216	PANCURONIO	
82031	PROPOFOL	
142451	ROCURONIO	
24678	SEVORANE	
1945	XYLESTESIN SPRAY	

COD.	MATERIAL	QUANT.
107329	ADAPTADOR P/ SORO	01
110089	AG. RAQUI 27BD	
120089	AG. RAQUI 25BD	01
161281	AG. RAQUI P/ OBESO BD	
1722	AGULHA DESCARTÁVEL N°	
	AGULHA PERIDURAL N°	
	AGULHA RAQUI N°	
2259	ALGODÃO HIDRÓFILO	04
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	02
	ATADURA CREPON N° 25	02
	ATADURA GESSADA	
2356	BOLSA COLOSTOMIA	
	CÂNULA TRAQUEOSTOMIA N°	
211958	CAPA PARA VÍDEO	
2428	CATETER OXIGÊNIO	01
27880	COLETOR URINA ABERTO	
22389	COLETOR URINA FECHADO	
	COMPRESSAS	
142341	COMPRESSAS 25X28	02
	DRENO PENROSE N°	
	DRENO SUCÇÃO N°	
	DRENO TÓRAX N°	
59587	ELETRODO	05
2585	EQUIPO MACROGOTAS	01
287393	EQUIPO P/ ARTROSCOPIA	
2615	ESPARADRAPO	50cm
20117	FITA GLICEMIA	
142220	GAZES 7,5X7,5	04
	GAZES	
3425	GELFOAM	
60917	GILETE	
	GUENDEL N°	
3468	INTRA-CATH	
	JELCON N° 28	01
	LÂMINA BISTURI N° 23	02
132709	LUVAS 6.5	
111209	LUVAS 7.0	08
40126	LUVAS 7.5	03
3522	LUVAS 8.0	
149870	LUVAS 8.5	
69752	MICROPORE LARGO	
	SCALPS N°	
3735	SERINGA DE 01cc	
3790	SERINGA DE 03cc	
3719	SERINGA DE 05cc	
3689	SERINGA DE 10cc	
3697	SERINGA DE 20cc	
341797	SERINGA DE 60cc (bico longo/curto)	
	SONDA FOLEY N°	
	SONDA NELATON	
	SONDA NISQ	
	SONDA RETAL	
53937	SURGEL	
4081	TORNEIROS 3 VIAS	
	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	

[illegible]

PREVIOUS CERTIFICATES NO
N-50, N-22, N-18

PAGE TWENTY 21

Saulo de Oliveira Alves
1980-08-28

REF ID: A677-94652 / 94007-034



Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura de Tornozelo D.

Procedimentos Realizados: Realizado reunião com pais

Procedimentos Realizados:	Códigos
Redução de carga com fixação	

Horário \Rightarrow 16.

[illegible]

TORNIQUETE Tempo →
 LOCAL:

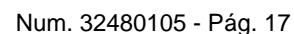
Pulso ●
 PA V
 A
 PA T
 TEM ▲
 PVC ▲
 Inicio Anest. X
 Inicio Cirur. ○
 Término Cirur. ⊗


180
 150
 120
 90
 60
 30

PACIENTE ATENDIDO PELO D.
 CUIABÁ, 10/05/2017, 14:00h

[illegible]

Adrenalina
Atropina
Bextra
Bupivacaina
Bupivacaina
Cipro
Clexane
Decatron
Dipirona
Diprivan
Diprivan PF
Dobutrex
Dormonid
Efedrina
Esmeron
Fentanil
Flagyl
Forane
Halotano
Hidrocort
Hypnomi
Kefazol
Keflin
Ketalar
Laxix
Liquemi
Metherg
Morfina
Narcan
Naposin
Nimbiu
Nilpid
Noradr
Norcu
Ociltec
Pavul
Plasil
Profen
Prost
Quel
Rapir
Reviv
Savo
Sufu
Tilati
Tacr
Ultiv
Vali
Xyl
Xyl
Xyl
Zof
Agi
Agi
S. I
S. I
S. I
C.
Pti
Os
N
Ai
Ci
I
A
P
P
I
C
C
I
I



	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		
	NOME: <u>Carla Casanova</u>	IDADE: _____	
	ALA: _____	LEITO: _____	MÉDICO: _____

DATA: 10/12/18

MANHÃ

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

TARDE

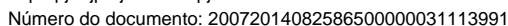
Paciente reger montando quadro
estável, consciente, orientado, está
sem anormalidades reger
em COBRADAS AO SUS

Joana Andrade de Oliveira
Técnico de Enfermagem
COREN- 709726 PB

NOITE

Paciente evolui estável calma BI
de hoje, aplicada diurese
suu reger com diuréticos
presente, opniob
Genovis.

Raquel Neris
Téc. de Enfermagem





Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA:	26/11/2018	HORA:	14:15 HRS	ID Nº:	1739943
NOME:	GEOVA GUIMARÃES				
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
LOCAL:	R - FRANCISCO ANTONIO DO NASCIMENTO - SANTO ANTONIO				
COMPLEMENTO:	EM FRENTE AO POSTO IPIRANGA				
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB				
DADOS DA REMOÇÃO					
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma					

Campina Grande, 20 de dezembro de 2018.



SUPERVISOR
Deoclecio P Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0094467/19	CPF da vítima: 033.191.86418	Nome completo da vítima: Geova Guimarães
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Geova Guimarães		CPF: 03319186418
Profissão: autônomo	Endereço: Rua Adenival Gomes de Sá	Número: 121
Bairro: Centro	Cidade: Montesrubião	CEP: 58120000
E-mail: inocencio@adri@gmail.com	Estado: PB	Tel.(DDD): 83 33341288

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

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0041	CONTA: 490631	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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____	
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: Campos Gerais - PB 20/10/2018	TESTEMUNHAS
Nome: _____	CPF: _____	1º Nome: _____
CPF: _____		CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO		2º Nome: _____
Geova Guimarães		CPF: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		Assinatura
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do Procurador (se houver)	

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

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

FPS.001 V001/2018





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE MASSARANDUBA
RUA JOSÉ BENÍCIO - CENTRO - MASSARANDUBA - 58100-000 -

OCORRÊNCIA Nº 000735/19

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000735/19 registrada em 28/01/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e oito dias do mês de janeiro do ano de 2019, nesta cidade de MASSARANDUBA, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE MASSARANDUBA, quando encontrava-se presente o Bel. NILO SIQUEIRA SOBRINHO, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 08:58 horas, compareceu o Sr. GEOVÁ GUIMARAES, com 0 ano de idade, filho de DANIEL TAVARES GUIMARAES e MARIA DO SOCORRO SOUZA GUIMARAES, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de MASSARANDUBA - PB, escolaridade Medio Completo, portador da Cédula de Identidade Nº 2434143, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 03319186418, residindo à rua ADERBAL GOMES DA SILVA, na cidade de MASSARANDUBA - PB.

Declarou que:

O comunicante compareceu nesta delegacia para informar que foi vítima de acidente de trânsito na data de 26/11/2018, por volta das 14:15, no bairro do Santo Antonio em Campina Grande; QUE a vítima estava pilotando sua motocicleta marca honda XRE 190, ano 2016, cor vermelha, placa QFV 5387/PB, CHASSI 9C2MD4100GR006866, registrada em nome de FELIPE DE OLIVEIRA CARVALHO quando perdeu o controle e colidiu com outra motocicleta, tendo escoriações pelo corpo conforme comprova laudo médico em anexo. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

MASSARANDUBA, Segunda-feira, 28 de Janeiro de 2019



GEOVÁ GUIMARAES
GEOVÁ GUIMARAES

Declarante

LEONARDO ANDRADE
LEONARDO ANDRADE

Escrivão



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0094467/19	CPF da vítima: 033.191.86418	Nome completo da vítima: Geova Guimarães
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Geova Guimarães		CPF: 03319186418
Profissão: autônomo	Endereço: Rua Adenival Gomes de Sá	Número: 121
Bairro: Centro	Cidade: Montes Leopoldo	CEP: 58120-000
E-mail: inoewbrunoadi@gmail.com	Estado: PB	Tel.(DDD): 83 33341288

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

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0041	CONTA: 490631	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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____	
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: Campos Gerais - PB 20/03/2018	TESTEMUNHAS
Nome: _____	CPF: _____	1º Nome: _____
CPF: _____		CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO		2º Nome: _____
Geova Guimarães		CPF: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		Assinatura
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do Procurador (se houver)	

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

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

FPS.001 V001/2018



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	01/11/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEOVA GUIMARAES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000490631-0

Nr. da Autenticação EC2C4F51520C988D



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0366509/19

Vítima: GEOVA GUIMARAES

CPF: 033.191.864-18

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEOVA GUIMARAES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GEOVA GUIMARAES : 033.191.864-18

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: 21/10/2019
Nome: GEOVA GUIMARAES
CPF: 033.191.864-18

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/10/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

GEOVA GUIMARAES

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190595089 **Cidade:** Massaranduba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEOVA GUIMARAES **Data do acidente:** 26/11/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PILÃO TIBIAL DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS- PAG 11) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

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



ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº:1781609 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 26/11/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Adriana Pereira Rodrigues

PACIENTE: GEOVA GUIMARAES
Endereço: ADEVAL GOMES CEP: 58120000 Nascimento: 08/11/1980
Sexo: M Telefone:
Cidade: Massaranduba Idade: 038 Bairro: CENTRO
Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO SOUZA GUIMARAES RG: Nº: 173
Responsável: CPF: 033.191.864 Profissão:
Estado Civil: Divorciado(a) Data de Atend: 26/11/2018 CNS: 707805632632614
Motivo: ACIDENTE DE MOTO Hora: 15:18:42 CONVÊNIO: SUS
Médico: CRM: Especialidade:

OBS FICHA:
MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfiamento subcutâneo
10. Exsanguinamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corte-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgimento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encastrado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Parosteia
33. Queimadura
34. Rinorragia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:
QUEIMADURA: Grau = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: SatO2

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:

() Gasometria arterial () Radiografias:

() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Dia / /

Especialista: Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

5440

Nome:	Gloria Guimaraes		
End:	Adm. - Gomes - 123	Bairro:	Centro / Mananciais
Data de Nascimento:	08.11.80	Documento de Identificação:	
Queixa:	dores no abd.	Data do Atend.:	26.11.18
		Hora:	15:10
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	Documento:

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fúria de dor () Gemente
Frequência respiratória:		Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:	120/80	Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:	116	Mucosas:	() Normocorada () Pálida
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca		

Estratificação

MOD. 110

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Foto atual EV - 14.5
abscissa a direita

Assinatura e carimbo do profissional



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente

GEORGE GUIMARÃES

(X) Diária 9

Alojamento

DIÁRIA

Leito

(X)

Convênio

Trat. de C. 13
13/01/2020 (2)

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

1. 26/12/19
2. 26/12/19
3. 26/12/19
4. 26/12/19
5. 26/12/19
6. 26/12/19
7. 26/12/19
8. 26/12/19

OT

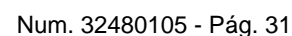
02081002
26/12/19
Causa: LTB, SEC
Com: Aguardante
em: Tomografia
Quinto: 1. Sanguinário de-
2. Sanguinário de-
3. Sanguinário de-

26/12/19

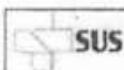
26/12/19

DIAGNÓSTICO
fx. Perna (D)

[Handwritten signature]



Data da internação: 26/11/2018 Hora: 15:52:39



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES
2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES
2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
GEOVA GUIMARAES

6 - N° DO PRONTUÁRIO
1781641

7 - CARTÃO DO SUS
707805632632614

8 - DATA DE NASCIMENTO
08/11/1980

9 - SEXO
Masc ☒ Fem ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
MARIA DO SOCORRO SOUZA GUIMARAES

11 - TELEFONE DE CONTATO
83

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)
ADEVAL GOMES, 173, CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Massaranduba

14 - CÓDIGO MUNICIPAL 15 - UF 16 - CEP
250920 PB 58120000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Dr + de Dor femur +
deformidade anterior*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Quadril + dor femur

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)



20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura de fêmur T10-11

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Internação Hospitalar / Cirurgia

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

OUTO.

02

980016285320999

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
OTAVIO FERREIRA JUNIOR

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
26/11/2018

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOE

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO () CNS () CPF

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

1 / 1

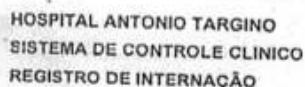


Geova, Guimaraes
946077
08/11/1980
38 YEAR
N

HOSPITAL ANTONIO T
UN

24/12/2018 0





PÁGINA: 1 / 1
DATA: 10/12/2018
HORA: 13:35:46

Prontuário
946077



Atendimento
2321411



Reserva/Guia



Paciente
GEOVA GUIMARAES [CPF: 3319186418]
Endereço
ADERBAL GOMES
Bairro
CENTRO
Nome da Mãe
MARIA DO SOCORRO SOUZA GUIMARAES
Responsável
GEOVA GUIMARAES
Bairro
CENTRO

Sexo Est. Civil	Dt Nasc.	Telefone	R.G.	Código CNS
M	08/11/1980	8398100203	2424143	707805632632614
Num. Complemento		3	Profissão	
53				
Cidade				UF
MASSARANDUBA				MA

Médico Atendente
2305 RAILTON MARINHO DA COSTA [CRM: 3965] [CPF: 45623562434]
Procedimento

Setor
3009 SECRETARIA SUS

Convênio
50 SUS

POSTO: - ENFERMARIA: - LEITO:

Data mín. para alta - 10/12/2018 Data máx. para alta - 10/12/2018

Atendente - MARCELA CRISPANTE NASCIMENTO

Resumo de Tratamento

Acompanhante.....? [] Sim [X] Não Data admissão 10/12/2018 Data alta 11/12/18
Internação anterior..? [] Sim [] Não Hora admissão : Hora alta 08:00:
Alta....: Curado.....: [] Melhorado.....: [X] Inalterado.....: [] Clínica..: Médica.....: []
Piorado.....: [] A pedido.....: [] Indisciplina.....: [] Cirúrgica.....: []
Transferido...: [] Falecimento....: [] Evasão.....: [] Obstétrica...: []

Diagnóstico:

Interação: _____

Definitivo...: PACIENTE ATENDIDO PELO SUS

Histórico: NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

ORTESI/PROTESE

Alta - 1

Perm -2

Transf - 3

Óbito - 4

Raio X:

(α) Simples

[] C/Contraste

Uti

Entrada ____ / ____ / ____

Salda ____ / ____ / ____

Motivo

Caract. Trat. | | |

[5] Sangu.: [] Rh.: [] [] A [] B [] C [] D [] E [] F [] G

Carimbo e Assinatura do Médico

RX REALIZADO
EM, 10/12/2018



HOSP. TA. ANTONIO TARGINI		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
NOME: <u>Geova Guimarães</u>		LEITO: <u>104</u>	CONVENIO: <u>SUS</u>
N.º: <u>1 Gaudêncio</u>		DATA: <u>10/12/18</u>	
DIAGNÓSTICO:			
MEDICAMENTOS		HORÁRIO	
<u>10/12/18</u> <u>Des. Linc. 500</u>		<u>19:00</u>	
<u>S. Penicilina 1000</u>		<u>18</u>	
<u>S. Flucan 100</u>		<u>102</u>	
<u>Cefotaxima 1000</u>		<u>18</u> <u>24</u> <u>06</u>	
<u>Amox</u>		<u>18</u> <u>24</u> <u>06</u>	
<u>W/over + 100</u>		<u>24</u>	
<u>e - 100</u>			
<p>PACIENTE ATENDIDO PELO SUS HOSPITAL ANTONIO TARGINI CUSTAS DESPESAS FORAM COBRADAS AO SUS</p>			
EVOLUÇÃO MÉDICA			
<p><u>Paciente com febre</u> <u>15 dias, por</u> <u>febre - 38,5</u></p>			
<p>PACIENTE ATENDIDO PELO SUS HOSPITAL ANTONIO TARGINI CUSTAS DESPESAS FORAM COBRADAS AO SUS</p>			



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

ALA:

LEITO:

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA:

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

11/18 Curis 6-12

S. Fome 1000

afonho 1000

Diphen 1000

W. 1000

Dece 1000

Corr 1000

EVOLUÇÃO MÉDICA

Paulo no 1 e 15
A.O. Paul

Dece

PACIENTE FIDELIZADO PELO SUS
NO HOSPITAL DE ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
CORRIDAS AO SUS

Dr. Reinaldo Moreira de Lima
Osteodentista
C.R.C. 123456



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Carla Camarinho

IDADE:

AUC:

LEITO:

MÉDICO:

DATA: 10/12/18

MANHÃ

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

TARDE

Paciente segue monitorada quando
estiver consciente, orientado, está
sem alterações nas anamnése, exame
físico e exames de laboratório.

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

José Augusto de Oliveira
Técnico de Enfermagem
COREN: 709726 PB

NOITE

Paciente segue estável calma e
de hoje, apresentando melhora
em seu estado geral.

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

Raquel Neris
Téc. de Enfermagem



LAUDO RADIOLOGICO

INICIAL=FRATURA BIMALOLAR DE TORNOZELO

CONTROL= FRATURA BIMALOLAR DE TORNOZELO COM OSTEOSSINTESIS
PACIENTE ATENDIDO PELO HOSPITAL ANTONIO TAVARES
NÃO HOUVE DESPESAS AO SUS
COBRADAS AO SUS

DATA 10 / 12 / 18

SUELIO MOREIRA TORRES
RUBRICADO
1508



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
E AERONÁUTICA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

P B

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1410509760

PROIBIDO PLASTIFICAR
1410509760

NOME: **GEOVA GUIMARAES**

DOC. IDENTIFIC. / OUT. EMISSOR: **2434143** **SSP** **PR**

CITY: **033.191.864-18** DATA NASCIMENTO: **08/11/1980**

FRACÇÃO: **DANIEL TAVARES GUIMARAES MARIA DO SOCORRO SOUZA GUIMARAES**

PERMISSÃO: **AB** ACC: **AB** CAT. AVE: **AB**

Nº REGISTRO: **06545454830** VALIDEZ: **27/05/2020** 1ª EMISSÃO: **14/01/2016**

ASSINATURAS

LOCAL: **JOÃO PESSOA, PR** DATA EMISSÃO: **26/01/2017**

ASSINATURA DO DETENTOR: **16060663652**
PR034025405

PARAÍBA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014200932675
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD. RENAVAM 0109999212-2 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME
FELIPE DE OLIVEIRA CARVALHO

CPF / CNPJ
10796074470

PLACA
QFV5387/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB CHASSI 9C2MD4100GR006866

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/XRE 190 ANO FAB. 2016 ANO MOD. 2016

CAP / POT / CIL 2 P/184 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

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

FAIXA LEVA. PARCELAMENTO / COTAS 0 2* 3*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 21/08/2018

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL MASSARANDUBA - PE DATA 21/08/2018

42234

19925

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

PB Nº 014200932675 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 21/08/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 10796074470 PLACA QFV5387/PB

RENAVAM 01099992122 MARCA / MODELO HONDA/XRE 190

ANO FAB. 2016 CAT. TARE 9 Nº CHASSI 9C2MD4100GR006866

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGADO (R\$)
***** SEGURO P A G O

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 21/08/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

19925-1324333-20180821



Atenção: Sua unidade foi faturada como Bateria Remota, tendo um desconto de R\$23,34. - Leitura por unidade

Faturar em nome de:

Indicadores de Qualidade da ANEEL

Indicador	Limite	Apurado
Índice de Qualidade de Energia (IQA)	100,00	99,99
Índice de Qualidade de Tensão (IQT)	100,00	99,99
Índice de Qualidade de Interrupções (IQI)	100,00	99,99
Índice de Qualidade de Perdas (IQP)	100,00	99,99
Índice de Qualidade de Atendimento (IQA)	100,00	99,99

Reservado ao HSCO

Histórico de Consumo (kWh)

Mês	Consumo (kWh)
Jul/19	57,50
Jun/19	57,50
Mai/19	57,50
Abr/19	57,50
Mar/19	57,50
Fev/19	57,50
Jan/19	57,50
Dez/18	57,50
Nov/18	57,50
Out/18	57,50
Sep/18	57,50
Ago/18	57,50
Jul/18	57,50
Jun/18	57,50
Mai/18	57,50
Abr/18	57,50
Mar/18	57,50
Fev/18	57,50
Jan/18	57,50
Dez/17	57,50
Nov/17	57,50
Out/17	57,50
Sep/17	57,50
Ago/17	57,50
Jul/17	57,50
Jun/17	57,50
Mai/17	57,50
Abr/17	57,50
Mar/17	57,50
Fev/17	57,50
Jan/17	57,50
Dez/16	57,50
Nov/16	57,50
Out/16	57,50
Sep/16	57,50
Ago/16	57,50
Jul/16	57,50
Jun/16	57,50
Mai/16	57,50
Abr/16	57,50
Mar/16	57,50
Fev/16	57,50
Jan/16	57,50
Dez/15	57,50
Nov/15	57,50
Out/15	57,50
Sep/15	57,50
Ago/15	57,50
Jul/15	57,50
Jun/15	57,50
Mai/15	57,50
Abr/15	57,50
Mar/15	57,50
Fev/15	57,50
Jan/15	57,50
Dez/14	57,50
Nov/14	57,50
Out/14	57,50
Sep/14	57,50
Ago/14	57,50
Jul/14	57,50
Jun/14	57,50
Mai/14	57,50
Abr/14	57,50
Mar/14	57,50
Fev/14	57,50
Jan/14	57,50
Dez/13	57,50
Nov/13	57,50
Out/13	57,50
Sep/13	57,50
Ago/13	57,50
Jul/13	57,50
Jun/13	57,50
Mai/13	57,50
Abr/13	57,50
Mar/13	57,50
Fev/13	57,50
Jan/13	57,50
Dez/12	57,50
Nov/12	57,50
Out/12	57,50
Sep/12	57,50
Ago/12	57,50
Jul/12	57,50
Jun/12	57,50
Mai/12	57,50
Abr/12	57,50
Mar/12	57,50
Fev/12	57,50
Jan/12	57,50
Dez/11	57,50
Nov/11	57,50
Out/11	57,50
Sep/11	57,50
Ago/11	57,50
Jul/11	57,50
Jun/11	57,50
Mai/11	57,50
Abr/11	57,50
Mar/11	57,50
Fev/11	57,50
Jan/11	57,50
Dez/10	57,50
Nov/10	57,50
Out/10	57,50
Sep/10	57,50
Ago/10	57,50
Jul/10	57,50
Jun/10	57,50
Mai/10	57,50
Abr/10	57,50
Mar/10	57,50
Fev/10	57,50
Jan/10	57,50
Dez/09	57,50
Nov/09	57,50
Out/09	57,50
Sep/09	57,50
Ago/09	57,50
Jul/09	57,50
Jun/09	57,50
Mai/09	57,50
Abr/09	57,50
Mar/09	57,50
Fev/09	57,50
Jan/09	57,50
Dez/08	57,50
Nov/08	57,50
Out/08	57,50
Sep/08	57,50
Ago/08	57,50
Jul/08	57,50
Jun/08	57,50
Mai/08	57,50
Abr/08	57,50
Mar/08	57,50
Fev/08	57,50
Jan/08	57,50
Dez/07	57,50
Nov/07	57,50
Out/07	57,50
Sep/07	57,50
Ago/07	57,50
Jul/07	57,50
Jun/07	57,50
Mai/07	57,50
Abr/07	57,50
Mar/07	57,50
Fev/07	57,50
Jan/07	57,50
Dez/06	57,50
Nov/06	57,50
Out/06	57,50
Sep/06	57,50
Ago/06	57,50
Jul/06	57,50
Jun/06	57,50
Mai/06	57,50
Abr/06	57,50
Mar/06	57,50
Fev/06	57,50
Jan/06	57,50
Dez/05	57,50
Nov/05	57,50
Out/05	57,50
Sep/05	57,50
Ago/05	57,50
Jul/05	57,50
Jun/05	57,50
Mai/05	57,50
Abr/05	57,50
Mar/05	57,50
Fev/05	57,50
Jan/05	57,50
Dez/04	57,50
Nov/04	57,50
Out/04	57,50
Sep/04	57,50
Ago/04	57,50
Jul/04	57,50
Jun/04	57,50
Mai/04	57,50
Abr/04	57,50
Mar/04	57,50
Fev/04	57,50
Jan/04	57,50
Dez/03	57,50
Nov/03	57,50
Out/03	57,50
Sep/03	57,50
Ago/03	57,50
Jul/03	57,50
Jun/03	57,50
Mai/03	57,50
Abr/03	57,50
Mar/03	57,50
Fev/03	57,50
Jan/03	57,50
Dez/02	57,50
Nov/02	57,50
Out/02	57,50
Sep/02	57,50
Ago/02	57,50
Jul/02	57,50
Jun/02	57,50
Mai/02	57,50
Abr/02	57,50
Mar/02	57,50
Fev/02	57,50
Jan/02	57,50
Dez/01	57,50
Nov/01	57,50
Out/01	57,50
Sep/01	57,50
Ago/01	57,50
Jul/01	57,50
Jun/01	57,50
Mai/01	57,50
Abr/01	57,50
Mar/01	57,50
Fev/01	57,50
Jan/01	57,50
Dez/00	57,50
Nov/00	57,50
Out/00	57,50
Sep/00	57,50
Ago/00	57,50
Jul/00	57,50
Jun/00	57,50
Mai/00	57,50
Abr/00	57,50
Mar/00	57,50
Fev/00	57,50
Jan/00	57,50
Dez/99	57,50
Nov/99	57,50
Out/99	57,50
Sep/99	57,50
Ago/99	57,50
Jul/99	57,50
Jun/99	57,50
Mai/99	57,50
Abr/99	57,50
Mar/99	57,50
Fev/99	57,50
Jan/99	57,50
Dez/98	57,50
Nov/98	57,50
Out/98	57,50
Sep/98	57,50
Ago/98	57,50
Jul/98	57,50
Jun/98	57,50
Mai/98	57,50
Abr/98	57,50
Mar/98	57,50
Fev/98	57,50
Jan/98	57,50
Dez/97	57,50
Nov/97	57,50
Out/97	57,50
Sep/97	57,50
Ago/97	57,50
Jul/97	57,50
Jun/97	57,50
Mai/97	57,50
Abr/97	57,50
Mar/97	57,50
Fev/97	57,50
Jan/97	57,50
Dez/96	57,50
Nov/96	57,50
Out/96	57,50
Sep/96	57,50
Ago/96	57,50
Jul/96	57,50
Jun/96	57,50
Mai/96	57,50
Abr/96	57,50
Mar/96	57,50
Fev/96	57,50
Jan/96	57,50
Dez/95	57,50
Nov/95	57,50
Out/95	57,50
Sep/95	57,50
Ago/95	57,50
Jul/95	57,50
Jun/95	57,50
Mai/95	57,50
Abr/95	57,50
Mar/95	57,50
Fev/95	57,50
Jan/95	57,50
Dez/94	57,50
Nov/94	57,50
Out/94	57,50
Sep/94	57,50
Ago/94	57,50
Jul/94	57,50
Jun/94	57,50
Mai/94	57,50
Abr/94	57,50
Mar/94	57,50
Fev/94	57,50
Jan/94	57,50
Dez/93	57,50
Nov/93	57,50
Out/93	57,50
Sep/93	57,50
Ago/93	57,50
Jul/93	57,50
Jun/93	57,50
Mai/93	57,50
Abr/93	57,50
Mar/93	57,50
Fev/93	57,50
Jan/93	57,50
Dez/92	57,50
Nov/92	57,50
Out/92	57,50
Sep/92	57,50
Ago/92	57,50
Jul/92	57,50
Jun/92	57,50
Mai/92	57,50
Abr/92	57,50
Mar/92	57,50
Fev/92	57,50
Jan/92	57,50
Dez/91	57,50
Nov/91	57,50
Out/91	57,50
Sep/91	57,50
Ago/91	57,50
Jul/91	57,50
Jun/91	57,50
Mai/91	57,50
Abr/91	57,50
Mar/91	57,50
Fev/91	57,50
Jan/91	57,50
Dez/90	57,50
Nov/90	57,50
Out/90	57,50
Sep/90	57,50
Ago/90	57,50
Jul/90	57,50
Jun/90	57,50
Mai/90	57,50
Abr/90	57,50
Mar/90	57,50
Fev/90	57,50
Jan/90	57,50
Dez/89	57,50
Nov/89	57,50
Out/89	57,50
Sep/89	57,50
Ago/89	57,50
Jul/89	57,50
Jun/89	57,50
Mai/89	57,50
Abr/89	57,50
Mar/89	57,50
Fev/89	57,50
Jan/89	57,50
Dez/88	57,50
Nov/88	57,50
Out/88	57,50
Sep/88	57,50
Ago/88	57,50
Jul/88	57,50
Jun/88	57,50
Mai/88	57,50
Abr/88	57,50
Mar/88	57,50
Fev/88	57,50
Jan/88	57,50
Dez/87	57,50
Nov/87	57,50
Out/87	57,50
Sep/87	57,50
Ago/87	57,50
Jul/87	57,50
Jun/87	57,50
Mai/87	57,50
Abr/87	57,50
Mar/87	57,50
Fev/87	57,50
Jan/87	57,50
Dez/86	57,50
Nov/86	57,50
Out/86	57,50
Sep/86	57,50
Ago/86	57,50
Jul/86	57,50
Jun/86	57,50
Mai/86	57,50
Abr/86	57,50
Mar/86	57,50
Fev/86	57,50
Jan/86	57,50
Dez/85	57,50
Nov/85	57,50
Out/85	57,50
Sep/85	57,50
Ago/85	57,50
Jul/85	57,50
Jun/85	57,50
Mai/85	57,50
Abr/85	57,50
Mar/85	57,50
Fev/85	57,50
Jan/85	57,50
Dez/84	57,50
Nov/84	57,50
Out/84	57,50
Sep/84	57,50
Ago/84	57,50
Jul/84	57,50
Jun/84	57,50
Mai/84	57,50
Abr/84	57,50
Mar/84	

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0366509/19	CPF da vítima: 033.191.86418	Nome completo da vítima: Geova Guimarães
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Geova Guimarães		CPF: 03319186418
Profissão: autônomo	Endereço: Rua Adenival Gomes de Sá	Número: 127
Bairro: Centro	Cidade: Mossoró/RN	CEP: 58120-000
E-mail: moewbrunoadu@gmail.com		Tel.(DDD): 83 33341288

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

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0041	CONTA: 490631	AGÊNCIA: _____
(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____	
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: Campos Gerais - RN 24/10/2018	TESTEMUNHAS
Nome: _____	CPF: _____	1ª Nome: _____
CPF: _____	Assinatura	CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	2ª Nome: _____
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do Procurador (se houver)	CPF: _____
		Assinatura

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

FPS.001 V001/2018





DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA:	26/11/2018	HORA:	14:15 HRS	ID Nº:	1739943
NOME:	GEOVA GUIMARÃES				
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
LOCAL:	R - FRANCISCO ANTONIO DO NASCIMENTO - SANTO ANTONIO				
COMPLEMENTO:	EM FRENTE AO POSTO IPIRANGA				
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB				
DADOS DA REMOÇÃO					
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma					

Campina Grande, 20 de dezembro de 2018.


Deoclecio P. Nascimento
SUPERVISOR
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0366509/19	CPF da vítima: 033.191.86418	Nome completo da vítima: Geova Guimarães
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Geova Guimarães		CPF: 03319186418
Profissão: autônomo	Endereço: Rua Adenival Gomes de Sá	Número: 127
Bairro: Centro	Cidade: Mossoró/RN	CEP: 58120-000
E-mail: moewbrunoadu@gmail.com		Tel. (DDD): 83 33341288

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

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0041	CONTA: 490631	AGÊNCIA: _____
(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: Campos Gerais - RN 24/10/2018	TESTEMUNHAS
Nome: _____	CPF: _____	1ª Nome: _____
CPF: _____	Assinatura	CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	2ª Nome: _____
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do Procurador (se houver)	CPF: _____
		Assinatura

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

FPS.001 V001/2018





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE MASSARANDUBA
RUA JOSÉ BENÍCIO - CENTRO - MASSARANDUBA - 58100-000 -

OCORRÊNCIA Nº 000735/19

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000735/19 registrada em 28/01/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e oito dias do mês de janeiro do ano de 2019, nesta cidade de MASSARANDUBA, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE MASSARANDUBA, quando encontrava-se presente o Bel. NILO SIQUEIRA SOBRINHO, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 08:58 horas, compareceu o Sr. GEOVÁ GUIMARAES, com 0 ano de idade, filho de DANIEL TAVARES GUIMARAES e MARIA DO SOCORRO SOUZA GUIMARAES, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de MASSARANDUBA - PB, escolaridade Médio Completo, portador da Cédula de Identidade Nº 2434143, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 03319186418, residindo à rua ADERBAL GOMES DA SILVA, na cidade de MASSARANDUBA - PB.

Declarou que:

O comunicante compareceu nesta delegacia para informar que foi vítima de acidente de trânsito na data de 26/11/2018, por volta das 14:15, no bairro do Santo Antonio em Campina Grande; QUE a vítima estava pilotando sua motocicleta marca honda XRE 190, ano 2016, cor vermelha, placa QFV 5387/PB, CHASSI 9C2MD4100GR006866, registrada em nome de FELIPE DE OLIVEIRA CARVALHO quando perdeu o controle e colidiu com outra motocicleta, tendo escoriações pelo corpo conforme comprova laudo médico em anexo. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

MASSARANDUBA, Segunda-feira, 28 de Janeiro de 2019



GEOVÁ GUIMARAES
GEOVÁ GUIMARAES

Declarante

LEONARDO ANDRADE
LEONARDO ANDRADE

Escrivão





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

Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190595089

Vítima: GEOVA GUIMARAES

Data do Acidente: 26/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GEOVA GUIMARAES

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

Carta nº 15007782

