

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 30 de Março de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200132170**      **Vítima: ELVIS SANTOS DA SILVA**

**Data do Acidente: 04/01/2020**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ELVIS SANTOS DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 30 de Março de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200132170**

**Vítima: ELVIS SANTOS DA SILVA**

**Data do Acidente: 04/01/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ELVIS SANTOS DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Documentação médica-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 04 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200132170**      **Vítima: ELVIS SANTOS DA SILVA**

**Data do Acidente: 04/01/2020**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ELVIS SANTOS DA SILVA**

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 funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

**Recebedor: ELVIS SANTOS DA SILVA**

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

**Banco: 104**

**Agência: 000004823**

**Conta: 000006714-5**

**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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
**073.040.634-71** **Eduardo Santos da Silva**

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

5 - Nome completo: <b>Eduardo Santos da Silva</b>	6 - CPF: <b>073.040.634-71</b>								
7 - Profissão: <b>Lavrador</b>	8 - Endereço: <b>Rua Belo Horizonte</b>	9 - Número: <b>150</b>	10 - Complemento: <b>11 - Bairro: Boca Esperança Jóias Residencial</b>	12 - Cidade: <b>PB</b>	13 - Estado: <b>PB</b>	14 - CEP: <b>58078-432</b>	15 - E-mail: <b></b>	16 - Tel.(DDD): <b></b>	
9 - Número: <b>150</b>	10 - Complemento: <b>11 - Bairro: Boca Esperança Jóias Residencial</b>								
12 - Cidade: <b>PB</b>	13 - Estado: <b>PB</b>	14 - CEP: <b>58078-432</b>	15 - E-mail: <b></b>	16 - Tel.(DDD): <b></b>					
14 - CEP: <b>58078-432</b>	15 - E-mail: <b></b>								
16 - Tel.(DDD): <b></b>									

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **14823** CONTA: **06714** Dígito: **5**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ Dígito: \_\_\_\_\_

(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 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - 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.

34

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

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

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

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 02962.01.2020.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02962.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:42 horas do dia 18 de março de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Elvis Santos da Silva**, CPF nº 071.040.634-71, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Lavador, filho(a) de Maria do Carmo Barbosa dos Santos e José Marques Moreira da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 12/04/1995 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Belo Horizonte, Nº 687, complemento CASA, bairro Planalto Boa Esperança, tendo como ponto de referência Kipreço, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98836-7416.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Abelardo Targino da Fonseca, Próximo a Faça Festa, João Pessoa/PB, bairro Ernesto Geisel; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/01/20 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 04/01/2020, POR VOLTA DAS 06:30, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA XRE DE COR VERMELHA, ANO 2010, PLACA MOW-6624/PB, CHASSI 9C2ND0910AR023212, NA RUA ABELARDO TARGINO DA FONSECA, GEISEL, NESTA CAPITAL, QUANDO AVANÇOU UM CRUZAMENTO, VENDO A SOFRER UMA COLISÃO POR OUTRA MOTOCICLETA ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADA; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E EM SEGUIDA TRANSFERIDO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S96, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EDUARDO PAZ LYRA.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 18 de março de 2020.

**JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR**  
Agente de Investigação

**ELVIS SANTOS DA SILVA**  
Noticiante

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
**073.040.634-71** **Eduardo Santos da Silva**

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

5 - Nome completo: <b>Eduardo Santos da Silva</b>	6 - CPF: <b>073.040.634-71</b>								
7 - Profissão: <b>Lavrador</b>	8 - Endereço: <b>Rua Belo Horizonte</b>	9 - Número: <b>150</b>	10 - Complemento: <b>11 - Bairro: Boca Esperança Jóias Residencial</b>	12 - Cidade: <b>PB</b>	13 - Estado: <b>PB</b>	14 - CEP: <b>58078-432</b>	15 - E-mail: <b></b>	16 - Tel.(DDD): <b></b>	
9 - Número: <b>150</b>	10 - Complemento: <b>11 - Bairro: Boca Esperança Jóias Residencial</b>								
12 - Cidade: <b>PB</b>	13 - Estado: <b>PB</b>	14 - CEP: <b>58078-432</b>	15 - E-mail: <b></b>	16 - Tel.(DDD): <b></b>					
14 - CEP: <b>58078-432</b>	15 - E-mail: <b></b>								
16 - Tel.(DDD): <b></b>									

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **14823** CONTA: **06714** Dígito: **5**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ Dígito: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

NÃO ALFABETIZADO

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
**073.040.634-71** **Eduardo Santos da Silva**

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

5 - Nome completo: <b>Eduardo Santos da Silva</b>	6 - CPF: <b>073.040.634-71</b>								
7 - Profissão: <b>Lavrador</b>	8 - Endereço: <b>Rua Belo Horizonte</b>	9 - Número: <b>150</b>	10 - Complemento: <b>11 - Bairro: Boca Esperança Jóias Residencial</b>	12 - Cidade: <b>PB</b>	13 - Estado: <b>PB</b>	14 - CEP: <b>58078-432</b>	15 - E-mail: <b></b>	16 - Tel.(DDD): <b></b>	
9 - Número: <b>150</b>	10 - Complemento: <b>11 - Bairro: Boca Esperança Jóias Residencial</b>								
12 - Cidade: <b>PB</b>	13 - Estado: <b>PB</b>	14 - CEP: <b>58078-432</b>	15 - E-mail: <b></b>	16 - Tel.(DDD): <b></b>					
14 - CEP: <b>58078-432</b>	15 - E-mail: <b></b>								
16 - Tel.(DDD): <b></b>									

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **14823** CONTA: **06714** Dígito: **5**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ Dígito: \_\_\_\_\_

(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 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - 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.

34

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

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

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

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# 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: 29/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELVIS SANTOS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04823

CONTA: 00000006714-5

---

Nr. da Autenticação 27259E9EA8CA004E



# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.  
Documento não é a segunda via de conta.  
Para para sempre pagamento da nota fiscalizada da energia basta N° 039.214.562.



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480  
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Inscrição 10.015.223-0

## DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA  
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01  
JOAO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698281-1

### REFERÊNCIA

### APRESENTAÇÃO

### CONSUMO

### VENCIMENTO

### TOTAL A PAGAR

FEV/2020

18/02/2020

276

27/02/2020

R\$ 229,52

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 27/02/2020				
Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-45				
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número 31502440008616123	Nr Documento 001698281202002	Data Vencimento 27/02/2020	Valor do Documento R\$ 229,52	Valor Pago
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA, DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				09.095.183/0001-40

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 1020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 82 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 51 55

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico.

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINALASPEXFTIPO-1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024.91, na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do beneficiário

Elvius Santos da Silva inscrito (a) no CPF sob o N° 073.040.634-75

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Elvius Santos da Silva

inscrito (a) no CPF sob o N° 073.040.634-75, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

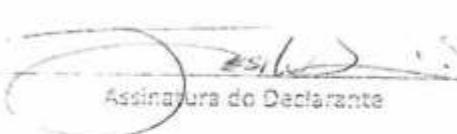
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ honra: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

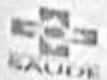
Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei, e para fins de prova da residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número:	<u>157</u>	Complemento:
Alíquota:	<u>Mangabeira</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:
-mail:				CEP: <u>58056-384</u> Tel.(DDI): <u>(83) 9 866-36900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB, 23 março 2020

  
Assinatura do Declarante



### LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

Nome: ELVES SANTOS DA SILVA

RAZÃO PARENTE	MATRIZ	DATA	CLÍNICA	PROFISSIONAL	ENFERMEIRO	DEPARTAMENTO
DATA DE ADMISSÃO:		DATA DE ALTA:	10/01/2020	TIME		ORTOPEDIA
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:	Lesão da tendão extensor do maléolo + lesão do tendão tibial anterior direito					CD
DIAGNÓSTICOS ASSOCIATIVOS:						5.06
OUTRAS DROGAS PRESCITAS:	NSAID					
PRINCIPAIS TRATAMENTOS:	EXAMES: TAC/CTC + RAY					
INTERNAÇÃO MEDICAMENOSA:						
INTERNAÇÃO HOSPITALAR:						
INFECÇÃO DE F.O.: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					
RESULTADO BACTERIOLOGIA:						
INTERNAÇÃO EM ALTA:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
ORIGEM:						

#### RESUMO CLÍNICO

Paciente portador de Lesão da tendão extensor do maléolo + lesão do tendão tibial anterior direito. Submetido a tratamento cirúrgico por tomografia. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antitromboticá, antibioticá e para analgesia. Retornar ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento.

#### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relação em casa por 25 dias.

Retomada atividades com esforço lento em 30 dias.

Retomar as atividades com esforço lento > 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADO: COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produto tópico no lugar. Se houver dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se iniciar febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÃO PÓS CASA: Cefalexina, profenafil, diphena.

Reposta de saída em 21 dias.

Av. Hospitalar Complexo Hospitalar Mangabeira em 07 dias para revisão. DR ALISSON

Assunto: \_\_\_\_\_  
Assunto: \_\_\_\_\_  
Assunto: \_\_\_\_\_  
Assunto: \_\_\_\_\_

18/01/2020

ASS. MÉDICO / C.R.M

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



REFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURI  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

ao Regulac

FAX: ( ) - CNPJ:

... EDIA

BIA FERREIRA RODRIG

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: ELVES SANTOS DA SILVA

Num. Frontuario: 2020.01.000339

Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 071.040.634-71

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 32179248 Fone: 988076693

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 12/04/1995 Id: 24 ano(s)

End.: AVENIDA NATAL, 365

Bairro: PLANALTO BOA ESPERANCA Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: MARIA DO CARMO MOREIRA DOS SANTOS Pai: JOSE MARCOS MOREIRA DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resm.: IRMAO - SEVERINO

Troc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificacão de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:

FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC:

TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso:

Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

Qeeixa Principal

[ ] Vomito

TRAUMA EM MID

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

| Dr. Galdino

| Conduzido

| Observado

Diagnostico

| Horario da medicacao

|

|

Prescricao

## **ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

—**Nome da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão:** \_\_\_\_\_

**REALIZADO:**

NTE:

( ) Transferido

( ) Resistência

卷二十一

( ) Enfermada

Obito: ( ) Mortal

( ) U.I.I

**— à do Paciente / Responsável**

Assinatura e Carimbo do MÁDICO



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Eduardo Santos da Silveira</i>				Registro:	
Idade:	Sexo: <i>m</i>	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>17/01/20</i>	Cirurgião: <i>Dr Alvaro</i>			1º Assistente: <i>Dr Roberto Almeida</i>	
2º Assistente: <i>Na Pracanha</i>	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário: I:	T:

### DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

*Lerco do tendão extensor do pé D*

### DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

*O*

### PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

*Terorrafia do tendão extensor comum dos dedos*  
*Tendão do tendão do extensor longo do Hallux + Tibial anterior*

Acidente durante Ato Cirúrgico	1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim 2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não	Descreva:
Biópsia de Congelação:	1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim 2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Enfermaria 2 ( <input type="checkbox"/> ) Terapia Intensiva 3 ( <input type="checkbox"/> ) Residência 4 ( <input type="checkbox"/> ) Óbito durante o Ato Cirúrgico		

## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Eduardo Santos da Silva Data da Admissão:

Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ L

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Sexo: F( ) M( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Reli: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

QPD: fumar tabaco cigarros tma

HDA: Pearate car g do d foz  
de Pé

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [ ]Febre [ ]Astenia [ ]Anorexia [ ]Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ [ ]Pr  
[ ]Calafrios [ ]Alopecia [ ]Adenomegalias [ ]Icterícia [ ]Tonturas [ ]Outros: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

Cabeça e PESCOÇO: [ ]Cefaléia [ ]Espirros [ ]Rinorréia [ ]Obstrução Nasal [ ]Epi  
[ ]Dor de Garganta [ ]Bócio [ ]Rouquidão [ ]Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Vis: \_\_\_\_\_

AR e ACV: [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Tosse [ ]Expectoração [ ]E  
[ ]Dispneia [ ]Palpitações [ ]Desmaio [ ]Cianose [ ]Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

ABD: [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Pirose [ ]Soluço [ ]Regurgitação [ ]Hematê  
[ ]Vômitos [ ]Dispepsia [ ]Diarréia [ ]Melena [ ]Enterorragia [ ]Constipação [ ]Aume

AGU: [ ]Disúria [ ]Incontinência [ ]Retenção [ ]Poliúria [ ]Oligúria [ ]Noctúria [ ]H  
[ ]Mal Cheiro [ ]Corrimento [ ]Outras: \_\_\_\_\_

SME: [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Rigidez pós-reposo \_\_\_\_\_  
[ ]Artralgia [ ]Calor [ ]Rubor [ ]Edema [ ]Crepitação [ ]Fraqueza [ ]Atrofia [ ]

SN e PSQ: [ ]Insônia [ ]Sonolência [ ]Convulsões [ ]Motricidade e Sensibilidade  
[ ]Amnésia [ ]Libido [ ]Humor \_\_\_\_\_

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_ [ ]HTF

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ]HTF

[ ]HAS [ ]DM [ ]TB [ ]HEP [ ]Dislipidemia [ ]Banco de Rio [ ]Casa de Taipa \_\_\_\_\_

[ ]Trauma \_\_\_\_\_ [ ]Neo \_\_\_\_\_ [ ]Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ]Alcoolismo \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**Peso: \_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_ PA= \_\_\_\_ mmHg  
FC= \_\_\_\_ FR= \_\_\_\_ TEMP(°C)= \_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: Rx

Hipóteses Diagnósticas: Hx de bônus

Conduta: Rx de bônus

Dr. Luiz Tinguá da S. Oliveira  
 Endocrinologista e Nutrólogo  
 CRM-PB 007.5546  
 Especialista em Endocrinologia e Nutrologia

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- ① Paciente e D.O.H sob anestesia.
- ② Análise + antissepsia + punção de garrafa.
- ③ Aferição da pressão.

### Incisão:

- ④ Incisão em perimetro existente, na face anterior.
- ⑤

### Achados:

- ⑥ Lesão de diverso teor dos extensores do pulso.

### Conduta:

- ⑦ Desbridamento.
- ⑧ Tensoplastia de tendão extensor com um dos extensores.
- ⑨ Tendilise do tendão do extensor longo do dedo com tendão.
- ⑩ Limpagem com SFC 1%.
- ⑪ Sutura por planos.

### Fechamento:

- ⑫ Cerramento cutâneo.
- ⑬ Fita adesiva e gazeosa.

### OBS:

Data: 17/01/2020

Dr Francisco Freitas

Médico

CRM-PB 9603

CNS 703404579047

MÉDICO/CRM



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA

## LAUDO MÉDICO

Seu

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1214400

PACIENTE: ELVES SANTOS DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 12.04.95

Data e Hora do Atendimento: 04.01.20

Horário: 8:16h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de ferimento corto-contuso no 1/3 distal da perna direita com desvio da linha media, abrasões no pé esquerdo, dor no ombro direito. Atendido pelo Dr. Glivando Carneiro Leal CRM 2489, Dr. Daniel B. Cavalcante CRM 9248.

DIAGNÓSTICO INICIAL: LESÃO DO TENDÃO EXTENSOR COMUM DOS DEDOS

CID 10 S 96 9

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):  
Primeiro atendimento, avaliação da cirurgia geral, avaliação da traumatologia, Rx da perna direita AP e Perfil e encaminhamento para o ORTOTRAUMA conforme pontuação.

ALTA HOSPITALAR: Em 04.01.20 às 10:12h

Data da Emissão: 18.05.20

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade  
Médico Auditor - HETSHL  
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

DR. GLENDER TÉRCIO TRINDADE  
AUDITOR CIBREETS  
CRM - 3920

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



### Identificação do paciente

172849	Nome: ELVES SANTOS DA SILVA			Sexo: Masculino
data de nascimento 04/1995	Idade 24 anos 8 meses 23 dias	Estado civil	Religião	Pronto
Pai: <b>ARIA DO CARMO BARBOSA DOS SANTOS</b>			Pai: <b>JOSE MARCOS MOREIRA DA</b>	
Scolaridade			Responsável (Parentesco) <b>SEVERINO TENORIO DE ANDRADE</b>	
DD Celular 3	Celular 988076693	DDD	Telefone	
po documento PF	Número documento 07104063471	Nº Cns		
local de procedência RNESTO GEISIEL	Tipo: <b>BAIRRO</b>			UF: <b>PB</b>
mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

### Endereço

EP 8065042	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro NATAL
Número 65	Complemento	Bairro	PLANALTO BOA ESPERANÇA

### Admissão

data e Hora 4/01/2020 08:16:03	Número da pulseira <b>1000007182265</b>	Convênio SUS
-----------------------------------	--------------------------------------------	-----------------

specialidade URURGIA GERAL	Clinica
-------------------------------	---------

Classificação de risco	Origem do paciente RUA
------------------------	---------------------------

Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO
------------------------	--------------------------------------------------	------------------------------------

### Indicadores e Transporte

lado policial lado	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
lado de transporte AMU	Quem transportou		

### Sinais Vitais

A	X mmHg	P脉	Temperatura
---	--------	----	-------------

### Exames complementares

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

lados clínicos  
Ptox, consciente, orientado, sangramento — ossos

Diagnóstico	CID
-------------	-----

Atendido por TARNEIELE JANAINA DA COSTA GAMA	Tempo 01min 05s
-------------------------------------------------	--------------------



# Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



**SEGUE**  
*o trabalho*

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ELVES SANTOS DA SILVA	1214400	04/01/2020 08:16:03	
Data de nascimento	Idade:	CNS	Telefone de Contato
12/04/1995	24a 8m 23d	Masculino	(83) 988076693
Mãe			Prontuário
MARIA DO CARMO BARBOSA, DOS SANTOS			
Endereço	Bairro	Município	UF
NATAL, 365	PLANALTO BOA ESPERANÇA	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	GILVANDO CARNEIRO LEAL	2489/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
04/01/2020 08:16:03		04/01/2020 08:52:28	

## ANAMNESE

PACIENTE REFERINDO QUEDA DE MOTO APÓS COLISÃO COM OUTRA MOTO, FERIMENTO E DOR EM PERNAS DIREITA, IMPOSSIBILIDADE DE FIRMAR-SE EM PÉ APOIADO NO CHÃO. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA, OUTRAS QUEIXAS, COMORBIDADES E ALERGIAS. APRESENTA FERIMENTO CORTO-CONTUSO PROFUNDO EM TERÇO DISTAL DA Perna DIREITA COM DESVIO DA LINHA MÉDIA (FRATURA EXPOSTA), ABRASÕES EM PÉ ESQUERDO, DOR DISCRETA EM OMBRO DIREITO. MOBILIDADE DOS MMSS E MMII PRESERVADA. TÓRAX E ABDÔME: NDN CONDUTA: ANALGESIA + EXS. RADIOL. + ALTA DA CIRURGIA + PARECER DA ORTOPEDIA.

## MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES:: DILUIR EM 10 ML DE AD)  
CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES:: DILUIR EM 10 ML DE AD)

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PERNAS DIREITA

## CID10

S82.3 - Fratura da extremidade distal da tibia

## Conduta

Em observação

Enfermeiro

  
GILVANDO CARNEIRO LEAL  
(: 2489/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 04/01/2020 08:17:08



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>ELVES SANTOS DA SILVA</b>	BAE <b>1214400</b>	Data/Hora Entrada <b>04/01/2020 08:16:03</b>
Data de nascimento <b>12/04/1995</b>	Idade <b>24a 8m 23d</b>	Sexo <b>Masculino</b>
Mãe <b>MARIA DO CARMO BARBOSA DOS SANTOS</b>		CNS
Endereço <b>NATAL, 365</b>	Bairro <b>PLANALTO BOA ESPERANÇA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>DANIEL BRAGA CAVALCANTE</b>
Data/Hora Classificação <b>04/01/2020 08:16:03</b>		Data/Hora Prescrição <b>04/01/2020 10:12:30</b>

### ANAMNESE

PACIENTE REFERINDO QUEDA DE MOTO APÓS COLISÃO COM OUTRA MOTO, FERIMENTO E DOR EM Perna IMPOSSIBILIDADE DE FIRMAR-SE EM PÉ APOIADO NO MID, NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA, OUTRAS QUEIXAS ALÉRGIAS. APRESENTA FERIMENTO CORTO-CONTUSO PROFUNDO EM TERÇO DISTAL DA Perna DIREITA C/MÉDIA (FRATURA EXPOSTA), ABRASÕES EM PÉ ESQUERDO, DOR DISCRETA EM OMBRO DIREITO. MOBILIDADE PRESERVADA. TÓRAX E ABDÔME: NDN CONDUTA: ANALGÉSIA + EXS. RADÍOL + ALTA DA CIRURGIA + PAREC

(04/01/2020 08:52:28-GILVANDO CARNEIRO LEAL)

==ORTOPEDIA== PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO, ARRESENTANDO FERIMENTO CORTO CONTUSO DE TORNOZELO DIREITO, COM LESÃO TENDÍNEA, RX SEM FRATURAS. HD: LESÃO TENDÃO-EXTENSOR COM CURATIVO + ENCAMINHAMENTO AO ORTOPRÁTICO DE MANGABEIRA CONFORME PACTUAÇÃO.

(04/01/2020 10:12:30-DANIEL BRAGA CAVALCANTE)

### MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES:  CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES:  1ML DE AD)

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE Perna DIREITA

CURATIVO

### CID10

S82.3 - Fratura da extremidade distal da tíbia

**Dados coletados anteriormente  utilizar na impressão?**

### Conduta

Alta médica

Enfermeiro

DANIEL BRAGA CAVALCANTE  
(CRM: 9248/PB)

Dr. Daniel B. Cavalcante  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9248



### PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de Nascimento	Idade	Sexo	Nº Prontuário	Data Prescrição
ELVES SANTOS DA SILVA	12/04/1995	24a 8m 23d	MASCULINO	1214400	04/01/2020 08:52:28

**Motivo do Atendimento**  
Enfermaria / Leito

**Convenio**  
SUS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Data da Internação:		Permanência na Internação	Permanência no Pronto-Socorro
				Data da Entrada:	Horário:		
1 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML	Observação:DILUR EM 10 ML DE AD	E.V.		AGORA	
2 CETOZOLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA)	1,0	ML	Observação:DILUR EM 10 ML DE AD	E.V.		AGORA	

Reimpresso por:  
dia:

GILVÂNDIO CARNEIRO LEAL  
CRM: 2489

Assinatura e Carimbo do Profissional

Usuário: DANIEL BRAGA  
Boletim 1214400

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de Nascimento	Idade	Sexo	Nº Prontuário	Data Prescrição
ELVES SANTOS DA SILVA	12/04/1995	24a 8m 23d	MASCULINO	1214400	04/01/2020 10:12:30
Convenio	Enfermaria / Leito			Validade da Prescrição	04/01/2020 10:12:00 - 05/01/2020 10:12:00
SUS	Matrícula			Senha	
	Data da entrada: 04/01/2020 08:16:03		Data da Internação: 04/01/2020 16:03	Permanência na 1h 56min	Permanência no
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admnh.	Veloc. Inf.
1 CURATIVO	0,0				

Reimpresso por:  
dia: Daniel R. Cavalcante  
Dr. Daniel R. Cavalcante CRM: 9248

DANIEL BRAGA CAVALCANTE

CRM: 9248

Assinatura e Carimbo do Profissional



Parecer Médico

<b>Nome</b> ELVES SANTOS DA SILVA	<b>Idade</b> 24A 8M 23D	<b>Prontuário</b>
<b>Boletim de Atendimento</b> 1214400	<b>Data de Entrada</b> 04/01/2020 08:16:03	<b>Data Internação</b> 36min
<b>Convênio</b> SUS	<b>Leito</b>	<b>Permanência na Unidade</b> <b>Permanência no Leito</b>
<b>Parecer médico</b>		
<b>Especialidade</b> ORTOPEDIA	<b>Profissional</b>	
<b>Motivo da solicitação</b> FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA D	<b>Data da Solicitação:</b> 04/01/2020 08:52:05	
<b>Parecer</b>	<b>Data de Resposta:</b>	

*Gilvando Carneiro Leal*  
Cirurgia Geral - CRM 2489

MINISTÉRIO DO TRABALHO  
e PREVIDÊNCIA SOCIAL

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

201.31395.09-7

0413870

0050

PB

Eduardo Santos da Costa



03

0

**ELYES SANTOS DA SILVA**

**FILIAÇÃO:**

JOSÉ MARCOS MOREIRA DA SILVA

MARIA DO CARMO BARBOSA DOS SANTOS

**NASCIMENTO:** 12/04/1995

SEU, MASCULINO

**ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO

**NATURALIDADE:** JOÃO PESSOA - PB

**DOCUMENTO:** R.G. 3279248 SSDS PB 15/04/2015

**LEI N° 9.349, DE 16 DE MAIO DE 1996**

**CPF:** 071 040 634-71      **CNH:** ...

**TIT. ELEITOR:**                  **SEÇÃO:** ...

**ZONA:** ...

**LOCAL/DATA DE EMISSÃO:** SRTE/PB - 13/04/2015

Rodolfo Ramalho Cidão

Superintendente Regional do Trabalho e Emprego na Paraíba

**ASSINATURA:** ...

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CERTIFICAÇÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: JOSE EDUARDO DA SILVA

DOC. EXEMPLAR: CÓD. PLACA: 1054562 SGP PB

CPF: 455.516.024-91 DATA NAC.: 02/04/1967

— PESO —  
JOSÉ VASCONCELOS DA SILVA

PERÍODO: 00/00/0000 A 00/00/0000

Nº REGISTRO: 00724153100 UNIDADE: 10/11/2013 EMISSÃO: 06/04/1989

CUSTODIA:

VALIDA EM: 00/00/0000

1009001575

JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO: 11/11/2014

Rodrigo Paiva / assinatura

60378988169  
F002355609

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200132170      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELVIS SANTOS DA SILVA      **Data do acidente:** 04/01/2020      **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 25/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO COM LESÃO EM TENDÕES EXTERNOS NO PÉ DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.4,7)  
ALTA

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO PÉ 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ 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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200132170      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELVIS SANTOS DA SILVA      **Data do acidente:** 04/01/2020      **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 25/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO COM LESÃO EM TENDÕES EXTERNOS NO PÉ DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.4,7)  
ALTA

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO PÉ 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ 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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## **PROCURACÃO**

Outorgante: WILSON SANTOS DASILVA, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão LAVADORA, residente e domiciliado à Rua AV. BEIRA MAR NARANJA, nº 687, bairro VILA VITÓRIA, Município de João Pessoa, Estado de(o) PERNAMBUCO, Cep.: 54010-000, portador(a) do Rg nº 32799118, SSP<sup>E</sup> e CPF nº 071090634-71

Outorgado: José Eduardo da Silveira, brasileiro(a),  
estado civil Casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à  
Rua Agente Fiscal J. Célio Dutra, 157, bairro Mangabeiras,  
Município de Juiz de Fora, Estado de (o) MG, Cep.: 58056-384  
portador (a) do RG nº 1054562 SSP/RJ e CPF nº 155.536.021-91

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Edviges Gomides da Silva, ocorrido em 04/05/20, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.  
Processo de natureza invalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Door Pieterse, 18, de maart, de 2019.

Outorgante  
CPF N. 075.040.634-75

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira.



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0103711/20

**Vítima:** ELVIS SANTOS DA SILVA

**CPF:** 071.040.634-71

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/01/2020

**Titular do CPF:** ELVIS SANTOS DA SILVA

**Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### ELVIS SANTOS DA SILVA : 071.040.634-71

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](http://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: 26/03/2020  
Nome: ELVIS SANTOS DA SILVA  
CPF: 071.040.634-71

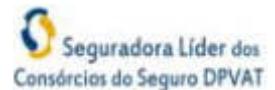
ELVIS SANTOS DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/03/2020  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0103711/20

Número do Sinistro: 3200132170

Vítima: ELVIS SANTOS DA SILVA

Data do acidente: 04/01/2020

CPF: 071.040.634-71

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELVIS SANTOS DA SILVA

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/05/2020  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/05/2020  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA