

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013813525545

1 0095612031-8 00/00000000 2018

MARIA DA CONCEICAO SOARES SANTOS

01155535413

MNU1622/PB

NOVO PB 9C6KE092080189872

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

YAMAHA/YBR 125K

2008 2008

2 P/124 /CI PARTIC PRETA

IPVA PAGO EM 00/00/0000

0

***** SEGURO P A G O 24/01/2018

SEM RESERVA DE DOMINIO

JOAO PESSOA - PB

41823

31/01/2016

16241

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

PB Nº 013813525545

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
AS CONDICOES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1304

2018 31/01/

1 01155535413

MNU1622/PB

00956120318 YAMAHA/YBR 125K

2008 9 9C6KE092080189872

PRÊMIO TARIFARIO

***** ***** *****

***** SEGURO P A G O

***** 24/01/2018

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.800/0001-04

16241-0901463-20180131

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013813525545

1 0095612031-8 00/00000000 2018

MARIA DA CONCEICAO SOARES SANTOS

01155535413

MNU1622/PB

NOVO PB 9C6KE092080189872

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

YAMAHA/YBR 125K

2008 2008

2 P/124 /CI PARTIC PRETA

IPVA PAGO EM 00/00/0000

0

***** SEGURO P A G O 24/01/2018

SEM RESERVA DE DOMINIO

JOAO PESSOA - PB

41823

31/01/2016

16241

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.800/0001-04

16241-0901463-20180131

REGINALDO NOBREGA DE ALMEIDA

ALMEIDA

MARIA DA GLORIA DA CRUZ

084.762.654-76

25/11/1992

03/09/2011

15/09/2011

JOAO PESSOA - PB

38684058006

PB035657340

PARAIBA

1548830241

1548830241

RECIBO PLASTIFICAR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1548830241
PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CAPITANACIA NACIONAL DE TRAFICACAO

NOME
RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA

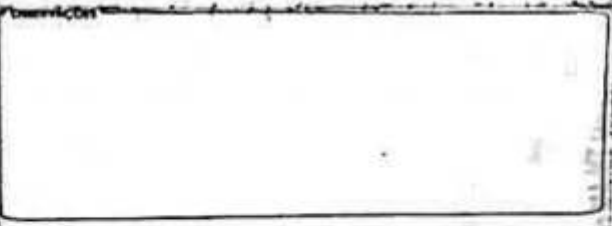
DOC IDENTIFIC (ONG PASSO) M
3489437 SSOS PB

CPF DATA NASCIMENTO
084.762.654-76 25/11/1992

FUNÇÃO
REGINALDO NOBREGA DE ALMEIDA
MARIA DA GLORIA DA CRUZ

PERMISSAO ACC CAT MAR
A2

Nº REGISTRO VALIDEZ 1ª REGISTRAÇÃO
05305686038 04/08/2021 19/09/2011



Rafael Nobrega de Almeida

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO
JOAO PESSOA, PB 01/11/2017

38684058006
PB035657340

Assinatura

PARAIBA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA
DATA DE NASCIMENTO	25/11/92
NOME DA MÃE	MARIA DA GLORIA DA CRUZ

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.160.457
DATA DO ATENDIMENTO	04/05/19
HORA DO ATENDIMENTO	20:43
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DA FALANGE DISTAL DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO
CID 10	S92.5

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta. Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes. Movimentos dos quatro membros. Abdomen sem queixas. Apresenta exposição óssea do pé direito. Fratura da falange distal do 2º dedo do pé direito. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira, conforme pactuação.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX de torax
Ultrassonografia FAST
RX de pé direito
RX de tornozelo direito

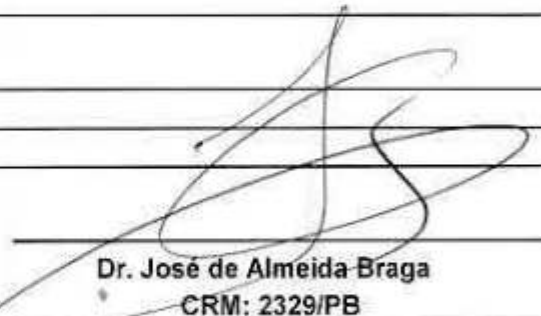
RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura da falange distal do 2º dedo do pé direito.

TRATAMENTO:

Imobilização. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira.

ALTA HOSPITALAR:	04/05/19
DATA DA EMISSÃO:	08/07/19


Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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

CERTIDÃO

Nº. 1216/2019

Atendendo solicitação de **RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº226722 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 05/05/2019 às 00h58min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em pé direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de 2º pododáctilo direito.

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

João Pessoa, 29 de julho de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

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

Ficha Nr: 226722 Atd: Nao Re
Data: 05/05/2019
Hora: 00:58:04
Recepcionista: GIULIANA DE MENE
Clinica: ~~Ortopedia~~

DADOS DO PACIENTE

Nome: RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA

Num. de vezes atendido: 5

Num. Prontuario: 2018.03.004065

CNS: 859004273105081 Sexo: M IDENTIDADE: 3489437 Fone: 996109549

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 25/11/1992 Id: 26 ano(s)

End.: RUA CARMEN MOREIRA COUTINHO - RES. PARAISO - ATPO. 401 B - PX. EXTRA, 31

Bairro: JARDIM CIDADE UNIVERSITARIA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA DA GLORIA DA CRUZ

Pai: REGINALDO NOBREGA DE ALMEIDA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: BOMBEIRO SEM ESPECIFICACAO

Escolaridade: SUPERIOR INCOMPLETO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: ESPOSA/ LUCIANE

Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: VITIMA DE COLISAO MOTO +MOTO

Vitima de violencia por: RJ AS 20:30, EM CRUZ DAS ARMAS

[] Caso Policial

FATURADO

PRÉ-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: Q29:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

PACIENTE COM FRATURA EXPOSTA PE DIREITO

030106006 - 1 030309030-0

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente encaminhado do Hospital de Trauma CI 1 para
exposta 2º grau. Refere dor no local, viro no fun
e fufura. Se euq, no momento, a receber fufura
do ortopedico.

Conduta - Realizacao CIA na
as 01:20h.

Prescricao

Horario da medicacao

02:10h Refere qd realiza procedimento ortopedico
nao e. Paciente nao aceita referido este "tratamento
e mal". Refere analgesico e fufura.

Dr. Lucas Gomes de Figueiredo
Ortopedia Trauma

Tramadol 100mg + 100mg SFO, 9% EV

Dr. Luciano Gomes de F
Ortopedia Traumatologia
CRM-PB 9328

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

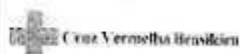
PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo de



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Receituário

Paciente: RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA

Idade: 26

Data: 04/05/2019 23:03:24

Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1160457

ORTOPEDIA

DOR NO PE DIREITO, EDEMA E FERIMENTO COM EXPOSIÇÃO OSSEA APOS TRAUMA NO PE DIREITO

NEGA OUTROS TRAUMAS

NEGA OUTRAS QUEIXAS

ADM LIMITADO

NEUROVASCULAR PRESERVADO

EXF: FRATURA EXPOSTA PE DIREITO (2 DEDO DA FALANGE DISTAL)

FERIMENTO IMPORTANTE NO SEGUNDO PODODACTILO DO PE DIREITO

CDT: ENCAMINHO AO ORTOTRAUMA CONFORME PACTUAÇÃO
CEFALOTINA 2G EV

STAFF DR TALLES

Dr. JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
185222/SP

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

000000094983

000000094983

D



D



HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA
RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA ID: 000000094983
04.05.2019 IDADE: 26 SEXO: M
TECNICO: Hora: 21:35:49



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: ENGATIMIANO

Paciente Rafael Roberto
de Almeida apresentando
dor no punho (sc) e sensa-
ção de formigão (nucos)
sob o uso de analgésicos e
a tumefação do
METSHL.

Em exame: de 1.º grau.

Dr. Luciano Gomes de Figueiredo
Ortopedia Traumatologia
CRM-PB 9328

05/05/19

Assinatura e Carimbo

Dr. Zih

Recebido e/ou
90



SUMÁRIO DE ALTA \ LAUDO MÉDICO

13/05/2019

RESUMO DA ALTA \ LAUDO MÉDICO

PACIENTE: RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA

DATA ATD.: 08/05/2019

DIAGNÓSTICO INICIAL: LESÃO ULCERADA EM MÍD

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

PRINCIPAIS EXAMES

CIRURGIAS REALIZADAS

DATA: 09/05/2019

EQUIPE: MANOEL RICARDO

OBSERVAÇÕES:

TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA

PROCEDIMENTO CIRURGICO:

DEBRIDAMENTO CIRURGICO
AMPUTAÇÃO DO 2º PD D

INFECÇÃO DE FERIDA OPERATÓRIA

INFECÇÃO:

RESULTADO BACTERIOLOGIA:

COLETA DE MATERIAL:

ANATOMIA PATOLÓGICA:

CONDIÇÕES DE ALTA

MELHORADO

ORIENTAÇÃO PÓS ALTA

DIETA: VER SUGESTÕES NO VERSO

RETIRADA DE PONTOS:

REPOUSO RELATIVO EM CASA POR:

RETORNO AS ATIVIDADES SEM ESFORÇO FÍSICO EM:

RETORNO AS ATIVIDADES COM ESFORÇO FÍSICO LEVE EM:

RETORNO AO CONSULTÓRIO EM:

MEDICAÇÕES PARA CASA:

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Maria da Luz A. Gouveia
Médica
CRM 3780

PRESTADOR: MARIA DA LUZ A. GOUVEIA

CRM: CRM



ATESTADO

Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado, que o(a)

RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA Portador(a) do RG: 3489437

internou-se nesse hospital em: 08/05/2019 para tratamento da
doença CID: L97.

Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades
laborativas por um período de: 90 dias, a partir desta
data.

Médico: MARIA DA LUZ A GOUVEIA

CRM: 3760

AUTORIZAÇÃO

Maria da Luz A. Gouveia
Médica
CRM 3760

Eu, RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA

autorizo o MARIA DA LUZ A GOUVEIA

a registrar o diagnóstico codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. Paciente

João Pessoa, 13/05/2019

RECEITUÁRIO



INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA
Av. João Machado, 1234 - Centro CNPJ: 09.124.165/0001-40

1 - Dados do Paciente Atendimento: 672596 Data da Internação: 08/05/2019

Nome: RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA

CEP: 58052490

Endereço: RUA PROFESSORA CARMEN MOREIRA COUTINHO

Nº:

Bairro: JARDIM CIDADE UNIVERSITARIA

Cidade:

R_x

USO ORAL:

CIPROFLOXACINA 500.....
TOMAR 01 CP DE 12/12 HS-07 DIAS

LOSARTANA 50MG.....03 CXS
TOMAR 01 CP DE 12/12 HS

CLORETO DE MAGNESIO PA 500.....03 CXS
TOMAR 01 CP NO JANTAR

USO TOPICO:

CLOREXIDINA SABONETE LIQUIDO.....
LAVAR A REGIAO 1XDIA

Maria da Luz A. Gouveia
Médica
CRM 3780

João Pessoa, 13/05/2019

Dr(a). MARIA DA LUZ A GOUVEIA

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda-via de conta

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : N° 038.506.021



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR 290, Km 29 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600
CNPJ 09.095.183/0001-40 Inscrição: 15.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA DA GLORIA DA CRUZ
RUA PROFA CARMEN MOREIRA COUTINHO 31 BL B AP 401
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1363551-1

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
FEV/2020	06/02/2020	165	13/02/2020	R\$ 146,54

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 14/02/2020				
Pagador: MARIA DA GLORIA DA CRUZ CNPJ/CPF: 769.106.014-91				
RUA PROFA CARMEN MOREIRA COUTINHO 31 BL B AP 401 - JD CID UNIV - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440008447559	001363551202002	13/02/2020	R\$ 146,54	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				

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: 084.762.654-76 4 - Nome completo da vítima: RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA

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

5 - Nome completo: RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA 6 - CPF: 084.762.654-76
7 - Profissão: RECURSO 8 - Endereço: Rua Professor Coimbra 9 - Número: 31 10 - Complemento: Bl 6 nº 10401
11 - Bairro: CID UNIVERSIDADE 12 - Cidade: João Pessoa Paraíba 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58052-490
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 988551045

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA: 3175 CONTA: 1050082 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB, 05 de março de 2020

Rafael Nobrega de Almeida

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



 Santander



Olá, Rafael

Ag 3175 Cc 01050082-6



Saldo disponível



Pagar



Transferir



Recarga



Veja aqui nossos produtos e serviços
para seu dia a dia. Clique e aproveite!



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - CNES: 1112234 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1160457



Identificação do paciente				
ID 1296590	Nome RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA			Sexo Masculino
Data de nascimento 25/11/1992	Idade 26 anos 5 meses 20 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA DA GLORIA DA CRUZ			Pai REGINALDO NOBREGA DE ALMEIDA	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) LUCIANE SIQUEIRA - ESPOSO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988068800	DDD Fixo		Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3489437	Nº Cns 706806262268428		
Local de procedência CRUZ DAS ARMAS		Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58085400	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro SIQUEIRA CAMPOS	
Número 45	Complemento		Bairro CRUZ DAS ARMAS	
Admissão				
Data e Hora 04/05/2019 20:43:15	Número da pulseira 1000007588081		Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica		
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				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU		Quem transportou		
Sinais Vitais				
PA x mmHg		Pulso	Temperatura	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
			ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por LARISSA LIDIA SANTOS DE FRANCA				Tempo 01min 24seg

Imprimir



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00957.01.2020.1.01.002

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00957.01.2020.1.01.002, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 17:18 horas do dia 27 de fevereiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 2ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Nélcio Carneiro dos Santos, matrícula 1357280, e lavrado por Luciano Alves da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1356712, ao final assinado, compareceu **Rafael Nobrega de Almeida**, CPF nº 084.762.654-76, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Moto-boy, filho(a) de Maria da Glória da Cruz e Reginaldo Nobrega de Almeida, nascido(a) em 25/11/1992 (27 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Professora Carmen Moreira Coutinho, Nº 31, complemento apto 401-B, bairro Jardim Cidade Universitária, tendo como ponto de referência Por Trás do Supermercado Extra, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98772-7377.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Siqueira Campos, Por Trás da Igreja São José, João Pessoa/PB, bairro Cruz das Armas; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 29/06/19 20:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Informa o noticiante que trafegava na motocicleta de marca: YAMAHA/YBR 125K, COR: PRETA, ANO: 2008/2008, PLACA: MNU:1622/PB, na av. Siqueira Campos, quando chegou no cruzamento com a av. Palmares, de repente veio uma motocicleta cinquentinha, traxx, de cor: vermelha, sem placa, que colidiu na sua motocicleta, ocasionando danos materiais e causando lesões, que o noticiante ao cair desmaiou ficou no chão, onde chamaram o SAMU, e socorrido para o Hospital de Trauma Senador Humberto Lucena, já estando consciente, onde teve uma fratura no segundo dedo do pé direito e várias escoriações.

ADENDO(S):

Que na data 03/03/2020, à(s) 14:48 horas, na 12ª Delegacia Distrital da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Robson Andrew Couras de Carvalho, matrícula 1564102, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: **REGISTRE-SE QUE ONDE SE LÊ DATA/HORA: 29/06/2019 20:40H, LEIA-SE 04/05/2019 20:20H. REGISTRE-SE AINDA QUE A MOTOCICLETA ENVOLVIDA NO SINISTRO É YAMAHA/YBR 125 NA COR PRETA DE PLACAS MNU-1622-PB, CHASSI DE N. 9C6KE092080189872, DE PROPRIEDADE DO SRA. MARIA DA CONCEIÇÃO SOARES SANTOS, CPF N. 011.555.354-13..** Adendo registrado por: Adnilson Oliveira da Silva, Agente de Investigação, matrícula: 1355856.

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.



Procedimento Policial: 00957.01.2020.1.01.002

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
1ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
2ª Delegacia Distrital da Capital



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA

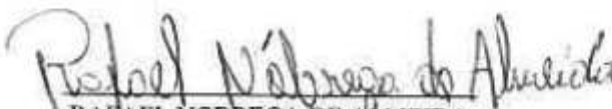


**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 03 de março de 2020.


ADENILSON OLIVEIRA DA SILVA
Agente de Investigação


RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA
Noticiante

ESTA CERTIDÃO FOI EXPEDIDA NA 12ª DELEGACIA DISTRITAL DA CAPITAL, SENDO PRESERVADO O CABECALHO DA DELEGACIA ONDE O BO FORA ORIGINALMENTE REGISTRADO.

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:

084.762.654-76

RAFAEL NOBRE DE ALMEIDA

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

RAFAEL NOBRE DE ALMEIDA

084.762.654-70

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

Recuso

Rua Professor Coimbra

31

Bl 6 nº 10401

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

10 CID UNIVERSIDADE

João Pessoa Paraíba

PB

58052490

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

(83) 98551045

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(a) (nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impossível digitalizar a assinatura do beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB, 05 de março de 2020

Rafael Nobre de Almeida

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



 Santander



Olá, Rafael

Ag 3175 Cc 01050082-6



Saldo disponível



Pagar



Transferir



Recarga



Veja aqui nossos produtos e serviços
para seu dia a dia. Clique e aproveite!

Rio de Janeiro, 07 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200118668

Vítima: RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA

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\$ 337,50

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: **RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA**

Valor: **R\$ 337,50**

Banco: **033**

Agência: **000003175**

Conta: **000001050082-6**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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



Rio de Janeiro, 17 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200118668

Vítima: RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA

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



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: 01/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 03175

CONTA: 000001050082-6

Nr. da Autenticação A45E2C59D19BD74E

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0094051/20

Vítima: RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA

CPF: 084.762.654-76

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/05/2019

Titular do CPF: RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA : 084.762.654-76

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: 16/03/2020
Nome: RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA
CPF: 084.762.654-76

RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/03/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200118668 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL NOBREGA DE ALMEIDA **Data do acidente:** 04/05/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: A

Resultados terapêuticos: A

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

- IDENTIFICAÇÃO

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

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

-DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

-DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 5.194/74.
- 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____ DATA _____
 IDENTIDADE _____ NOME _____
 ASSINATURA *Roberto N. de Oliveira* ASSINATURA _____