
Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190592575

Vítima: KLEBER GERVASIO MELO

Data do Acidente: 18/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), KLEBER GERVASIO MELO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190592575 Vítima: KLEBER GERVASIO MELO

Data do Acidente: 18/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), KLEBER GERVASIO MELO

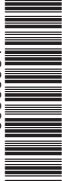
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão competente para registro de acidente de trânsito com vítima (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e Corpo de Bombeiros Militar), pois não foi entregue.
-----------------------	--

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



Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190592575

Vítima: KLEBER GERVASIO MELO

Data do Acidente: 18/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), KLEBER GERVASIO MELO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 16/07/2019, emitido pelo Dr. OTÁVIO FERREIRA JUNIOR CRM nº 7103 - PB, da Instituição HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0364655/19 3 - CPF da vítima: 312.750.442-04 4 - Nome completo da vítima: KLEBER GERVASIO MELO

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

5 - Nome completo: KLEBER GERVASIO MELO 6 - CPF: 312.750.442-04
7 - Profissão: MOTOTAXISTA 8 - Endereço: R. DOS PAU DARCO 9 - Número: 169 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: MALVINAS 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PARNABA 14 - CEP: 58.432-820
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 93829-8855

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 7984 CONTA: 11372 5 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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 10 de Maio 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRALIZADO – CAMPINA GRANDE – PB
Rua Dom Pedro I, 760 – São José – Campina Grande - PB

OFÍCIO Nº S/Nº/2019

Campina Grande, 28 de agosto de 2019

Exame requisitado: EXAME DE CORPO DE DELITO.

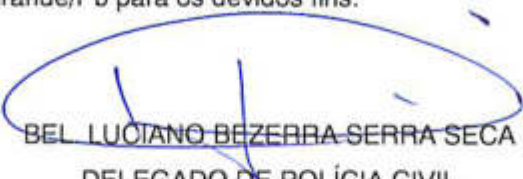
SENHOR DIRETOR:

Requisitamos a Vossa Senhoria, as providências, para que no prazo legal (Art. 160 Parágrafo Único, do Código de Processo Penal, alterado pela Lei nº 8.862/94), seja procedido o EXAME DE CORPO DE DELITO na pessoa cujos dados são dispostos a seguir, e que logo após, seja o respectivo LAUDO remetido para a COORDENAÇÃO REGIONAL JUDICIÁRIA, nesta 2ª SRPC - PB.

QUALIFICAÇÃO: KLEBER GERVASIO MELO, do sexo masculino, nascido no dia 31/10/1969, com 49 anos de idade, ID: 3494487, CPF: 312.750.442-04, MOTOTAXISTA CADASTRADO, filho de MANOEL LUIZ MELO e de MARLENE GERVASIO MELO, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, CASADO, natural de CAMPINA GRANDE/PB, BRASILEIRA, residente na RUA PAUDARCOS, 169,, bairro MALVINAS, na cidade de CAMPINA GRANDE, Pb, celular Nº (83)98761 0099

REFERÊNCIA: Boletim de Ocorrência, lavrado às 10:26 horas, do dia 28 de agosto de 2019; COMUNICANTE: **KLEBER GERVASIO MELO**; TESTEMUNHA: **JOSÉ MARQUES DE MELO**; TESTEMUNHA: **GERALDO ISIDORO DOS SANTOS**

HISTÓRICO DO COMUNICANTE: que na data do dia 18/07/2019, aproximadamente as 11:00 horas, vinha conduzindo a soma moto HONDA/CG 160 FAN, de placa QFM 9793/Pb, de cor branca, ano 2017, modelo 2018, com o chassi de nº 9C2KC2200JR117288 E Renavan de nº 0113683509-9, cadastrada na STTP de nº 386, o mesmo vinha trafegando na Rua Jaboticabeiras no bairro das Malvinas próximo ao Campo do Guarani em Campina Grande/Pb, e em dado momento foi surpreendido com uma rede de interdição colocada pela CAGEPA/PB e devido a esta rede o condutor bateu na mesma e foi ao solo sofrendo lesões no braço direito e vindo a fraturar clavícula e posteriormente foi socorrido pela SAMU de Campina Grande/Pb e conduzido para o hospital TRAUMA de Campina Grande/Pb para os devidos fins.


BEL LUCIANO BEZERRA SERRA SECA
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

AO ILMO. SR. DR

MD. DIRETOR DA UNIDADE DE MEDICINA LEGAL - CAMPINA GRANDE/PB

OFÍCIO Nº S/Nº/2019

28/10/2019

SINISTRO 3190592575 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** KLEBER GERVASIO MELO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIFE**ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS** LTDA**BENEFICIÁRIO** KLEBER GERVASIO MELO**CPF/CNPJ:** 31275044204**Posição em 28-10-2019 09:39:49**

Seu pedido de indenização foi analisado e identificamos pendências que impedem a conclusão do processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, no mesmo local onde você deu entrada, para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
→ Boletim de ocorrência	Vitima	Não Conforme	



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
22ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
4ª DELEGACIA DISTRITAL – CAMPINA GRANDE – PB
Rua Alcides Avelino de Medeiros, 549 – Malvinas – Campina Grande – PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 100/2019

Versando sobre

Hora e data do fato: Às 11:00, do dia 18 de julho de 2019.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 10:26, do dia 28 de agosto de 2019.

Local do Ocorrido: RUA JABOTICABEIRAS, BAIRRO DAS MALVINAS (PRÓXIMO AO CAMPO DO GUANANI EM CAMPINA GRANDE/PB)

VÍTIMA: O(A) COMUNICANTE

KLEBER GERVASIO MELO, do sexo masculino, nascido no dia 31/10/1969, com 49 anos de idade, ID: 3494487, CPF: 312.750.442-04, MOTOTAXISTA CADASTRADO, filho de MANOEL LUIZ MELO e de MARLENE GERVASIO MELO, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, CASADO, natural de CAMPINA GRANDE/PB, BRASILEIRA, residente na RUA PAUDARCOS, 169,, bairro MALVINAS, na cidade de CAMPINA GRANDE, Pb, celular Nº (83)98761 0099

TESTEMUNHAS: JOSÉ MARQUES DE MELO, do sexo masculino, nascido no dia 26/12/1960, com 58 anos de idade, ID: 2612002 SSP/PB, AJUDANTE DE MECANICA, filho de NÃO DECLARADO e de CLEONICE RAIMUNDO DE MELO, escolaridade: FUND. INCOMPLETO, CASADO, natural de CAMPINA GRANDE/PB,



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
22ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
4ª DELEGACIA DISTRITAL – CAMPINA GRANDE – PB
Rua Alcides Avelino de Medeiros, 549 – Malvinas – Campina Grande – PB

BRASILEIRA, residente na RUA SEVERINO ALVES DA FONSECA, 37, bairro MALVINAS, na cidade de CAMPINA GRANDE, Pb. **E GERALDO ISIDORO DOS SANTOS**, do sexo masculino, nascido no dia 03/05/1940, com 79 anos de idade, ID: 103.668, CPF: 250.370.564-20, APOSENTADO, filho de NÃO DECLARADO e de MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO, escolaridade: FUND. COMPLETO, VIÚVO, natural de CAMPINA GRANDE/PB, BRASILEIRA, residente na RUA DOS PAUDARCOS, 88, bairro MALVINAS, na cidade de CAMPINA GRANDE, Pb.

HISTÓRICO: que na data do dia 18/07/2019, aproximadamente às 11:00 horas, vinha conduzindo a soma moto HONDA/CG 160 FAN, de placa QFM 9793/Pb, de cor branca, ano 2017, modelo 2018, com o chassi de nº 9C2KC2200JR117288 E Renavan de nº 0113683509-9, cadastrada na STTP de nº 386, o mesmo vinha trafegando na Rua Jaboticabeiras no bairro das Malvinas próximo ao Campo do Guarani em Campina Grande/Pb, e em dado momento foi surpreendido com uma rede de interdição colocada pela CAGEPA/PB e devido a esta rede o condutor bateu na mesma e foi ao solo sofrendo lesões no braço direito e vindo a fraturar clavícula e posteriormente foi socorrido pela SAMU de Campina Grande/Pb e conduzido para o hospital TRAUMA de Campina Grande/Pb para os devidos fins.



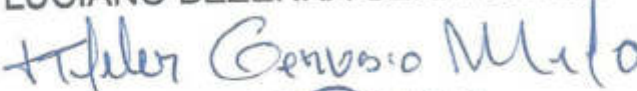
GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
22ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
4ª DELEGACIA DISTRITAL – CAMPINA GRANDE – PB
Rua Alcides Avelino de Medeiros, 549 – Malvinas – Campina Grande – PB

**PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: A LAVRATURA E A REMESSA DESTE
BOLETIM PARA A COORDENAÇÃO REGIONAL JUDICIÁRIA,
NESTA 2ª SRPC**

AUTORIDADE


LUCIANO BEZERRA SERRA SECA

COMUNICANTE


KLEBER GERVASIO MELO

ESCRIVÃO


ANTONIO VIRGÍNIO DO NASCIMENTO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0364655/19 3 - CPF da vítima: 312.750.442-04 4 - Nome completo da vítima: KLEBER GERVASIO MELO

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

5 - Nome completo: KLEBER GERVASIO MELO 6 - CPF: 312.750.442-04
7 - Profissão: MOTOTAXISTA 8 - Endereço: R. DOS PAU DARCO 9 - Número: 169 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: MALVINAS 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PERNAMB 14 - CEP: 58.432-820
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 93829-8855

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 7984 CONTA: 11372 5 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) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 10/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

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

DATA: 18/7/2019	HORA: 12:06 HRS	ID Nº: 1788280
NOME: KLEBER GERVASIO MELO		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: RUA: JABOTICABEIRAS - MALVINAS		
COMPLEMENTO: PROXIMO AO CAMPO DO GUARANI		
CIDADE: CAMPINA GRANDE / PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma		

Campina Grande, 16 de agosto de 2019.


Deoclecio F. Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1946925

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 18/07/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: KLEBER GERVASIO MELO

CEP:58400002

Nascimento:31/10/1969

Endereço: RUA DOS PAUS DARCO

Sexo:M

Telefone: 986110037

Cidade: Campina Grande

Idade:049

Bairro: MALVINAS

Nome da Mãe: MARLENE GERVASIO MELO

RG: 3494487

Nº:169

Responsável:

CPF: 31275044204

Profissão: MOTO TAXI

Estado Civil: Casado(a)

Data de

CNS: 704100160572572

Atend: 18/07/2019

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

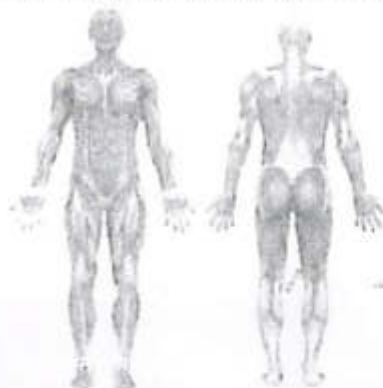
Hora: 12:42:54

CONVÊNIO: SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



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

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

Politrauma. Quedo de moto.

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de queda de moto há cerca de 30 minutos. Pediu p socorro. Não cedeu e não reagiu. Estado de consciência. Apresenta dor em região de transição toracoabdominal direita e dor vascular direita. Abaulamento em região de vascular direita.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotofréagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow

PA

HGT:

SatO2

A: capilar leve e não cede a pressão. Exame de torácica normal. C. com dor de movimento. Per a colagem de abdome sup. direito. LOTE. movimento de 4 membros. Dor em MGD.

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

(X) Ultrassonografia: Fast

(X) Radiografias: Cervical, torax, pelve, ombro D.

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia / Após resultado dos exames. às 13:00 Dia 18/07/19Especialista: Clínica Torácica / 1º consult 16:15 às 15:57 Dia 18/07/19

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Dr. Otávio Pereira Jr.
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PB 7102

Nº

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

1		
2	depressão 20 mg G	
3	Tricicl + amyl G	
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Júlio César
Cirurgião Torácico
CRM 1556

Francisco Claudio A. Ferreira
CIRURGIÃO GERAL
CRM-PB: 5435

REAVALIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL (16:00h)

- PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, DE AMBULANDO COM FAST MOSTRANDO SINAIS DE PNEUMOTÓRAX À DIREITA. ASSO- CIADO À DOR VENTILATÓRIO-DEPENDENTE.

- CD: SOLICITO PARALELO DA CIRURGIA TORÁCICA,
ALTA DA CIRURGIA GERAL

Francisco C. Calaz
CRM 2359 - MT. RG. 11.065
RIS: 170380590-34
TPE: 132.031.504-68

62429.9 1st place
 Training for new
 feedback
 In Gap for new
 BRIGOR REP'DY

DESTINO DO PACIENTE / / às :

() Centro cirúrgico _____

() Internacional (setor) _____

☐ Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

() Alta hospitalar / () A revelia
 \ () Decisão Médica

() Óbito

Ass. do paciente ou responsável(quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

10.4.1.148/projetohtcg/impreclass.php?contar=1946925&datainici=2019-07-18&horaalend=12:43:46

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DON LUIZ GONZAGA FERNANDES	
CAMPINA GRANDE - PARAIBA	
PACIENTE:	KLEBER CERVASIO MELO
DATA DO EXAME:	18/07/2019

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

- Exame realizado em caráter de urgência, direcionado para avaliação de alterações eventuais relacionadas ao tórax abdominal, segunda solicitação.

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento ditâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Paciente referido dor em hemitórax direito e, no estudo ecográfico, observam-se sinais de pneumonia. Correlacionar com estudo radiológico.

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou perfurção no presente estudo.

Figado de dimensões e padrão textural normais, com contornos regulares. A artéria biliar intra e extra-hepática não apresenta sinais de dilatação.

Visceras de dimensões e padrão textural usuais para a faixa etária do paciente nas porções visualizadas.

Baço de dimensões normais e textura sólida homogênea.

Rins de forma, topografia e dimensões normais, contornos regulares, sem sinais de lesões relacionadas ao trauma, ressaltando as limitações do método.

Resiga de paredes regulares e textura anecóica homogênea.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Processo referido dor em hemitórax direito e, no estudo ecográfico, observam-se sinais de pneumonia. Correlacionar com estudo radiológico.

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou perfurção no presente estudo.

Observação: Responder a todos os itens da ultrassonografia na descrição de lesões em órgãos sólidos e vísceras de acordo com o protocolo de documentação.

DR. ANDRÉ VENTURA

Médico Radiologista

CRM-PB 7332 / RQE-PB 5683



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 18/07/2019
 Paciente: KLEBER GERVASIO MELO Idade: 049 N° ATEND: 1946925

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
 DATA: 18/07/2019 HORA : 12:43:46

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
 ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ()SIM (X)NÃO HAS ()SIM (X)NÃO
 DEF. MOTORA ()SIM (X)NÃO

ALERGIAS : NEGA
 MEDICAÇÃO EM USO :
 ESTADO GERAL :
 AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
 () DESORIENTADO () AGITADO (X) COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
 () IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
 () PRURIDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
 () ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
 () EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor



ESCALA DE DOR: DOR BASTANTE FORTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
 VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
 acolhimento

Allana G. Uchoa
 COREN-PB 571133-ENF



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SUS



DN: 31.10.69

3310.5862

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: KLESON GONÇALVES M10

DATA DO ATENDIMENTO: 28/04/19

Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA: _____

DIAGNÓSTICO: frat. de clavícula (D)

PROCEDIMENTO: conduta com ortopedia

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Olavo Pereira Jr.
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PB 7103



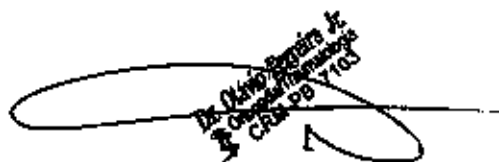
ATESTADO MÉDICO

ATESTO que KIESEN GENÍDIO
MÉDICO

foi atendido (às) hoje, às 22:42h (— 1 —)
horas, necessitando de 60 (SESSENTA)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S42.0

Campina Grande, 28/07/2019


Dr. Olavo Pereira Jr.
CRM-PB 7103

Assinatura do Médico - CRM N°

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		P B	
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
 VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1838529249	NOME KLEBER GERVASIO MELO		
			
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR (P) 3494487 SSP PB		
	CPF 312.750.442-04		
	DATA NASCIMENTO 31/10/1969		
PRACÇÃO MANOEL LUIZ MELO MARLENE GERVASIO MELO			
PERMISSÃO ACC CAETAE AB			
Nº REGISTRO 04684941829			
VALIDADE 21/08/2024			
1ª HABILITAÇÃO 01/07/2009			
OBSERVAÇÕES A			
 ASSINATURA DO PORTADOR			
LOCAL CAMPINA GRANDE, PB			
DATA EMISSÃO 21/08/2019			
ASSINATURA DO EMISSOR 04152453145 PB039540200			
PARAÍBA			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
Nº 01479260134
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
PRV
20190100046032-3
VA - COD. RENAVAM 0113683509-9 00/00000000 2019
NOME

KLEBER GERVASIO MELO

PLACA 31275044204
CFR / CNPJ QFM9793/PB

PLACA ANT / LR NOVO PB
CHASSI 9C2KC2200JR117288

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC
COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA / CG 160 EAN
ANO FAB. / ANO MOD. 2017 2018

CAR / POT / CL. 2 P/162 / CI
CATEGORIA ALUGUEL BRANCA

COTA UNICA 00/00/0000
VENC. COTA UNICA 1
PARCELAMENTO / COTAS 2
FAVA LIVA 0
PREMIO TARIFARIO (R\$) 3

P A G O 29/05/2019
PREMIO TOTAL (R\$)
DATA DE PAGAMENTO

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA
OBSERVAÇÕES

CAMPINA GRANDE-PB
LOCAL
DATA 29/05/2019

99999999



9393

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

PB Nº 01479260134 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019
DATA EMISSÃO 29/05/2019

VA 1 31275044204
CFR / CNPJ QFM9793/PB

MARCA / MODELO HONDA / CG 160 EAN
ANO FAB. / ANO MOD. 2017 2018

CAR / POT / CL. 2 P/162 / CI
CATEGORIA ALUGUEL BRANCA

COTA UNICA 00/00/0000
VENC. COTA UNICA 1
PARCELAMENTO / COTAS 2
FAVA LIVA 0
PREMIO TARIFARIO (R\$) 3

P A G O 29/05/2019
PREMIO TOTAL (R\$)
DATA DE PAGAMENTO

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA
OBSERVAÇÕES

CAMPINA GRANDE-PB
LOCAL
DATA 29/05/2019

9393-0940571-20190529

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

01/2019



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA KLEBER GERVASIO MULO
 DATA DO ACIDENTE 18/07/2019 CPF DA VÍTIMA 312.750.442-04
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É KLEBER GERVASIO MULO
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA DOS PAU D'ARCO
 Nº 169 COMPLEMENTO CASA BAIRRO HALVINS
 CIDADE CAMPINA GRANDE UF PB CEP 58.423-700
 E-MAIL _____ TELEFONE (83) 99829-8855

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO 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 RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 18/07/2019
 IDENTIDADE 3.494.487-SSP/PB
 ASSINATURA Kleber Gervasio Mulo

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190592575 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KLEBER GERVASIO MELO **Data do acidente:** 18/07/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190592575 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KLEBER GERVASIO MELO **Data do acidente:** 18/07/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364655/19

Vítima: KLEBER GERVASIO MELO

CPF: 312.750.442-04

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 18/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KLEBER GERVASIO MELO

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

KLEBER GERVASIO MELO : 312.750.442-04

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: 18/10/2019
Nome: KLEBER GERVASIO MELO
CPF: 312.750.442-04

KLEBER GERVASIO MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2019
Nome: VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA
CPF: 068.954.516-92

VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364655/19

Número do Sinistro: 3190592575

Vítima: KLEBER GERVASIO MELO

Data do acidente: 18/07/2019

CPF: 312.750.442-04

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KLEBER GERVASIO MELO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 31/10/2019

Nome: KLEBER GERVASIO MELO

CPF: 312.750.442-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/10/2019

Nome: VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA

CPF: 068.954.516-92

KLEBER GERVASIO MELO

VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA