

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA

Nº Sinistro: 3180214589

Vitima: JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA

Data do Acidente: 03/10/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180214589**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12832285



Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA

Nº Sinistro: 3180214589

Vitima: JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA

Data do Acidente: 03/10/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180214589**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência faltando página
- Comprovação de ato declaratório faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA

Nº Sinistro: 3180214589

Vitima: JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA

Data do Acidente: 03/10/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180214589**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **03/10/2016**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Autorização de pagamento



REGISTRO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário **entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário **entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

035.813.76407

Nome completo da vítima

Jose Carlos Vicente de Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Jose Carlos Vicente de Silva	035.813.76407	autorôn
Endereço	Número	Complemento
Rua Alfredo Arturino de Lima	190	cas
Bairro	Estado	CEP
Botafogo	PB	58380000
Email		Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção;

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
NRO.

0333

(Informar dígito se existir)

DIV

CONTA
NRO.

31266

(Informar dígito se existir)

DIV

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA
NRO.

DIV

CONTA
NRO.

DIV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Declaro de 27 de abril de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Jose Carlos Vicente de Silva

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Autorização de pagamento



RIZACÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221204 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário, entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da vítima

035.813.764.07

Nome completo da vítima

Jose Carlos Vicente de Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Jose Carlos Vicente de Silva	035.813.764.07	autônomo
Endereço	Número	Complemento
Rua Alfredo Castanho de Lima	190	Co-5
Bairro	Estado	CEP
Botafogo	PB	58380000
E-mail	Cidade	Telefone (DDD)
	Salvadora	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (232) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

0433

(Informar dígito se existir)

CVV

CONTA

NRO.

31266

(Informar dígito se existir)

CVV

2

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

CVV

CONTA

NRO.

CVV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Salvadora de 27 de Abril de 2018

Local e Data



Assinatura do Beneficiário
Jose Carlos Vicente de Silva

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**Extrato por período**

Cliente: ANGELA MARIA GUEDES DE SOUZA

Conta: 0677 / 001 / 00021823-2

Data: 27/06/2015 - 08:58

Mês: Junho/2015

Período: 1 - 27

Extrato

Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
	000000	SALDO ANTERIOR	0,00	1.143,51 D
01/06/2015	900001	DEB.JUROS	95,89 D	1.239,40 D
01/06/2015	000000	DEB.JOF	5,88 D	1.245,28 D
05/06/2015	051549	CT SALARIO	975,25 C	270,03 D
05/06/2015	051851	SAQUE ATM	978,00 D	1.148,03 D

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104



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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 03581376407 Nome completo da vítima: Jose Carlos Vicente da Silva

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

Nome completo: Jose Carlos Vicente da Silva CPF: 035.81376407
Profissão: Autônomo Endereço: Rua Alfredo Coutinho de Lima Número: 190 Complemento: Casa
Bairro: Botafogo Cidade: Itaboraí Estado: PB CEP: 58360000
E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0733 CONTA: 31266 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

MORTE

Local e Data: Itaboraí 22 de Janeiro 2019
Nome: Gilderson Lourenço da Silva
CPF: 09952955499
Gilderson Lourenço da Silva
(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: Gilberto Lourenço da Silva Filho
CPF: 084.126.64418
Gilberto Lourenço da Silva Filho
Assinatura
2ª Nome: Lucas Romão da Silva
CPF: 131.880.93450
Lucas Romão da Silva
Assinatura

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 002/2018
Ocorrência nº. 0186/2018

Aos VINTE E CINCO dias de ABRIL de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de ITABAIANA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **LEONARDO GONÇALVES MACIEL PINHO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, Policial civil, aí, por volta 17h:00min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA, brasileiro, natural de Itabaiana-PB, nascido em 17/04/1976, com 43 anos de idade, filho de Severina Maria da Silva e Severino Vicente da Silva, RG nº 2005318 SSP-PB; CPF nº 035.813.764-07, residente na Rua Alfredo Coutinho de Lira, 190, Botafogo, Itabaiana-PB, fone: (83)999824226

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) Natureza do fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) Data do fato: 03/10/2016;
- 3) Horário do fato: 20h;
- 4) Local do fato: Pilar, na estrada que liga Pilar-PB a Itabaiana-PB.
- 5) Breve resumo do fato:

QUE, no lugar e hora em questão estava vindo de Pilar para Itabaiana e ao sair da pista asfaltada para a de terra perdeu o controle da sua moto e veio ao solo; QUE, em virtude das lesões sofridas passou 5 meses internado no hospital, conforme laudo médico apresentado: luxação glenoumeral esquerda + luxação acromioclavicular direita; QUE, com este boletim de ocorrência pretende, dar entrada no seguro DPVAT; QUE, a motocicleta que conduzia era uma HONDA/CG 150 FAN ESI 2010/2010, CHASSI 9C2KC1550AR203063, PLACA NQI8229/PB.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

não consta.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo (a) noticiante, e por mim, escrevê(o) que digitei.



JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA

Comunicante

Escrivã(o)/Agente

Matrícula nº 168.217-2

PRIMEIRO SERVIÇO DE NOTAS E REGISTROS
PÚBLICOS DE TIMBAÚBA
Rua Dr. Alcebíades, 215 - Centro
Timbaúba/PE Fone: (81) 3631-1839 Bel.ª Alda
Lúcia S. P. de Souza - Titular Certifico
que a presente cópia é a reprodução exata
do original que me foi apresentado, ao
qual autenticado. Ocu. fe. Timbaúba.
27/04/2018 10:31:57. Emol. 3,07 TSNR: 0,69
FPC: 0,34 Total: 4,09. CINTYA KASSIA
BARBOSA LOURENÇO - Esc. autorizado Sel.º:
-073569.BROG:201201.04394 Consulte
autenticidade do selo em
www.tjpe.jus.br/selodigital

Auto: Kássia Barbosa Lourenço
Gerente Autorizada

Carta
Kassia



Ato Declaratório

Comprovação de ato declaratório



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

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	17/04/76
NOME DA MÃE	SEVERINA MARIA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	97.093
BOLETIM DE ENTRADA N.º	942.085
DATA DO ATENDIMENTO	03/10/16
HORA DO ATENDIMENTO	09:20
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	HEMORRAGIA SUBARACNOIDE TRAUMÁTICA
CID 10	S06.6

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta apresentando trauma na cabeça. Abdomen sem alterações. Glasgow 13. TC de crânio: discreto inchado cerebral e hemorragia subaracnoide traumática. Internação. Evoluiu sem intercorrências.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TRATAMENTO:

Tratamento conservador.

ALTA HOSPITALAR:	02/09/16
DATA DA EMISSÃO:	29/12/16

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.

Declaração de inexistência de



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais informações, acesse o site <http://www.segurdorallider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0900 0221204 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Geor Carlos Vicente da Silva

CPF da Vítima

035.813.76407

Data do Acidente

22/08/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



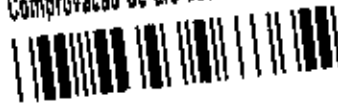
Declaro em 22 de Abril de 2016

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Geor Carlos Vicente da Silva

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE José Carlos Vicente da Silva
DATA DE NASCIMENTO 17/04/76
NOME DA MÃE Severina Maria da Silva

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 97093
BOLETIM DE ENTRADA N.º 951830
DATA DO ATENDIMENTO 03/10/16
HORA DO ATENDIMENTO 10:53
MOTIVO DO ATENDIMENTO Trauma
DIAGNÓSTICO (S) Luxação glenoumeral esquerda + luxação acromioclavicular D.
CID 10 S43.0 S43.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, encaminhado do HTOP, apresentando luxação do ombro esquerdo. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento especializado. Após acidente de moto.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX ombro D e E.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: luxação glenoumeral esquerda, luxação acromioclavicular D.

TRATAMENTO:

Redução inconsciente da luxação glenoumeral esquerda sob anestesia, tratamento cirúrgico de luxação acromioclavicular D.

ALTA HOSPITALAR: 12/10/16
DATA DA EMISSÃO: 28/04/17

Dr. Juan Jairo Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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

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

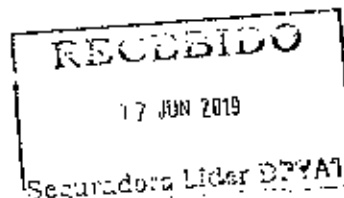
Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180503459

Vítima: JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA

Data do Acidente: 03/10/2016

Cobertura: INVALIDEZ



Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA

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

Comprovação de ato declaratório incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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.

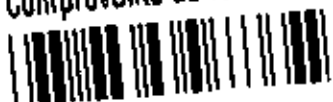
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jose Carlos Vicente da Silva

RG nº 2005318, data de expedição 12/04/76, Órgão SOS-PC

CPF nº 035.833.46407, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Alfredo Coutinho do Rio</u>
Número	<u>190</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Botafogo</u>
Cidade	<u>Itaboraí</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58380000</u>
Telefone de Contato	<u>(81)99540-3344</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Itaboraí 27 de Abril 2008

Assinatura do Declarante: X



JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jose Carlos Vicente da Silva

RG nº 2005318, data de expedição 12/04/76, Órgão SSP-PB.

CPF nº 035 813.76407, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório, em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Alameda Coutinho de Lira</u>
Número	<u>190</u>
Apto / Complemento	<u>Loz</u>
Bairro	<u>Botafogo</u>
Cidade	<u>Itaboraí</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>58360-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99540-1444</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Itaboraí 05/06/13

Assinatura do Declarante: ✓





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Carlos Roberto da Silva
 RG nº 3407988 data de expedição 24/10/12006
 Órgão SSP portador do CPF nº 085 65 2894295 com
 domicílio na cidade de Itabaiana no Estado de
Pernambuco onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Duque Compes Lima nº 41
 complemento Casa declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Carlos Vicente da Silva cujo o condutor era
por Carlos Vicente da Silva

Veículo: Moto
 Modelo: Honda CG 150 FANES
 Ano: 2010
 Placa: MDJ 8229 IPB
 Chassi: 9C2K1550ARJ03063
 Data do Acidente: _____
 Local e Data: _____

Carlos Roberto da Silva
 Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



2º Cartório de Notas de Itabaiana - PB
 Av. José Clemente, 110 - Centro
 CEP: 55200-000 - FONE: (83) 3711-1277
 E-mail: cartorio2@itabaiana.pb.gov.br

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

JOSÉ ROBERTO DA SILVA

Ouv. Itabaiana/PB - 25/04/2018

Notário: Maria das Graças de Almeida Melo

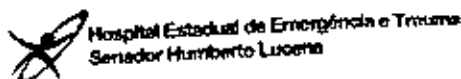
Selo Digital: ACV19210-MODR

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.jus.br>

Emol R\$11,56 Farpem R\$0,28 MP R\$0,19 Fep R\$1,90

Maria das Graças de Almeida Melo
 Itabaiana - Cartório do 2º Ofício
 Itabaiana - PB

Nome: <u>João Carlos Vicente da Silva</u>		N de BE: <u>95 5830</u>	
Idade: <u>40a</u>	Sexo: <u>M</u>	Clínica: <u>Onf</u>	Enf.: <u></u> Leito: <u></u>
Data de admissão: <u>03/10/16</u>		Alta: <u>12/10/16</u> Tempo de Permanência: <u></u>	
Diagnóstico de Internação: <u>HAC Grau V</u>			
Diagnóstico Definitivo: <u>O mesmo</u>			
Diagnóstico Secundário: <u>— —</u>			
Principais exames: <u>Rx + Ex. Física</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Não cirurgia da HAC V da 10/10/16</u>			
Biópsias: <u>por Dr. Ricardo Barros</u>			
Anatomia patológica: <u></u>			
Infecção: sim () não (x) Coleta de material: sim () não (x)			
Resultado bacteriológico: <u></u>			
Condições de alta: Melhorado (x) Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>paciente evoluiu por BCB, em 10/10/16 para alta hospitalar e acompanhamento.</u>			
Dieta: <u>Orel 1000</u> Orientações Pós Alta			
Reposo: Relativo em casa por, <u></u> dias. Retorno às atividades sem esforço físico em, <u></u> dias. Retorno às atividades com esforço físico leve, <u></u> dias e com maior em, <u></u> dias. Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop. Medicações para casa: <u>Clonazepam, Paracetamol, Dexametasona</u>			
Retorno: Ao posto de saúde em <u></u> para retirada de ponto. Ao ambulatório <u></u> em 30 dias para revisão.			
João Pessoa: <u>12 de 10 de 16</u>		Dr. <u>Arlojman B. Dias Jr.</u> Médico CRM PB 10.251	
Ass. Médico/CRM <u></u>			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para: DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			



GOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, em -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 951830



Identificação do paciente			
ID 1073038	Nome JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 17/04/1976	Idade 40 anos 6 meses 16 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião
Mãe SEVERINA MARIA DA SILVA	Pai SEVERINO VICENTE DA SILVA		
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) GERLANE SEVERINA SILVA DE SALES - IRMÃO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 996266732	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2005318	Nº Cms 702005834730584	
Local de procedência TAMBIA	Tipo BAIRRO		UF PB
E-mail	Naturalidade TABAIANA	CBOB Pescador artesanal de peixes e camarões	
Endereço			
CEP 58360000	Município de residência TABAIANA	UF PB	Logradouro ALFREDO COUTINHO
Número 190	Complemento	Bairro BOTAFOGO	
Admissão			
Data e Hora 03/10/2016 10:53:56	Número da pulseira 1000005944926	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIAO GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Caráter do atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento TRAUMA	Detalhe do acidente	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []		ECG []	Ultrassonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA			

medicamentos
gelo-umbral
03/10
DE
NS
RA

LAC
03/10(2016)
DE
NS
RA

TOMOGRAFIA
OMBRO (ESQ)
03 10 16
DATA
Tempo
03min 25seg

Nome: João Carlos Viana do Amaral BE/Prontuário: 951830
Idade: Sexo: (☒ Masculino) (☐ Feminino) Cor: Data: 10/10/2016
Clínica/Setor: Transfusão de Sangue EMP: 14 LR: 52
Cirurgia: Tratamento cirúrgico de lesão por pressão decorrente de L4
Cirurgião: Dr. R. L. Cordeiro 1º Assistente: Dr. R. L. Cordeiro
2º Assistente: 3º Assistente:
Instrumentador: Anestesista: Dr. Humberto
Tipo de Anestesia: geral Horário: Início Término

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Lesão por pressão decorrente de L4</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico de lesão por pressão decorrente de L4</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: (☐ Sim) (☒ Não. Descrição:

Biopsia de Congelação: (☐ Sim) (☒ Não)

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

(☒ Enfermaria) (☐ Terapia Intensa) (☐ Residência) (☐ Óbito durante Ato Cirúrgico)

Médico/CRM:

João Pessoa 10/10/2016

Ato Declaratório



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

X

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE José Carlos Vicente da Silva

DATA DE NASCIMENTO 17/04/76

NOME DA MÃE Severina Maria da Silva

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 97093

BOLETIM DE ENTRADA N.º 951830

DATA DO ATENDIMENTO 03/10/16

HORA DO ATENDIMENTO 10:53

MOTIVO DO ATENDIMENTO Trauma

DIAGNÓSTICO (S) Luxação glenoumeral esquerda + luxação acromioclavicular D.

CID 10 S43.0 S43.1

AValiação Inicial:

Paciente deu entrada neste Serviço, encaminhado do HTOP, apresentando luxação do ombro esquerdo. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento especializado.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX ombro D e E.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: luxação glenoumeral esquerda, luxação acromioclavicular D.

TRATAMENTO:

Redução inconculta de luxação glenoumeral esquerda sob anestesia, tratamento cirúrgico de luxação acromioclavicular D.

ALTA HOSPITALAR: 12/10/16

DATA DA EMISSÃO: 28/04/17

Dr. Jush Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	17/04/76
NOME DA MÃE	SÉVERINA MARIA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	97.093
BOLETIM DE ENTRADA N.º	942.085
DATA DO ATENDIMENTO	22/08/16
HORA DO ATENDIMENTO	09:20
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	HEMORRAGIA SUARACNOIDE TRAUMÁTICA
CID 10	S06.6

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, apresentando trauma na cabeça. Abdomen sem alterações. Glasgow 13. TC de crânio: discreto inchaço cerebral e hemorragia subaracnoide traumática. Internação. Evoluiu sem intercorrências.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TRATAMENTO:

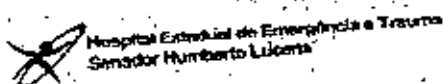
Tratamento conservador.

ALTA HOSPITALAR:	02/09/16
DATA DA EMISSÃO:	29/12/16

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

Nome: <u>Jose Carlos Vicente da Silva</u>		N de BE: <u>95 5830</u>	
Idade: <u>40a</u>	Sexo: <u>M</u>	Clinica: <u>Out</u>	Enf.: <u></u> Leito: <u></u>
Data de admissão: <u>03/10/26</u>		Alta: <u>12/10/26</u>	
Tempo de Permanência: <u></u>			
Diagnóstico de Internação: <u>HAC Grau V</u>			
Diagnóstico Definitivo: <u>O mesmo</u>			
Diagnóstico Secundário: <u></u>			
Principais exames: <u>Rx + Rx Física</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Não cirurgia da HAC V da 10/10/26 por Dr. Ricardo Barros</u>			
Biópsias: <u></u>			
Anatomia patológica: <u></u>			
Infecção: sim () não (x) Coleta de material: sim () não (x)			
Resultado bacteriológico: <u></u>			
Condições de alta: Melhorado (x) Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>Presença de HAC Grau V, em fase de alta hospitalar e acompanhamento.</u>			
Orientações Pós Alta			
Dieta: <u>Oral Líquida</u>			
Repouso:			
Relativo em casa por, <u></u> dias.			
Retorno às atividades sem esforço físico em, <u></u> dias.			
Retorno às atividades com esforço físico leve, <u></u> dias e com maior em, <u></u> dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.			
Medicações para casa: <u>Opiáceos, Analgésicos, Antibióticos</u>			
Retorno:			
Ao posto de saúde em <u></u> para retirada de ponto.			
Ao ambulatório <u></u> em 30 dias para revisão.			
João Pessoa: <u>12 de 10 de 26</u>			
Dr. <u>Relisman E. Dias Jr.</u> Médico CRM PB 16251			
Ass. Médico/CRM <u></u>			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para: DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			



ACOLHIMENTO, em CHES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 961830



Identificação do paciente				Sexo
Id	Nome			Masculino
1073038	JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA			
DATA do nascimento	Idade	Estado civil	Religião	Protestante
17/04/1975	40 anos 5 meses 16 dias	CASADO(A)		87093
Mãe	Pai			
SEVERINA MARIA DA SILVA	SEVERINO VICENTE DA SILVA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco)			
FUNDAMENTAL INCOMPLETO	GERLANE SEVERINA SILVA DE SALES - IRMÃO(A)			
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo	
83	996256732			
Tipo documento	Número documento	Nº Cns	UF	
RG (IDENTIDADE)	2005318	702008634730584	PB	
Local de procedência	Tipo			
TAMBIA	BAIRRO			
E-mail	CBO/R			
	Pescador artesanal de peixes e camarões			
Endereço				
CEP	Município de residência	UF	Logradouro	
58360000	ITABAIANA	PB	ALFREDO COUTINHO	
Número	Complemento	Bairro		
180		BOIAFOGO		
Admissão				
Data e Hora	Número da pubes	Convênio		
03/10/2016 10:53:56	1000005944926	BUS		
Especialidade	Clínica			
CIRURGIA GERAL	CLÍNICA TRAUMA E GERAL			
Classificação de risco	Origem do paciente			
	OUTRA UNIDADE DE SAÚDE			
Cartão de atendimento	Motivo do atendimento			
URGENCIA	TRAUMA			
Indicadores e Transporte				
Caso policial	Plano de saúde	Veto de ambulância	Trauma	
Não	Não	Não	Não	
Meio de transporte	Quem transportou			
CARRO PARTICULAR				
Sinais Vitais				
PA	X	Pulso	Temperatura	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	
			Liquor []	
			ECG []	
			Ultrassonografia []	
Dados clínicos				
TOM				
OMBRO (ESQ)				
03 10 16				
DATA				
CID				
Tempo				
03min 25seg				
Diagnóstico				
Atendido por				
MARNIELE JANAINA DA COSTA GARA				

Redimensionamento
gênero - feminino
03/10
De
NS
RA

LAO
JOLIO (2011)
De
NS
RA

TOM
OMBRO (ESQ)
03 10 16
DATA
CID
Tempo
03min 25seg



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Sociedade Humberto Lucena

ACOLHIMENTO, em -- CNES: 123312 - Tel.:

Bolaim de Atendimento: 051630



**GOVERNO
DA PARAIBA**



Identificação do paciente				Sexo	
ID 1073038		Nome JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA		Masculino	
Data de nascimento 17/04/1976		Idade 40 anos 6 meses 16 dias		Estado civil CASADO(A)	
Religião		Pai SEVERINO VICENTE DA SILVA		Profissão 97093	
Mãe SEVERINA MARIA DA SILVA				Responsável (Parentesco) GERLANE SEVERINA SILVA DE SALES - (IRMAO(A))	
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO				Telefone Fixo	
DDD Móvel 63		Fone Móvel 996266732		Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)		Número documento 2005318		Nº Cns 702006834730564	
Local de procedência TAMBIA		Tipo BARRIO		UF PB	
Email		Naturalidade ITABAIANA		CBOAR Perceador artificial do pólvora e camaraes	
Endereço					
CEP 58360000		Município de residência ITABAIANA		UF PB	
Número 190		Complemento		Logradouro ALFREDO GUTINHO	
				Bairro BOTAFOGO	
Admissão					
Data e Hora 03/10/2016 10:53:56		Número da pulseira 1000005944926		Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIAO GERAL		Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL			
Classificação de risco		Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE			
Caráter de atendimento URGENCIA		Motivo do atendimento TRAUMA		Detalhe do acidente	
Indicadores e Transporte					
Caso paciente Não		Plano de saúde Não		Veio de ambulância Não	
Meio de transporte CARRO PARTICULAR		Quem transportou			
Sinais Vitais					
PA		X mmHg		Pulso	
				Temperatura	
Exames complementares					
Rato X []		Sangue []		Urina []	
TC []		Liquor []		ECG []	
Ultrassonografia []					
Dados clínicos					
Resistência gins-urinafe 03/10 LAED 03/10 (2016) De NS del Diagnóstico Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA ORTA					
TOP OMBRO (ESQ) 03 10 16 DATA: 03 10 16 Tempo 03min 25seg					

03/10/2016 10:55

Nome: João Carlos Vicente do Amaral BE/Prontuário: 951830
Idade: _____ Sexo: (☒ Masculino) (☐ Feminino) Cor: _____ Data: 10/10/2016
Clínica/Setor: Transfusão de Sangue EMP: 14 LR: 52
Cirurgia: Transfusão de sangue de banco de sangue
Cirurgião: Dr. R. L. Gomes 1º Assistente: Dr. R. L. Gomes
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. R. L. Gomes
Tipo de Anestesia: geral Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Transfusão de sangue de banco de sangue</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Transfusão de sangue de banco de sangue</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: (☐ Sim) (☒ Não. Descrição: _____)

Biopsia de Congelação: (☐ Sim) (☒ Não)

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

(☒ Enfermaria) (☐ Terapia Intensa) (☐ Residência) (☐ Óbito durante Ato Cirúrgico)

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 10/10/2016

Atto Declaratório



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE José Carlos Vicente da Silva
DATA DE NASCIMENTO 17/04/76
NOME DA MÃE Severina Maria da Silva

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 97093
BOLETIM DE ENTRADA N.º 951830
DATA DO ATENDIMENTO 03/10/16
HORA DO ATENDIMENTO 10:53
MOTIVO DO ATENDIMENTO Trauma
DIAGNÓSTICO(S) Luxação glenoumeral esquerda + luxação acromioclavicular D.
CID 10 S43.0 S43.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, encaminhado do HTOP, apresentando luxação do ombro esquerdo. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento especializado.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX ombro D e E.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: luxação glenoumeral esquerda, luxação acromioclavicular D.

TRATAMENTO:

Redução inconculta de luxação glenoumeral esquerda sob anestesia, tratamento cirúrgico de luxação acromioclavicular D.

ALTA HOSPITALAR: 12/10/16
DATA DA EMISSÃO: 28/04/17

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	17/04/76
NOME DA MÃE	SÉVERINA MARIA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	97.093
BOLETIM DE ENTRADA N.º	942.085
DATA DO ATENDIMENTO	22/08/16
HORA DO ATENDIMENTO	09:20
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	HEMORRAGIA SUBARACNOIDE TRAUMÁTICA
CID 10	S06.6

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, apresentando trauma na cabeça. Abdomen sem alterações. Glasgow 13. TC de crânio: discreto inchaço cerebral e hemorragia subaracnoide traumática. Internação. Evoluiu sem intercorrências.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TRATAMENTO:

Tratamento conservador.

ALTA HOSPITALAR:	02/09/16
DATA DA EMISSÃO:	29/12/16

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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



LAUDO FISIOTERAPÉUTICO

Paciente Jose Carlos Vicente da Silva, vítima de acidente de moto, apresentando fratura trauma na cabeça (TDE Grave) e luxação acromioclavicular direito, no dia 03/10/2016, foi submetido a intervenção cirúrgica onde ficou em torno de 5 meses internado no hospital trauma.

Após tratamento foi encaminhado para realização de fisioterapia para reabilitação. Com admissão no dia 19/09/2016 e término no dia 20/01/2017.

A paciente evoluiu com queixas de dores e dificuldade de movimentação perda de força no braço direito. EVA 08.

Realizaram-se 45 sessões de fisioterapia qual se utilizou de Alongamento, termoterapia, drenagem linfática manual, liberação miofascial e fortalecimento como conduta terapêutica.

Dr.º Moisa Lourenço
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 140052-F

Dr.º Moisa Lourenço S. C. Dantas
CREFITO 140052-F

Itabaiana, 20/01/2017



Rua Jose Gouveia Borba, 270 Timbauba/PE.



81 9 9803-4657



moisalourencos@gmail.com



Ata de Comparecimento

Paciente Jose Carlos Vicente da Silva
 RG: 3085318 CPF: 035813.764 07 Admissão
19/09/16 Término: 20/01/17

Declaro para os devidos fins que o Sr. (a) Jose Carlos Vicente da Silva
 Compareceu as sessões de fisioterapia nos dias:

DATA	PROCEDIMENTO	HORAS	ASSINATURA
19/09/16	Análise	1h	
23/09/16	Alongamento	1h	
26/09/16	"	"	
30/09/16	"	"	
03/10/16	"	"	
05/10/16	"	"	
07/10/16	"	"	
10/10/16	"	"	
13/10/16	"	"	
16/10/16	"	"	
17/10/16	"	"	
19/10/16	Drenagem	1h	
21/10/16	"	"	
24/10/16	"	"	
26/10/16	"	"	
28/10/16	"	"	
31/10/16	"	"	
04/11/16	"	"	
07/11/16	"	"	
09/11/16	Liberação miofascial	1h	
11/11/16	"	"	
14/11/16	"	"	
16/11/16	"	"	
18/11/16	"	"	
21/11/16	"	"	
23/11/16	"	"	
25/11/16	"	"	
28/11/16	"	"	
30/11/16	"	"	
02/12/16	Terapias	1h	
05/12/16	"	"	
07/12/16	"	"	
09/12/16	"	"	
12/12/16	"	"	
14/12/16	"	"	

Nome: <u>Jose Carlos Vicente da Silva</u>		N de BE: <u>95 1830</u>	
Idade: <u>42a</u>	Sexo: <u>M</u>	Clinica: <u>Onf</u>	Enf.: <u></u> Leito: <u></u>
Data de admissão: <u>03/10/16</u>		Alta: <u>12/10/16</u>	
Tempo de Permanência: <u></u>			
Diagnóstico de Internação: <u>KAC Grau V</u>			
Diagnóstico Definitivo: <u>O mesmo</u>			
Diagnóstico Secundário: <u>— —</u>			
Principais exames: <u>Rx + Ec. Abdom</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Tro cirurgia da KAC V dia 10/10/16 por Dr. Ricardo Barros</u>			
Biópsias: <u></u>			
Anatomia patológica: <u></u>			
Infecção: sim () não (x) Coleta de material: sim () não (x)			
Resultado bacteriológico: <u></u>			
Condições de alta: Melhorado (x) Removido () A pedido () Curado () Óbito () A Revelia ()			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>Paciente admitido em BB, em 03/10/16, com diagnóstico de KAC, evoluindo para o estado de Alta Hospitalar e Acompanhamento Ambulatorial.</u>			
Orientações Pós Alta			
Dieta: <u>Oral livre</u>			
Repouso: <u></u>			
Relativo em casa por, <u></u> dias.			
Retorno às atividades sem esforço físico em, <u></u> dias.			
Retorno às atividades com esforço físico leve, <u></u> dias e com maior em, <u></u> dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o HUP.			
Medicações para casa: <u>Omeprazol, Infliximab, Dexamet</u>			
Retorno:			
Ao posto de saúde em <u></u> para retirada de ponto.			
Ao ambulatório <u></u> em 30 dias para revisão.			
João Pessoa: <u>12 de 10 de 16</u>		Dr. Helio Man B. Dias Jr. Médico CRM PB 18.251	
		Ass. Médico/CRM	
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para: DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			



 Hospital Essencial de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

ACOLHIMENTO, em -- CNES: 123312 - Tel.:

Bolém de Atendimento: 951830



**GOVERNO
DA PARAIBA**



Identificação do paciente		Nome		Sobrenome	
1073030		JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA		Pereira	
Data de nascimento		Idade		Estado civil	
17/04/1976		40 anos 5 meses 16 dias		CASADO(A)	
Mãe		Refúgio		Pai	
SEVERINA MARIA DA SILVA				SEVERINO VICENTE DA SILVA	
Especialidade		Responsável (Paciente)		Resposta	
FUNDAMENTAL INCOMPLETO		GERLANE SEVERINA SILVA DE SALES - IRMÃO(A)			
DDD Móvel		Fone Móvel		DDD Fixo	
03		996266732			
Tipo documento		Número documento		Nº Cms	
RG (IDENTIDADE)		2006318		702006834710584	
Local de procedência		Tipo		UF	
TAMBAIA		BARRO		PB	
Etnia		Nacionalidade		CBO	
		TABAIANA		Pescador artesanal de peixes e camarões	
Endereço					
CEP		Município de residência		UF	
58360000		TABAUNA		PB	
Número		Complemento		Logradouro	
199				ALFREDO COUTINHO	
Admissão		Número da publicação		Convênio	
Data e Hora		1000005944926		SUS	
03/10/2016 10:53:56					
Especialidade		Clínica			
CIRURGIA GERAL		CLINICA TRAUMA E GERAL			
Classificação de risco		Origem do paciente			
		OUTRA UNIDADE DE SAUDE			
Caráter de atendimento		Detalhe do acidente			
URGENCIA		TRAUMA			
Indicadores e Transporte					
Caso potencial		Plano de saúde		Vida de ambulância	
Não		NÃO		Não	
Moto de transporte		Quem transportou			
CARRO PARTICULAR					
Sinais Vitais					
PA		Pulso		Temperatura	
X mmHg					
Exames complementares					
Rolo X []		Sangue []		Urina []	
Dados clínicos		TC []		Líquor []	
		ECO []		Ultrassonografia []	
Olegrástico		TOMOGRAFIA			
		OMBRO (ESQ)			
		03.10.16			
		DATA			
		CD			
Atendido por		Tempo			
MARINTELE JANAINA DA COSTA GAMA		03min 25seg			

03/10/2016 10:55



HEFTSHI

F:\K7\ASCTL_011-2



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

FEETSHI

Nome: João Carlos Vicente do Amaral BE/Prontuário: 951830
Idade: _____ Sexo: (☒ Masculino) () Feminino Cor: _____ Data: 10/10/2016
Clínica/Serviço: Urologia EMP: 14 LR: 02
Cirurgia: Tratamento cirúrgico de lesão de uretra anterior e L4
Cirurgião: Dr. R. L. Cordeiro 1º Assistente: Dr. R. L. Cordeiro
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Humberto
Tipo de Anestesia: geral Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Lesão de uretra anterior e L4</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico de lesão de uretra anterior e L4</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (☒ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (☒ Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

(☒ Enfermaria) () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

João Pessoa 10/10/2016

F(NG).ASCIR.009-1

Luiz Eduardo de Menezes



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

RELISA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Paciente em decúbito dorsal, em mesa operatória, sob anestesia geral.
2. Lavagem da pele com solução de Iodo e álcool 70%.
3. Preparo e posicionamento da mesa operatória.
4. Verificação da posição da pele, porção, a ser removida.

Incisão:

1. Incisão em T.
2. Hemisferio superior.
3. Hemisferio inferior.
4. Hemisferio lateral.

Achados:

1. Lesão na pele da face lateral.
2. Hemisferio superior.
3. Contusão subcutânea.
4. Lesão por parte do osso craniano.

Conduta:

1. Curativo.
2. M e D.

Fechamento:

Observação:

Médico/CRM:

Ricardo Barros Cardoso
Ortopedia
CRM-PB 3874

João Pessoa, 10 de 2016

FINGI.ASCIR.009-1

Ato Declaratório



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE José Carlos Vicente da Silva
DATA DE NASCIMENTO 17/04/76
NOME DA MÃE Severina Maria da Silva

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 97093
BOLETIM DE ENTRADA N.º 951830
DATA DO ATENDIMENTO 03/10/16
HORA DO ATENDIMENTO 10:53
MOTIVO DO ATENDIMENTO Trauma
DIAGNÓSTICO (S) Luxação glenoumeral esquerda + luxação acromioclavicular D.
CID 10 S43.0 S43.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, encaminhado do HTOP, apresentando luxação do ombro esquerdo. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento especializado.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX ombro D e E.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: luxação glenoumeral esquerda, luxação acromioclavicular D.

TRATAMENTO:

Redução inconsciente de luxação glenoumeral esquerda sob anestesia, tratamento cirúrgico de luxação acromioclavicular D.

ALTA HOSPITALAR: 12/10/16
DATA DA EMISSÃO: 28/04/17

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	17/04/76
NOME DA MÃE	SEVERINA MARIA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	97.093
BOLETIM DE ENTRADA N.º	942.085
DATA DO ATENDIMENTO	22/08/16
HORA DO ATENDIMENTO	09:20
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	HEMORRAGIA SUBARACNOIDE TRAUMÁTICA
CID 10	S06.6

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, apresentando trauma na cabeça. Abdomen sem alterações. Glasgow 13. TC de crânio: discreto inchaço cerebral e hemorragia subaracnoide traumática. Internação. Evoluiu sem intercorrências.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TRATAMENTO:

Tratamento conservador.

ALTA HOSPITALAR:	02/09/16
DATA DA EMISSÃO:	29/12/16

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

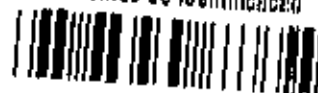
Nome
JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA

Nº de inscrição
035813764-07

Data de nascimento
17/04/76



Documentos de identificação



RELATIVO À IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR DO TÍTULO NACIONAL

Nome completo: **JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA**
Sobrenome: **VICENTE DA SILVA**
Sobrenome materno: **SOARES**
Sobrenome materno: **SOARES**

Localidade: **Itabalona - PB.**
Data de nascimento: **17.04.1976**
CPF: **035813764-07**
Cart. de Identificação: **5 PB.**

Assinatura do titular: *[Assinatura]*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

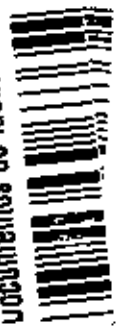
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

NAO APARECEU

Assinatura do titular: *[Assinatura]*



Documentos de identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: **JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA**

Nº de Inscrição: **035813764-07**

Data do Nascimento: **17/04/78**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.10

NAO ALFABETIZADO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

LEI Nº 7.116 DE 2003

Cart. de Identidade nº 19

Cart. de Identidade nº 19

17.04.1978

JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA

035813764-07

17/04/78



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012824852170
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
C.R. 20160300012110-8
1 0025616020-1 00/00000000 2016

CARLOS ROBERTO DA SILVA

08565289435

NQI8229/PB

NOVO

PB

9C2KC1550AR203063

PAS/MOTOCICLE/HNO APLIC

GASOLINA

HONDA/CG 150 FAN ESI

2010

2010

2 P/149 /CI

PARTIC

VERMELHA

IPVA PAGO EM

05/10/2016

1º

0

2º

3º

PREÇO TARIFÁRIO (R\$)

SEGURO

P.A.G.O.

05/10/2016

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

0

ITABAIANA - PB - LOCAL

31623

25/10/2016

31054

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
MOTOCICLETAS TERRESTRES OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 012824852170 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA O VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1295

EXERCÍCIO
2016

DATA EMISSÃO
25/10/2016

1

08565289435

NQI8229/PB

00256160201

HONDA/CG 150 FAN ESI

2010

9

9C2KC1550AR203063

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURO

P.A.G.O.

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.240.000/0001-04
www.seguradoralider.com.br

31054-1152460-20161025

MAI-2016

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0167944/18
Vítima: JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA
CPF: 035.813.764-07

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 03/10/2016
Titular do CPF: JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório
Outros

Outros



JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA : 035.813.764-07
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/06/2018
Nome: JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA
CPF: 035.813.764-07

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/06/2018
Nome: JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO
CPF: 083.495.187-82

JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA

JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA
Nº Sinistro: 3180214589
Vítima: JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA
Data do Acidente: 03/10/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180214589**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência faltando página
- Comprovação de ato declaratório faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT **0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Lider-DPVAT

Pag: 007750076 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12834154

12-Mai-2018 07:39 606822 1/1

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>
Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>
Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Lider, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Lider except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Lider. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Artur Froes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br

Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

OUTROS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO



ASL-0390056/18

Vítima: JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA

Data do acidente: 03/10/2016

CPF: 035.813.764-07

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CARLOS VICENTE
DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA : 035.813.764-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/10/2018
Nome: JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA
CPF: 035.813.764-07

JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/10/2018
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

Nathalia Beatriz Braga Costa

Nathalia Costa

De: Projeto Correio
Enviado em: quarta-feira, 24 de outubro de 2018 15:03
Para: Nathalia Costa
Assunto: ENC: Nº Atendimento: 22235448 / 3180214589
Anexos: Arquivos.zip; documentacao_medico_hospitalar complementar.pdf; documentacao_medico_hospitalar complementar.pdf; Pedido reanálise.pdf

Sinalizador de acompanhamento:

Data de conclusão: Acompanhar
quarta-feira, 24 de outubro de 2018 16:00
Status do sinalizador: Sinalizada

Nathy,

Favor atender ao pedido abaixo.

Alessandra Magalhães

Canal Correios
alessandra.magalhaes@seguradoralider.com.br
Tel. 55 21 3861-4600



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembléia, 100 - 20º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-000

Leia nossa [News](#) e nosso [Blog](#). Siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

De: Ronald Santos
Enviada em: quarta-feira, 24 de outubro de 2018 09:16
Para: Projeto Correio <projeto.correio@seguradoralider.com.br>
Assunto: Nº Atendimento: 22235448 / 3180214589

Prezados, bom dia!

Favor priorizar o cadastramento do processo.
Segue anexa documentação complementar.

Aviso Seguradora Líder de Invalidez registrado por:
Usuário: Nathalia Beatriz Braga Costa
Seguradora: SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO
Dependência: SEGURADORA LÍDER DPVAT - OPERAÇÃO
CORREIOS (0800)

10/05/2018 12:48 Aviso Seguradora Líder

Número de aviso: ASL-0167944/18

Dados da vítima
Vítima: JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA
CPF: 03581376407
CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA
Data de nascimento: 17/04/1976
Data do sinistro: 03/10/2016

Atenciosamente,

Ronald Santos

Gerência Técnica

ronald.santos@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4052



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembléia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

De: Processador De Sinistros <processo.admin@seguradoralider.com.br>

Enviada em: quarta-feira, 24 de outubro de 2018 09:13

Para: Ronald Santos <ronald.santos@seguradoralider.com.br>

Assunto: Arquivos referentes ao sinistro 3180214589 / gproc: 0

Documentos do sinistro

Conforme solicitado, segue anexo os arquivos referentes ao sinistro **3180214589** / gproc: **0**

Esta é uma mensagem automática, por favor não responda.

Solicitação Reanálise.

Eu Jose Carlos Vicente da Silva , inscrito no RG 2005318 e CPF 035.813.764-07 venho através deste solicitar a reanálise para o processo acionado por invalidez sob nº 3180214589 onde fui vítima de acidente de trânsito e o referido processo foi negado pela Seguradora Líder alegando que não tive seqüelas permanentes, peço que ao menos a referida seguradora solicite uma perícia médica para comprovação da lesão por mim sofrida e conseqüentemente fazer o pagamento de qual é direito acobertado pela lei 6.194-94. Grato desde já .



Jose Carlos Vicente da Silva

Itabaiana, 28 de junho de 2018

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA
Nº Sinistro: 3180214589
Vítima: JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA
Data do Acidente: 03/10/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro 3180214589.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de ATÉ R\$ 13.500,00, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Condições do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0167944/18
Vítima: JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA
CPF: 035.813.764-07

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 03/10/2016
Titular do CPF: JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros

JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA : 035.813.764-07
Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/05/2018
Nome: JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA
CPF/CNPJ: 035.813.764-07

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/05/2018
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA

Nathalia Beatriz Braga Costa



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSE CARLOS VIEIRA DA SILVA
 DATA DO ACIDENTE 02/08/2018 CPF DA VÍTIMA 035.823.764-09
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO JOSE CARLOS VIEIRA DA SILVA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA ALFREDO ROCHA DE LIMA
 Nº 190 COMPLEMENTO RUA BAIRRO BOTAFOGO
 CIDADE PARANÁ UF PR CEP 58360-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (41) 99540-3444

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 DESEQUÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
 • 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 24/08/2018
 IDENTIDADE [Assinatura]
 ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 24/08/2018 MATR. CORREIOS 8.444.348-1
 NOME LUCIANA BENÍDIA DE CASTRO
 ASSINATURA [Assinatura]

Vinicius Campos da Silva

De: Jose Carlos
Enviado em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33
Para: Vinicius Campos da Silva
Cc: Sonia Faro
Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes;
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18
Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>
Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

C,
Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Froes
Superintendente de Sinistros
thur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Contratadas de Seguro (LÍDER)

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0167944/18
Vítima: JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA
CPF: 035.813.764-07

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 03/10/2016
Titular do CPF: JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório
Outros:

JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA : 035.813.764-07
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/06/2018
Nome: JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA
CPF: 035.813.764-07

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/06/2018
Nome: JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO
CPF: 083.495.187-82

JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA

JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO



Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA
Nº Sinistro: 3180214589
Vítima: JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA
Data do Acidente: 03/10/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número 3180214589, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência faltando página
- Comprovação de ato declaratório faltando página

A documentação deve ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do Seguro DPVAT foi interrompido e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Lider-DPVAT

Proj. 5077550778 - Cofa_03 - INVALIDEZ

00000348



12-05-2018 07:53:40 606822 1/1

Circulo Lider

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>
Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>
Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18
Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>
Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retomem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Froes
Superintendente de Sinistros
arthurfroes@seguradoralider.com.br

Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0390056/18

Número do Sinistro: 3180503459

Vítima: JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA

CPF: 035.813.764-07

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/10/2016

Titular do CPF: JOSE CARLOS VICENTE
DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

Outros

JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA : 035.813.764-07

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/06/2019
Nome: JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA
CPF: 035.813.764-07

JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/06/2019
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

Paulo Victor Soares Sant'Ana