



04/09/2020

Número: **0800911-45.2019.8.15.0381**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Itabaiana**

Última distribuição : **18/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA (AUTOR)		GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33988080	04/09/2020 10:22	Contestação	Contestação
33988090	04/09/2020 10:22	2746781_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros Documentos
33988513	04/09/2020 10:22	2746781_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

EM ANEXO



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

Carta nº 12832285

Pag. 01161/01162 - carta_01 - INVALIDEZ

00020581



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 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

Pag. 00775/00776 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12834154



Rio de Janeiro, 26 de Junho 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: 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

Pag. 00097/00098 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13016425





Autorização de pagamento

RIZIÇÃO 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	autor-ou
Endereço	Número	Complemento
Rua Alfredo Castanho de Lima	190	coo
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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

0733

(Informar dígito se existir)

DIV

CONTA

NRO.

31266

(Informar dígito se existir)

DIV

2

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

NOME

MID

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.

Botafogo de 27 de abril de 2018

Local e Data



Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/09/2020 10:22:13

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090410221353500000032513246>

Número do documento: 20090410221353500000032513246



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 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	Autônomo
Endereço	Número	Complemento
Rua Alfredo Castilho de Lencastre	190	000
Bairro	Cidade	Estado
Catalão	Itabaiana	PB
E-mail	CEP	Telefone (DDD)
	38380000	

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 POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (106)

AGÊNCIA

Nº

0333

DV

CONTA

Nº

31266

DV

2

(informar dígito se existir)

(informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nº

AGÊNCIA

Nº

(informar dígito se existir)

Nº

CONTA

Nº

DV

(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.

Itabaiana de 27 de abril de 2018

Local e Data

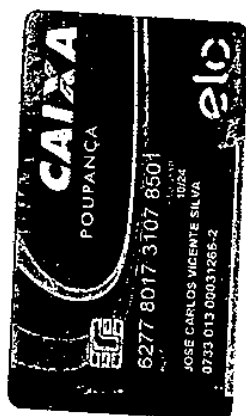


Assinatura do Beneficiário
Jose Carlos Vicente de Silva

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPFF.001 V001/2017





**Extrato por período**

Cliente: ANGELA MARIA GUEDES DE SOUZA

Conta: 0577 / 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.IOP	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	878,00 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





PEDIDO DO SEGURO DP

Autorização de pagamento



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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 03583376407 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: 035.833.764-07
Profissão: Antagonista Endereço: Rua Alhedo Coutinho de Lima Número: 190 Complemento: Casa
Bairro: Botafogo Cidade: Itaboraí Estado: RJ CEP: 38360000
E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

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)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0733 CONTA: 31266 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grupo 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.

Local e Data: Itaboraí 22 de Janeiro 2019
Nome: Glaucione Lourenço da Silva
CPF: 09952955499
Glaucione 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: 084.126.644-18
Gilberto Lourenço da Silva Filho
Assinatura
2ª Nome: Lucas Romão da Silva
CPF: 131.880.934-50
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 do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

FPS.001 V001/2018



102

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. Alcebiades, 215 - Centro
Timbaúba/PB Fone: (81) 3631-1839 Se: Aida
Lúcia S. P. de Souza - Titular Certifico
que a presente cópia é a reprodução exata
do original que me foi apresentado, ao
qual autenticou. Dou fe. Timbaúba,
27/04/2018 10:31:57. Emol: 3,07 TSNR: 0,69
SEPC: 0,34 Total: 4,09. CINTYA KASSIA
BARBOSA LOURENÇO - Esc. autorizado Se: J
073569.BKQC:201201.04394 Consulte
autenticidade do seu
www.tjpe.jus.br/selodigital

Auto: Kássia Barbosa Lourenço
Carimbo Autorizado

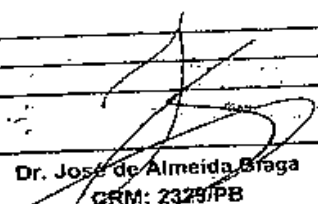
Carimbo
Roussas



Ato Declaratório

Comprovação de ato declaratório

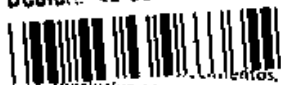


 GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DIVISÃO MÉDICA	
LAUDO MÉDICO	
INFORMAÇÕES PESSOAIS	
NOME DO PACIENTE	JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	17/04/76
NOME DA MÃE	SEVERINA MARIA DA SILVA
DADOS EXTRAÍDOS	
PRONTUÁRIO 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 inchac 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: DM, 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 maiores informações, acesse o site <http://www.segurdoradlider.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

Jose Carlos Vicente da Silva

CPF da Vítima

035.813.36407

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:

Assinar 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 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

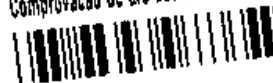
DALI.001 V001/2017

Jose Carlos Vicente da Silva

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Comprovação de ato declaratório



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
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. 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 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





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.

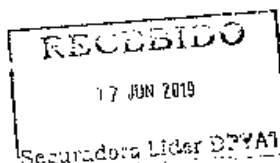
Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2019

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

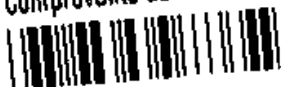
Pag. 00287602868 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 14249191



comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jose Carlos Vicente da Silva

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

CPF nº 035.833.76407, 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>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>5830000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99540-5444</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-RB.

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 Constantino de Lima</u>
Número	<u>190</u>
Apto / Complemento	<u>Loja</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: 



Num. 33988090 - Pág. 17

Declaração do proprietário do ve



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Carlos Roberto da Silva
RG nº 3407998 data de expedição 24/04/2006
Órgão SSP portador do CPF nº 085 65 2894295 com
domicílio na cidade de Itabaiana, no Estado de
Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Duque Comodoro 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
Carlos Vicente da Silva.
Veículo: Moto
Modelo: Honda CG 150 FANES
Ano: 2010
Placa: NQJ 8229 IPB
Chassi: 9CJ2K1550ARJ03063
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 CEP: 53290-000 FONE: (35) 3371.1371
Tribuna de Justiça do Estado de Pernambuco

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
JOSE ROBERTO DA SILVA
Doc. de. Itabaiana/PB - 25/04/2018
Notário: Maria das Graças de Almeida Melo
Seio Digital: AGV19210-MQDR
Consulte a autenticidade em <https://seiodigital.trib.jus.br>
Emol: R\$11,66 Farpem: R\$0,28 MP: R\$0,19 Fepj: R\$1,90

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



Nome: <u>Jose Carlos Vicente da Silva</u>		N de BE: <u>95 5830</u>	
Idade: <u>42a</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>	
Diagnóstico de Internação: <u>LAC Grau V</u>		Tempo de Permanência: <u></u>	
Diagnóstico Definitivo: <u>O mesmo</u>		Documentação médica - hospital 	
Diagnóstico Secundário: <u>— 1 —</u>			
Principais exames: <u>Rx + Ex. Físico</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Tiro cirúrgico de LAC V dia 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 admitido em 03/10/16, em 12/10/16 grau V de LAC, passou em condições de Alta Hospitalar e Acompanhamento Ambulatorial.</u>			
Dieta: <u>Oral Líquida</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 Htop.			
Medicações para casa: <u>Clonazepam, Ibuprofeno, Dexametasona</u>			
Retorno: <u></u>			
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>			
Ass. Médico/CRM <u>Dr. Helio Man B. Dias Jr.</u> <u>CRM/PB 10251</u>			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

F(NG).APC.002-2





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 961830



Identificação do paciente			
Nome	JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA		
Sexo	Masculino		
ID	1073038		
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião
17/04/1976	40 anos 6 meses 16 dias	CASADO(A)	
Mãe	SEVERINO VICENTE DA SILVA		
SEVERINA MARIA DA SILVA	Responsável (Parentesco)		
Escolaridade	GERLANE SEVERINA SILVA DE SALES - IRMÃO(A)		
FUNDAMENTAL INCOMPLETO	DDD Fixo	Fone Fixo	
DDD Móvel	Fone Móvel	Nº Cms	
83	996256732	702006834730584	
Tipo documento	Número documento	Tipo	UF
RG (IDENTIDADE)	2005318	BAIRRO	PB
Local de procedência	CBO/R		
TAMBIA	Pescador artesanal de peixes e camarões		
Email	Naturalidade	TABAIANA	
Endereço			
CEP	Município de residência	UF	Logradouro
59360000	TABAIANA	PB	ALFREDO COUTINHO
Número	Complemento	Bairro	
190		BOTAFOGO	
Admissão			
Data e Hora	Número da pulseira	Convênio	
03/10/2016 10:53:56	1000005944926	SUS	
Especialidade	Clínica		
CIRURGIAO GERAL	CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente		
	OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Caráter do atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente	
URGÊNCIA	TRAUMA		
Indicadores e Transporte			
Caso policial	Plano de saúde	Velo de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Melo de transporte	Quem transportou		
CARRO PARTICULAR			
Sinais Vitais			
PA	X	Pulso	Temperatura
Exames complementares			
Raios X {}	Sangue {}	Urina {}	TC {}
Liquor {}			
ECG {}			
Ultrasonografia {}			
Dados clínicos			
Resumo clínico			
03/10			
De			
NS			
RA			
Diagnóstico			
Atendido por			
MARNIELE JANAÍNA DA COSTA GAMA			
RA			
LAC			
JOLIO (2011)			
De			
NS			
RA			
TOMOGRAFIA			
OMBRO (ESQ)			
03 10 16			
DATA:			
CD			
Tempo			
03min 25seg			

03/10/2016 10:55





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Jon Carlos Viana do Aze BE/Prontuário: 951830
Idade: _____ Sexo: (☒ Masculino) () Feminino Cor: _____ Data: 10/10/2016
Clínica/Setor: Transfusão EMP: 14 LR: 02
Cirurgia: Tratamento cirúrgico de lesões occlusivas coronárias e L.A.
Cirurgião: Dr. R. L. Cardoso 1º Assistente: Dr. R. L. Cardoso
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. V. Belloni
Tipo de Anestesia: geral Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Lesões occlusivas coronárias e L.A.</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico de lesões occlusivas coronárias e L.A.</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



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
E FA 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 inconruente 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: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Laudo Médico/Resumo de Alta



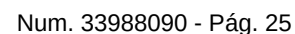
Nome: <u>Jose Carlos Vicente da Silva</u>		N de BE: <u>95 5830</u>	
Idade: <u>40a</u>	Sexo: <u>M</u>	Clinica: <u>Onf</u>	Enf.: <u></u>
Data de admissão: <u>03/10/16</u>		Alta: <u>12/10/16</u>	Leito: <u></u>
Diagnóstico de Internação: <u>LAC Grau V</u>		Tempo de Permanência: <u></u>	
Diagnóstico Definitivo: <u>O mesmo</u>			
Diagnóstico Secundário: <u>— 1 —</u>			
Principais exames: <u>Rx + Ec. Abdominal</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Não cirurgião da LAC 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 () A Revelia ()			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>Leucoma nodoso por BCG, em 10/10/16, 28 dias de evolução - grave</u> <u>de LAC, 1º estágio em condições de Alta Hospitalar e Acompanhamento</u> <u>Ampliando.</u>			
Dieta: <u>Oral Liq.</u>			
Reposo: <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 Htop.			
Medicações para casa: <u>Aplicação, Injeção, Dor</u>			
Retorno: <u></u>			
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>			
Ass. Médico/CRM <u>Dr. Raimundo E. Dias Jr.</u> <u>Medico</u> <u>CRM PB 10.251</u>			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para: DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

F(NG).APC.002-2





03/10/2016 11





Can You Do Breakeven



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

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

Bolém de Atendimento: 051830



**GOVERNO
DA PARAIBA**



Identificação do paciente			
ID 107303B	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 Protestante
Mãe SEVERINA MARIA DA SILVA		Pai SEVERINO VICENTE DA SILVA	
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO		Responsável (Parentesco) GERLANE SEVERINA SILVA DE SALES - (RMAO(A))	
DDD Móvel 63	Fone Móvel 996265732	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2065318	Nº Cps 782005834730564	
Local de procedência TAMBIA		Tipo BAIRO	UF PB
Email	Naturalidade ITABAIANA	CBOR Pecador atirador de pedras e camadas	
Endereço			
CEP 58360000	Município de residência ITABAIANA	UF PB	Logradouro ALFREDO GOUTINHO
Número 190	Complemento	Bairro BOTAFOGO	
Admissão			
Data e Hora 03/10/2016 10:53:56	Número de pulso 1000005944926	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIAO GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação do risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Centro de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento TRAUMA	Detalhe do acidente	
Indicadores e Transporte			
Casa 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			
Reto X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []		ECG []	Ultrassonografia []
Dados clínicos			
Residência Santo-Ulisses 03/10 LAED 03/10 (2016) De NS del De NS del Diagnóstico Atendida por MARIELE JANAINA DA COSTA GAMA			
DATA: 03 10 2016			Tempo 03min 25seg

03/10/2016 10:55





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: João Carlos Vicente do Amaral BE/Prontuário: 951830
Idade: _____ Sexo: (☒) Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 10/10/2016
Clínica/Setor: Neurocirurgia EMP: 14 LR: 52
Cirurgia: Tratamento cirúrgico de lesão medular cervical C4
Cirurgião: Dr. R. L. Lemos 1º Assistente: Dr. F. C. Gomes
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. R. B. Alves
Tipo de Anestesia: geral Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Lesão medular cervical C4</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico de lesão medular cervical C4</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).ASC/R.009-1



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 inconflua 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	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





LAUDO FISIOTERAPÉUTICO

Paciente Jose Carlos Vicente da Silva, vítima de acidente de moto, apresentando fratura trauma na cabeça (TCE 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 perca de força no braço direito. EVA 08.

Realizaram-se 45 sessões de fisioterapia qual se utilizou de Alongamento, termoterapia, drenagem linfática manual, liberação mio-fascial 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



moisalourenco5s@gmail.com





Ata de Comparecimento

Paciente Jose Carlos Vicente da Silva
 RG: 2085318 CPF: 035813.764 07 Admissão
19/10/16 Término: 20/10/17

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
19/10/16	Análise	1h	
23/10/16	Aquecimento	1h	
26/10/16	"	"	
30/10/16	"	"	
03/11/16	"	"	
05/11/16	"	"	
07/11/16	"	"	
10/11/16	"	"	
12/11/16	"	"	
14/11/16	"	"	
17/11/16	"	"	
19/11/16	Desaquecimento	1h	
21/11/16	"	"	
24/11/16	"	"	
26/11/16	"	"	
28/11/16	"	"	
30/11/16	"	"	
04/12/16	"	"	
07/12/16	"	"	
09/12/16	Liberação miofascial	1h	
11/12/16	"	"	
14/12/16	"	"	
16/12/16	"	"	
18/12/16	"	"	
21/12/16	"	"	
23/12/16	"	"	
25/12/16	"	"	
28/12/16	"	"	
30/12/16	"	"	
02/01/17	Simetria	1h	
05/01/17	"	"	
07/01/17	"	"	
09/01/17	"	"	
12/01/17	"	"	
14/01/17	"	"	





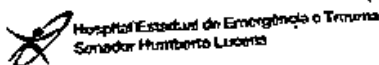
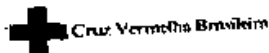
Laudo Médico/Resumo de Alta



Nome: <u>João Carlos Vicente da Silva</u>		N de BE: <u>95 5830</u>	
Idade: <u>42a</u>	Sexo: <u>M</u>	Clínica: <u>Onf</u>	Enf.: <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>— 1 —</u>			
Principais exames: <u>Rx + Ex. Física</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Pro cirurgia da KAC 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 admitido em BB, em 03/10/16, com diagnóstico de KAC - grau V, após cirurgia realizada em 10/10/16, evoluindo com melhora da sintomatologia e alta hospitalar em 12/10/16.</u>			
Dieta: <u>Orel</u>		Orientações Pós Alta	
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 Ulp.			
Medicações para casa: <u>Orel, Ibuprofeno, Paracetamol</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 15.251	
Ass. Médico/CRM			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para: DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

F(ING).AIR.002-2





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

Boletim de Atendimento: 951830



Identificação do paciente			
ID	Nome	Sexo	
1073030	JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA	Masculino	
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião
17/04/1976	40 anos 5 meses 16 dias	CASADO(A)	
Mãe	Pai		
SEVERINA MARIA DA SILVA	SEVERINO VICENTE DA SILVA		
Estado civil	Responsável (Parentesco)		
FUNDAMENTAL INCOMPLETO	GERLANE SEVERINA SILVA DE SALES - IRMÃ(OA)		
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo
83	996256732		
Tipo documento	Número documento	Nº Cms	
RG (IDENTIDADE)	2005318	702006834720584	
Local de procedência		Tipo	UF
TAMBIA		BARRO	PB
Etnia	Naturalidade	CEOR	
	ITABAIANA	Pescador artesanal de peixes e camarões	
Endereço			
CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58360000	ITABAIANA	PB	ALFREDO COUTINHO
Número	Complemento	Bairro	
199		BOYAFOGO	
Admissão			
Data e Hora	Número da publicação	Convênio	
03/10/2016 10:53:56	1000005944926	SUS	
Especialidade	Clínica		
CIRURGIA GERAL	CLÍNICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente		
	OUTRA UNIDADE DE SAÚDE		
Caráter de atendimento	Motivo de atendimento	Detalhe de ocorrência	
URGÊNCIA	TRAUMA		
Indicadores e Transporte			
Caso potencial	Plano de saúde	Voto de embalsamento	Taxa
Não	Não	Não	Não
Modo de transporte	Quem transportou		
CARRO PARTICULAR			
Sinais Vitais			
PA	X	Pulso	Temperatura
	mmHg		
Exames complementares			
Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Líquor []
			ECO []
			Ultrassonografia []
Dados clínicos			
Medicamentos			
gelo - universal			
03/10			
De			
NS			
RA			
LAC			
10/10/2016			
De			
NS			
RA			
TOMOGRAFIA			
OMBRO (ESQ)			
03.10.16			
DATA			
CD			
Tempo			
03min 25seg			

03/10/2016 10:55





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: José Carlos Viana do Alva BE/Prontuário: 951830
Idade: _____ Sexo: (☒) Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 10/10/2016
Clínica/Setor: Urologia EMP: 14 LR: 02
Cirurgia: Tratamento cirúrgico de lesão mecânica do ureter à L4
Cirurgião: Dr. R. L. Carlos 1º Assistente: Dr. R. L. Carlos
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. M. S. Bellini
Tipo de Anestesia: geral Horário: Início: _____ Término: _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Lesão mecânica do ureter à L4</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico de lesão mecânica do ureter à L4</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim (☒) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 10/10/2016

F(NG).ASCIR.009-1





Luis Eduardo Ambrosio
Investigador
CIN-PT 723

HEETS011

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: <u>Carvalho Vicente da Silva</u>		SEXO: <u>M</u>	COR: <u></u>	IDADE: <u>40</u>
PRESSÃO ARTERIAL: <u>120/80</u>	PULSO: <u>70</u>	RESPIRAÇÃO: <u>14 RPM</u>	TEMPERATURA: <u>36,5</u>	GRUPO SANGÜÍNEO: <u></u>
ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO			RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	
EXAMES COMPLEMENTARES <u>UPM</u>				
AP. RESPIRATÓRIO: <u>Eufórico</u>		AP. CIRCULATÓRIO: <u></u>		
AP. DIGESTIVO: <u>sem</u>		ESTADO MENTAL: <u>em TE</u>		DROGAS EM USO: <u></u>
PRÉ-ANESTÉSICO: <u>sem</u>			ESTADO FÍSICO (ASA): <u>II</u>	
DOSE/HORA: <u></u>				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Luxação acromioclavicular direita</u>				
CIRURGIA REALIZADA: <u>Tratamento cirúrgico de luxação acromioclavicular</u>				
CIRURGEÃO: <u>Dr. Carlos Gomes</u>		ANESTESISTA: <u>Dr. Carlos Gomes</u>		
INÍCIO DA ANESTESIA: <u>8:30</u>		TÉRMINO DA ANESTESIA: <u></u>		DURAÇÃO DA ANESTESIA: <u></u>
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: <u></u>		QUANT. DE CH.: <u></u>		VALORES RS: <u></u>
ANESTESISTA: <u>Dr. Carlos Gomes</u>		CRM-PA: <u>(P.)</u>		CRM-PB: <u></u>

[illegible]

ANESTESIA GERAL		☐ RAQUIDIANA	☐ EPIDURAL	☒ BLOCO FLUÍDO	☐ BLOCO NERVOSO	☐ OUTROS
Plaquimex de plano lumbosacral posterior + inserção borbolho						
USUÁRIOS		MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO				
DOSE	VOLUME					
1	Lidocaina 400 mg	11	OKigen 2L/m			
2	Novabupivac 500 mg	12	Servallimer 10 ml			
3	Novabupivac 100 mg	13	Sonda orotraqueal nº 8			
4	Fentanyl 200 mcg	14	Eletrólitos 500			
5	Cisatracurium 2 mg	15	Plasma 1 mg			
6	Cefazolin 2 g	16	Reboque 2 mg			
7	Propofol 1 g	17				
8	Propofol 20 mg	18				
9	Cefalosporina 600 mg	19				
10	Midazolam 4 mg	20				
Paciente negro, patologias e alergias						
Assinatura do Anestesiologista						





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

REVISAR

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Paciente em decúbito dorsal, com membro superior esquerdo em abdução 90°
2. Lavagem da pele com solução de PVP-I 10% e antisséptico
3. Preparo da pele com solução de PVP-I 10% e antisséptico
4. Vals de pressão no membro superior esquerdo, por 10 minutos

Incisão:

curva horizontal

6. Hemostasia

7. Lavagem da ferida

8. Vals de pressão

Atividade:

9. Vals pelo resto da Lateral

10. Hemostasia

11. Contato com o tecido

12. Lavagem por parte do mesmo membro

Conduta:

13. Lavagem

14. M.E. e D.E.

Fechamento:

Observação:

Médico/CRM:

Dr. Ricardo Barros Cardoso
CRM-PB 3874

João Pessoa, 10 de 12/2016

F(NG)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 inconflua de luxação glenoumeral esquerda sob anestesia, tratamento cirúrgico de luxação acromioclavicular D.

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

Dr. Guan 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: DFL, 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
035813784-07

Data do nascimento
17/04/76



Documentos de identificação



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA DEBENTRICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

RAO APARECERAM

ASSISTENTE DO TRÊS

IDENTIFICAÇÃO

JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA

17.04.1976

17.04.1976

035813784-07

17/04/76

Cart. de Itabona, PB.

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA DEBENTRICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

RAO APARECERAM

ASSISTENTE DO TRÊS

IDENTIFICAÇÃO

JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA

17.04.1976

17.04.1976

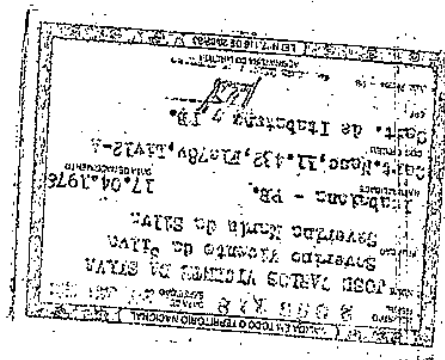
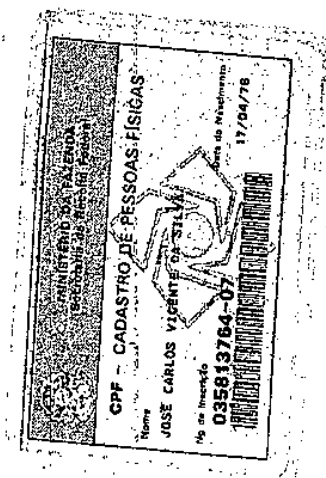
035813784-07

17/04/76

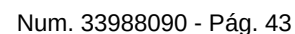
Cart. de Itabona, PB.



documentos de identificação



100-443887-100

H&T-9716

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios 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

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:

- Comprovação 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 Líder-DPVAT

Seg. 007500778 - caso_03 - INVALIDEZ



12-11-2018 09:35 606822 1/1

Carta nº 12634154



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,

Arthur 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

 Seguradora Líder dos
DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO



ASL-0390056/18

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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA

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:

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

Nathy,

Favor atender ao pedido abaixo.

Alessandra Magalhães

Canal Correios
alessandra.magalhães@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 LIDER DPVAT - REGULAÇÃO
Dependência: SEGURADORA LIDER 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 Assembleia, 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 medica 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

Itabalana, 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

Carta nº 12832285

Pag. 0118101182 - carta_01 - INVALIDEZ



PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder em
Condições de 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

JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA : 035.813.764-07

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Outros

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



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSÉ CARLOS VIEIRA DA SILVA
 DATA DO ACIDENTE 02/08/2016 CPF DA VÍTIMA 035.813.764-09
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO JOSÉ CARLOS VIEIRA DA SILVA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA AMÉRICO ROFINHO DE LIMA
 Nº 190 COMPLEMENTO RUA BAIRRO BOTAFUM
 CIDADE BOA VISTA UF PA CEP 58360-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (31) 99540-1444

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ (1) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ (2) 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)
☒ (3) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ (4) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ (5) 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
☒ (6) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ (7) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ (8) 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

- ☐ (9) 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)
☐ (10) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ (11) 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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☒ (12) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ (13) 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)
☒ (14) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ (15) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ (16) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ (17) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ (18) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ (19) 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

- ☐ (20) 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)
☐ (21) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ (22) 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\$ 3.700,00 (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, ACESSO 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
 NOME LUANA DENISE DE CASTRO
 ASSINATURA [Assinatura]

Vinícius Campos da Silva

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

Vinícius

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.

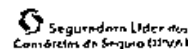
De: Arthur Froes;
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18
Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>
Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

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



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
Nr 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

Pis: 907550778 - CPF: 00 - INVALIDEZ



11/ 728090-0000000032513246 12-05-2018 10:22:13

Cópia em anexo



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,

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



Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA

Nº Sinistro: 3180503459

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 3180503459**.

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 13561360

Pag. 00409/00410 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA

Nº Sinistro: 3180503459

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 3180503459**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

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

Pag. 00199/00200 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13563272





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, 19 de Fevereiro 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 não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Documentação médico-hospitalar não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

Pag. 00373/00374 - carta_03 - INVALIDEZ

00070187



Carta nº 13966396





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

Pag. 00287/00288 - carta_03 - INVALIDEZ

00050144



Carta nº 14249191



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/09/2020 10:22:14

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090410221414900000032513268>

Número do documento: 20090410221414900000032513268



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, 24 de Julho 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 incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

Pag. 00779/00780 - carta_03 - INVALIDEZ

00070390



Carta nº 14613356



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/09/2020 10:22:14

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090410221414900000032513268>

Número do documento: 20090410221414900000032513268



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, 20 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180503459

Vítima: JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA

Data do Acidente: 03/10/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE CARLOS VICENTE DA SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

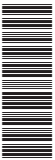
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00373/00374 - carta_16 - INVALIDEZ

00030187



Carta nº 15387198

