

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2014

Carta nº: 5611747

A/C: JOAO BATISTA CLEMENTINO DA COSTA

Sinistro: 2014958983
Vitima: JOAO BATISTA CLEMENTINO DA COSTA
Data Acidente: 14/06/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **06/11/2014** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **14/06/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2015

Carta nº: 6710792

A/C: JOAO BATISTA CLEMENTINO DA COSTA

Sinistro: 2014958983
Vítima: JOAO BATISTA CLEMENTINO DA COSTA
Data Acidente: 14/06/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

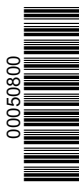
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **2014958983 - 2**
Nome do(a) Examinado(a): **JOAO BATISTA CLEMENTINO DA COSTA**
Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO AURIMATA nº 00 - AREA RURAL - SANTO ANDRE/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2632476 - SSP**
Data local do exame: **22/04/2015 CAMPINA GRANDE/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATAMENTO CONSERVADOR ALTA MEDICA

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

EDEMA, HIPOTROFIA, DIMINUIÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO

IV. Segundo o previsto no inciso II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)

☐ Vitima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

TORNOZELO DIREITO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)


☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - CAMPINA GRANDE, 22/04/2015

Médico Perito: MARCIO ALBERTO DE LIMA CAVALCANTI CRM: 6508


Márcio Alberto L. Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
CIR. DO OMBRO E COTOVELO
CRM-PB 6508 TEOT 11209

Assinatura do perito Examinador - CRM



0014

S
Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 31501958700 CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomendamos o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU João Batista Clementino da Costa
PORTADORA DO RG Nº 2132476 EXPEDIDO POR SP EM 23.12.00
CPF 032959004-28 DATA 03/03/2015 PROFISSÃO Agricultor
E RENDA MENSAL DE R\$ 720,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VITIMA João Batista Clementino da Costa AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 443/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a consultar o cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenização. Esta consulta deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca do perfil e de fatos de vida segurado.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados são obrigatórios, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário ou benefício – nos documentos apareçam termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos apareçam termos tais como: CNPJ ou ME, ME (única empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta poupança operação 013 da CEF aberta em Unidade Habitacional com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SEGURVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, exceto à mísera por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação do código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 000 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00000000000000000000

PARA CRÉDITO EM CONTA POUQUANÇA (SOMENTE BANCOS BRASILECO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 000 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00000000000000000000

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUANDO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Batista Clementino da Costa
LOCAL E DATA Caruaru, Pernambuco 12 de fevereiro de 2015 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

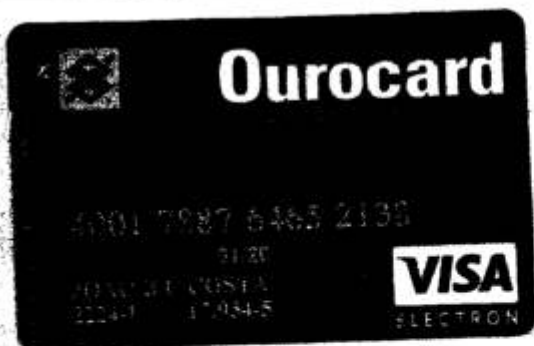
ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$15.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$15.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com o tabuleiro de seguro previsto na Lei 11.345/2006) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas com medicamentos hospitalares;
- Para acompanhar o processo de análise do perfil de indenização, acesse www.servicosegurodedpvat.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0211204.

**FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS**

23 MAR. 2015

PÁGINA: 01



FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS

23 MAR. 2015

PÁGINA: 02



CERTIDÃO DE OCORRENCIA

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial, encontrei a ocorrência nº 239/2014, cujo teor passo agora a transcrever na íntegra dos dez dias do mês de outubro de dois mil e quatorze, nesta cidade de Juazeirinho, estado da Paraíba, e na Delegacia de Polícia Civil, presente o Del. Pol. Ewerton de Almeida, como escrito, ao final assinado e declarado, aí por volta das 10h52min, compareceu **JOÃO BATISTA CLEMENTINO DA COSTA**, brasileiro, solteiro, agricultor, natural de Santo André - PB, filho de Francisco Clementino dos Santos e de Maria de Lourdes Costa Santos, nascido no dia 03/01/1981, com 33 anos de idade, RG nº 2.632.476 SSB-PB, CPF nº 002.489.064-33, podendo ser localizado no Sítio Curimatã, zona rural de Santo André-PB. QUE NO DIA 14/05/2014, POR VOLTA DAS 15HS, O DECLARANTE CONDUZIA SUA MOTO HONDA CG 125 TITAN, DE COR VERMELHA, ANO FAB/MOD. 1996, PLACA Nº 10W-2015RN, CHASSI Nº 9C2JC250TTR016326, COD. RENAVAM Nº 00649228421, LICENCIADA EM NOME DE FERNANDO VITURINO DA SILVA, SE DESLOCANDO DO SÍTIO OLHO D'ÁGUA NO MUNICÍPIO DE ASSUNÇÃO PARA O SÍTIO ONDE RESIDE, TRAFEGANDO PELA RODOVIA PB 238, QUANDO NO TRECHO DO PERCURSO EM QUE PRECISOU ACESSAR UMA ESTRADA VICINAL NÃO PAVIMENTADA, NA ALTURA DO SÍTIO SERRINHA AINDA NO MUNICÍPIO DE ASSUNÇÃO, O DECLARANTE BATEU COM O VEÍCULO NUMA PEDRA, DERRAPOU E ACABOU INDÓ AO CHÃO. O DECLARANTE LIGOU PARA MARCO VIEIRA DE ANDRADE, MOTORISTA DA AMBULÂNCIA DO HOSPITAL DE ASSUNÇÃO, QUE PRONTAMENTE SE DIRIGIU AO LOCAL DO ACIDENTE E SOCORREU O DECLARANTE LEVANDO-O AO HOSPITAL DE TRAUMA EM CAMPINA GRANDE ONDE FOI CONSTATADA UMA FRATURA NO TORNOZELO DA PERNA DIREITA. A PESSOA DE SIDNEY SALES NOBERTO, RESIDENTE NO SÍTIO CURIMATÃ, ACOMPANHOU O DECLARANTE DURANTE SUA ESTADIA NO CITADO HOSPITAL. Nada mais havendo para constar, registrou essa ocorrência e solicitou certidão. O referido é verdade e DOU FE.

Juazeirinho/PB, 10 de outubro de 2014.

NOTICIANTE: João Batista Clementino da Costa

ESCRIVÃO: [Assinatura]

REGULANDO DE DIÁRIOS

06 NOV. 2014

SERENA: 05



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, João Batista Clementino da Costa portador
da carteira de identidade nº 2632476 e inscrito no CPF/MF sob o nº
082459064-33, residente e domiciliado na Sit. Curimata
5/N, Area Rural e
Cidade Santo André Estado Paraná, 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:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza
perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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
impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Batista Clementino da Costa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Campina Grande, 28/10/2014
Local e data



CODIGO DA UNIDADE: 0023671 CNPJ/CPF: 08.773.268/0001-60
NOME: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
END.: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS
MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE ESTADO: PARAÍBA UF: 25

PACIENTE:

RAÇA / COR: DTA; NASCIMENTO: 03/06/1981() 2 - PRUEIXAS: ACIDENTE DE MOTO
() 4 - AMARELA () 5 - INDÍGENA () 99 - SEM INFORMAÇÃO

utime dezech de acob 10 ± 14 .
 spacio de aer - bursas (P).
 bursas de aer sunt situate, contract, acut de, epau, noma-
 spate dech + echine sau turgid.
 Art. 1: tr. nura de oare clau; gauras (S).

RESULTADOS

1. - 57th (over) (e)
2. - 22nd of Sept 40 (e)
- 3.
- 4.
- 5.

Възвращаю:



NATUREZA DA CONSULTA

CONSULTA BÁSICA (PAB) :

CONSULTA ESPECIALIZADA

PROCEDIMIENTO

Dag + dem + heurige farside
cof. aufero d. puyos o do ke purim
do melo do kind cofo x. ba. mact.

TIPC DE ATENDIMENTO

- 01 - URGÊNCIA *Conservado* *Giovanni Basar Figueiredo*
 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA *Ortopedia e Traumatologia*
 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO *Cirurgião Joelho*
 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO *CRM 4021 TEOT 6030*
 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS

MEDICAÇÃO

- ☐ 1. PRESCRITA
- ☐ 2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO

- | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO | <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL | <input type="checkbox"/> ÓBITO | <input type="checkbox"/> OUTROS |

SERVICIOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO

CRC

IDADE

0301060096

225225

0301010072

225-20

0.204030170

225320

0204050158

225320

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(AIS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

ASSISTENTE TÉCNICO (CARIMBO)

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/05/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO BATISTA CLEMENTINO DA COSTA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02224-1

CONTA: 000010017934-7

Nr. da Autenticação 9F9B5FA506292A5E



Denúncia



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

ENTIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

CODIGO DA UNIDADE: 0023671 CNPJ/CPF: 08.778.268/0001-80
NOME: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
END.: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS
MUNICIPIO: CAMPINA GRANDE ESTADO: PARAIBA UF: 25

PRONTUÁRIO Nº: 1118718

PACIENTE:

NOME: JOAO BATISTA CLEMENTINO DA COSTA SEXO: MASCULINO IDADE: 33,4
PROFISSÃO: AGRICULTOR(AP) DOCUMENTO: 2632476
END: SÍTIO CURIMATAN, BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO: SANTO ANDRE ESTADO: PB CEP: _____
DATA ATENDIMENTO: 14/06/2014 CÓDIGO DO MUNICÍPIO: 251385
RAÇA / COR: _____
DATA NASCIMENTO: 03/06/1981 () 2 - PRIMEIRAS: ACIDENTE DE MOTOCICLETA
() 4 - AMARELA () 5 - INDÍGENA () 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS: Trauma

Ataque de dor no abdômen em 14/06/2014.
Abdominal doloroso, com sinais de irritação peritoneal, sem sinais de trauma externo.
Admissão em UTI para observação e tratamento.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. - SPM (carimbo)
2. - Drenagem de líquido (carimbo)
3. _____
4. _____
5. _____

DIAGNÓSTICO / CID:

S80.0

NATUREZA DA CONSULTA

CONSULTA BÁSICA (PAB): _____
CONSULTA ESPECIALIZADA: _____

PROCEDIMENTO

07/06/2014 - P. Hospital de Trauma e Emergência
Dor + Sinais + hemorragia interna. Trauma
de abdômen e perna D. Ao Rx, perfuração
de intestino terminal. Cirurgia de emergência.

TIPO DE ATENDIMENTO

- ☒ 01 - URGÊNCIA *Conservação*
☐ 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
☐ 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
☐ 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS

MEDICAÇÃO

- ☐ 1. PRESCRITA
☐ 2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO

- ☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO
☐ OUTRO HOSPITAL ☐ ÓBITO ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
0301050096	225225	
0301010072	225220	
0204030130	225320	
0204050158	225320	

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(A)S/ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

ASS. TÉCNICO (CARIMBO)

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

Ficha de Acolhimento

Nome: João Batista Clementino da Costa

End.: Sítio Curimataí Bairro: Santo André

Data de Nascimento: 03/06/81 Documento de Identificação: _____

Queixa: ac. de Data do Atend.: 14/06/14 Hora: 17:00 Documento: _____

Moto

Classificação de Risco

Nível de consciência: ☒ Bom ☐ Regular ☐ Baixo Aspecto: ☐ Calmo ☒ Fácies de dor ☐ Gemente

Frequência respiratória: _____ Frequência cardíaca: _____

Pressão arterial: _____ Temperatura axilar: _____

Dosagem de HGT: _____ Mucosas: ☒ Normocorada ☐ Pálida

Deambulação: ☒ Livre ☐ Cadeira de rodas ☐ Maca

MOD. 110

Estratificação

- ☐ Vermelho - atendimento imediato ☒ Amarelo - atendimento até 1 hora
- ☐ Verde - atendimento até 4 horas ☐ Azul - atendimento ambulatorial


Assinatura e carimbo do profissional

PACIENTE: JOÃO BATISTA C. DA COSTA

DATA DO EXAME: 14.06.2014

RADIOGRAFIA DE BACIA

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DA PERNA E TORNOZELO

- Fratura não desalinhada do maléolo medial da tíbia.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

- Transparência pulmonar normal.
- Mediastino e seios costofrênicos sem alterações.
- Coração de dimensões normais.



Dr. Catarina Aguiar
CRM/PB: 6278

Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoniê Miranda
CRM/PB: 8220

59
Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE ASSUNÇÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaramos para fins de prova junto ao que se faz necessário, que o Senhor **JOÃO BATISTA CLEMENTINO DA COSTA**, portador do RG nº 2.632.476 SSP/PB e CPF nº 082.459.064-33, no dia 14/06/2014, foi vítima de um acidente de moto na Rodovia Estadual PB 238, município de Assunção, sendo o mesmo socorrido pela Ambulância deste município e levado para a cidade de Campina Grande.

Assunção – PB, em 26/09/2014.


Alexandre Patrício Santana
Secretário Municipal de Saúde







VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.632.476-2 via DATA DE EXPEDICAO 28/03/2000

NOME JOÃO BATISTA CLEMENTINO DA COSTA

Francisco Clementino dos Santos

FILIAÇÃO Maria de Lourdes Costa Santos

Santo André - PB 03/06/1981

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. nº 0786, Fls. 3V, Liv. A-2,

DOC. ORIGEM

Cart. de Santo André - PB.

CPF

JOÃO BATISTA - PB.

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 112 DE 29/08/83

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014958983 **Cidade:** Juazeirinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO BATISTA CLEMENTINO DA COSTA **Data do acidente:** 14/06/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: EDEMA, HIPOTROFIA, DIMINUIÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR
ALTA MEDICA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/04/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: MARCIO ALBERTO DE LIMA CAVALCANTI

CRM do médico: 6508

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





COMUNICADO MASTER – 03/11/2014

Ref.: Reprogramação de Pagamento – Redução de Rejeições Bancárias – Atualização da Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT

Senhor Usuário Master,

Informamos o cancelamento do Comunicado Master de 19/09/2014, bem como ratificamos todas as orientações contidas no Comunicado Master de 23/01/2014, o qual permanece válido.

Por oportuno, estamos encaminhando em anexo, o novo formulário de Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT que deverá ser utilizado para sinistros avisados a partir deste comunicado e estará disponível no site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Pela importância do assunto, recomendamos imediata divulgação a todos os colaboradores das equipes responsáveis pela recepção e regulação dos sinistros DPVAT.

O formulário e respectiva instrução deverão fazer parte do Manual Normativo de Regulação de Sinistros Administrativos DPVAT – item 4.9.

Atenciosamente,

Superintendência Técnica



Seguradora Líder - DPVAT

Rua Senador Dantas, 74 – 9º andar
CEP: 20031-205 – Rio de Janeiro - RJ
Tel.: 55 21 3861-4600
Fax: 55 21 2544-0059



Curitiba, 06 de novembro de 2014.

Ilmo. (a) Senhor (a).
Joao Batista Clementino da Costa
Santo André - PB

Prezado (a) Senhor (a):

REF: SEGURO DPVAT – 2014/958983
Sinistro de Invalidez – Joao Batista Clementino da Costa

Servimo-nos da presente para informar-lhe que recepcionamos o processo acima mencionado em 06/11/2014, o qual foi alvo de nossa maior atenção. Após verificação aos documentos apresentados constatamos a necessidade e documento(s) complementar(es), o(s) qual(is) citamos abaixo:

- **Deverá ser apresentado junto ao processo;**

- **Autorização de pagamento.**
- **Numero de conta da vítima.**

Diante do exposto, ficaremos no aguardo de referidos documentos para podermos encaminhar o processo à Seguradora Líder/Consortio -DPVAT, para finalização.

Tal procedimento esta em conformidade com normas estabelecidas pela Seguradora Líder /Consortios do Seguro DPVAT.

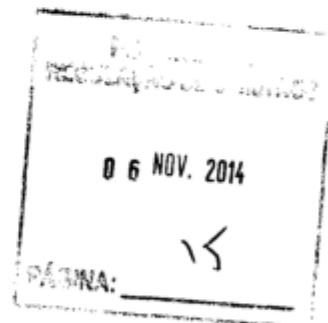
Por fim, consideramos interrompido o prazo prescricional de 30 dias para regulação do processo.

Certo de sua compreensão fica a disposição para esclarecimentos que julgue necessário.

Atenciosamente,



FUTUROSEG



Curitiba, 09 de fevereiro de 2015.

Ilmo. (a) Senhor (a).
Joao Batista Clementino da Costa
Santo André – PB

Prezado (a) Senhor (a):

REF: SEGURO DPVAT – 2014/958983
Sinistro de Invalidez – Joao Batista Clementino da Costa

Servimo-nos da presente para informar-lhe que recepcionamos o processo acima mencionado em 09/02/2015, o qual foi alvo de nossa maior atenção. Após verificação aos documentos apresentados constatamos a necessidade e documento(s) complementar(es), o(s) qual(is) citamos abaixo:

- **Deverá ser apresentado junto ao processo;**

2ª Solicitação

- **Autorização de pagamento.**

- **Cartão bancário ou extrato, abertura não é aceita.**

Diante do exposto, ficaremos no aguardo de referidos documentos para podermos encaminhar o processo à Seguradora Líder/Consortio -DPVAT, para finalização.

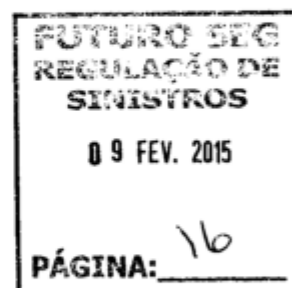
Tal procedimento esta em conformidade com normas estabelecidas pela Seguradora Líder /Consortios do Seguro DPVAT.

Por fim, consideramos interrompido o prazo prescricional de 30 dias para regulação do processo.

Certo de sua compreensão fica a disposição para esclarecimentos que julgue necessário.

Atenciosamente,


FUTUROSEG





Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA João Batista Clementino de Lota

DATA DO ACIDENTE 24.06.24 CPF DA VÍTIMA 082.459.064-23

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARÊNTESCO COM

A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR St. Durimata

Nº 512 COMPLEMENTO BAIRRO Boa Vista

CIDADE Santa André UF SP CEP

E-MAIL TELEFONE ()

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014958983 **Cidade:** Juazeirinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO BATISTA CLEMENTINO DA COSTA **Data do acidente:** 14/06/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/04/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: POLITRAUMA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014958983 **Cidade:** Juazeirinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO BATISTA CLEMENTINO DA COSTA **Data do acidente:** 14/06/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: EDEMA, HIPOTROFIA, DIMINUIÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR
ALTA MEDICA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/04/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: MARCIO ALBERTO DE LIMA CAVALCANTI

CRM do médico: 6508

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

