

C E R T I D Ã O

Nº. Cont.: 040/2014

**CERTIFICO**, em razão do meu Ofício e a Requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registros de Ocorrências N.º 02/2014, nela encontrei as folhas de N.º 02, o Registro n.º 040/2014, cujo teor agora passo a transcrever na Integra: Aos 26 dias do mês de Junho do ano de 2014, Nesta cidade de Picuí, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, presente a Autoridade Policial o (a) Bel(\*). Dianni Regina de Barros Silva, Delegada de Polícia Civil, comigo, Escrivã(o) de Polícia de seu cargo no final assinado e declarado, Ai, volta das 15h30 horas, compareceu: **DEUSDALIO DIAS**, brasileiro, união estável, agricultor, natural de Picuí/PB, nascido aos 29/03/1985, filho(a) de Geraldo Luis Dias e Cicera Julia Dias, residente na Rua Manoel Dionisio da Silva, nº 9, Bairro Limeira, Picuí/PB, CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTÁRA SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE. ASSIM FAZ O REGISTRO: QUE no dia 23 de Janeiro de 2014, por volta das 10h e 30 min., o comunicante deslocava-se do Bairro Limeira para o centro da cidade e ao chegar de frente ao Colégio do Lordão passou em um quebra molas e perdeu o controle da moto que conduzia caindo ao solo; moto marca Honda CG 125 FAN KS, cor preta, placa OGE-7610-PB, chassi nº 9C2JC4110DR7110712; Que devido o acidente fraturou o pé esquerdo; Que o comunicante foi socorrido pela viatura da polícia para o Hospital Regional de Picuí em seguida foi transferido para o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes da cidade de Campina Grande/PB, conforme documentação em anexo; Era o que tinha a registrar. O referido é Verdade e Dou fé.

Picuí/PB, 26 de Junho de 2014.

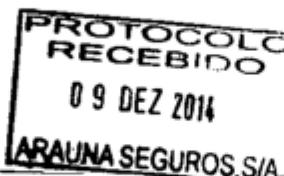
Deusdálio Dias  
COMUNICANTE:

Cícero Fernandes de Araújo  
CÍCERO FERNANDES DE ARAÚJO

TESTEMUNHA 1 RG nº 2.143.174- SSP/PB Rua Manoel Oliveira Chagas, S/nº, Bairro Limeira, Picuí/PB.

Antonia Júlia dos Santos  
ANTONIA JÚLIA DOS SANTOS

TESTEMUNHA 2 RG nº 1.516.049- SSP/PB Rua Bela Vista, nº 174, Bairro Limeira, Picuí/PB.





()



Buscar no site

A  
COMPANHIASEGURO  
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-  
Atendimento)CENTRO DE DADOS E  
ESTATÍSTICASSALA DE  
IMPRENSATRABALHE  
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

**Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para a Seguradora Líder-DPVAT, que é responsável por encaminhar a documentação completa.**

### SINISTRO 3140114189 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** DEUSDALIO DIAS

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** ARUANA SEGURADORA S/A

**BENEFICIÁRIO** DEUSDALIO DIAS

**CPF/CNPJ:** 01562023365

**Posição em 22-09-2020 10:55:19**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

#### Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
13/01/2015	PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/LFqE2FzV88VGby8s7n6A3g/api_key=X0pTBXPGKmYBwSV8NbD4OgzaC+DMqtPWejh+PPB3HkY="></a>
29/12/2014	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/1B7k5s+P3D__MckjdAC/api_key=X0pTBXPGKmYBwSV8NbD4OgzaC+DMqtPWejh+PPB3HkY="></a>
12/12/2014	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/jiyor3ejWA19hQLQd1e8/api_key=X0pTBXPGKmYBwSV8NbD4OgzaC+DMqtPWejh+PPB3HkY="></a>

Chat



## Serviços

- › Acompanhe seu Processo (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)
- › Consulta a Pagamentos (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx>)
- › Saiba Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)
- › Pontos de Atendimento (</Pontos-de-Atendimento>)
- › Como Pedir Indenização (</Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao>)

## Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (</Pages/Quem-Somos.aspx>)
- › Sobre o Seguro DPVAT (</Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx>)
- › Informações Gerais (</Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx>)
- › Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (</Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT>)
- › Perguntas Frequentes (</Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes>)

## Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (</Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line>)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (</Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes>)
- › Telefones de Contato (</Contato/telefones-de-contato>)
- › Ouvidoria (</Contato/Ouvidoria>)
- › Canal de Denúncias (</Contato/canal-de-Denuncias>)
- › Mapa do Site (</Mapa-do-Site>)



(<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

Termos de uso e política de privacidade (</Pages/Termos-de-Uso.aspx>)

Chat

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Deusdado Dias, portador da carteira de identidade nº 200300300609 e inscrito no CPF/IMF sob o nº 035620233-65, residente e domiciliado na Manoel Dionísio da Silva, Cidade Picuí, Estado PB, 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.



\*1004029\*

Deusdado Dias

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Picuí - PB, 03/09/14

Local e data



02

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3140114189

**Cidade:** Picuí

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** DEUSDALIO DIAS

**Data do acidente:** 23/01/2014

**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta não especificada do pé esquerdo.

**Descrição do exame** Cicatriz cirúrgica em dorso do pé esquerdo de cerca de 3 cm. Sem déficit de movimentos. Sem lesão neurológica ou  
**médico pericial:** vascular. Sem queixas.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico sendo realizada limpeza e fixação das fraturas com dois fios de Kirschner intramedulares. Recebeu alta em 25/01/2014. Fez fisioterapia (2 sessões).

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 06/01/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Ricardo Amorim Guedes Filho

**CRM do médico:** 5628

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

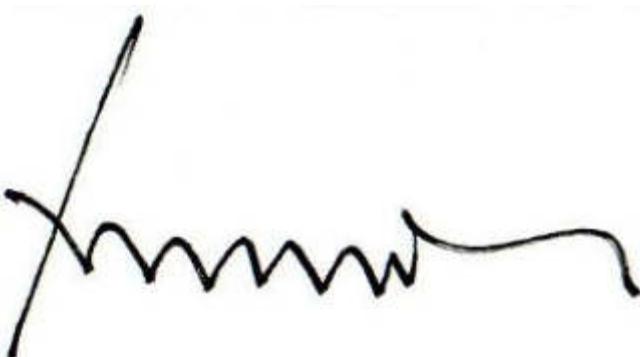
ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PICUÍ  
C.N.P.J. 08.741.399/0001-73  
Home Page: <http://picui.pb.gov.br>  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
C.N.P.J. 08.619.650/0001-21



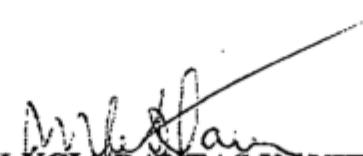
COMPROVACAO DE ATO DECLARATORIO

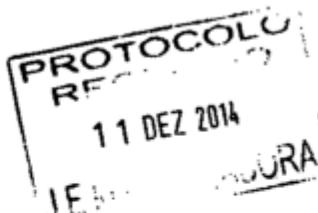


## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que o Senhor **DEUSDÁLIO DIAS**, brasileiro, portador do RG: 03808736810 – SSP-CE e CPF: 015.620.233-65, residente à Rua Manoel Dionísio da Silva, 09, Bairro Limeirá, neste município, foi transferido para o Hospital de Trauma de Campina Grande no veículo da Secretaria Municipal de Saúde (modelo Ranger), no dia 23 de janeiro de 2014, após ter sofrido um acidente na Rua Getúlio Vargas, Centro, deste município, por não haver ambulância disponível no momento do ocorrido.

Picuí, 23 de junho de 2014.

  
**MARIA LÚCIA DANTAS XAVIER**  
Secretaria Municipal de Saúde



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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): **DEUSDALIO DIAS** Sinistro: **3140114189** Data: **23/01/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA MANOEL DIONISIO DA SILVA, 9 - LIMEIRA - Picuí - PB - CEP 58187-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ssp /CE** ] **2003003006099**

Data local do exame: [ **06/01/2015** ] **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 exposta não especificada do pé esquerdo. Cicatriz cirúrgica em dorso do pé esquerdo de cerca de 3 cm. Sem déficit de movimentos. Sem lesão neurológica ou vascular. Sem queixas.**

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? [ **X** ] Sim [  ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

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? [ **X** ] Sim [  ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**Submetido a tratamento cirúrgico sendo realizada limpeza e fixação das fraturas com dois fios de Kirschner intramedulares. Recebeu alta em 25/01/2014. Fez fisioterapia (2 sessões).**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [  ] Sim [ **X** ] 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.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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 (\*).

(  ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( **X** ) "Sem sequela permanente" (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):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale 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 valoração do dano corporal.



Ricardo Amorim Guedes Filho - CRM: 5628 - PB

## **DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Eu, ~~Desidério~~ Dias

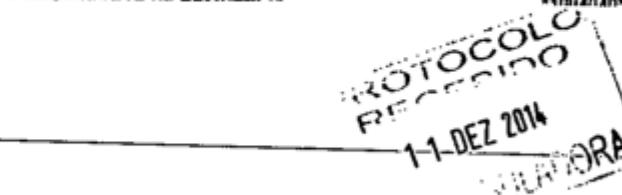
RG nº 2003003006099 data de expedição 26/01/2011 Órgão SSP-CE, CPF nº 015620033-65, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Manoel Dionísio da Silveira
Número	nº 9
Apto / Complemento	
Bairro	Limeiror
Cidade	Picuí
Estado	PB
CEP	58197-000
Telefone de Contato	83) 3371-2274/ 9912-5490/ 9104-9190/ 8852-4690
E-mail	nilotdantas@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: P1 (vi - P3), 03/09/14

Assinatura do Declarante:



23

003074 - Rua Pálicino Clima, s/n - Jardim das Flores - PB, CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

CLIMATE CHANGE: THE EVIDENCE AND THE RESPONSE

CLINICER YANNE SISTELY DE MEDRIMOS  
ENDERECO **06687853-2**  
RUA MANOEL DIONISIO DA SILVA  
028.01.130.0423  
SAO PAULO

58187-000  
C8  
PIQUÍ  
STRUCTURE AND  
STRUCTURE AND  
LIGANDO  
POTENCIAL  
RESIDENCIAL COMMERCIAL INDUSTRIAL PUBLICO

PROTOCOLO  
REFERRINO  
11-DEZ-2014  
C. M. REGULADORA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3140114189      **Cidade:** Picuí      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DEUSDALIO DIAS      **Data do acidente:** 23/01/2014      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/12/2014

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA NO PÉ ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE FUNCIONAL

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** PÉ 50%

sequelas:

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50%	25 %	R\$ 3.375,00
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3140114189

**Cidade:** Picuí

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** DEUSDALIO DIAS

**Data do acidente:** 23/01/2014

**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta não especificada do pé esquerdo.

**Descrição do exame** Cicatriz cirúrgica em dorso do pé esquerdo de cerca de 3 cm. Sem déficit de movimentos. Sem lesão neurológica ou  
**médico pericial:** vascular. Sem queixas.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico sendo realizada limpeza e fixação das fraturas com dois fios de Kirschner intramedulares. Recebeu alta em 25/01/2014. Fez fisioterapia (2 sessões).

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 06/01/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Ricardo Amorim Guedes Filho

**CRM do médico:** 5628

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

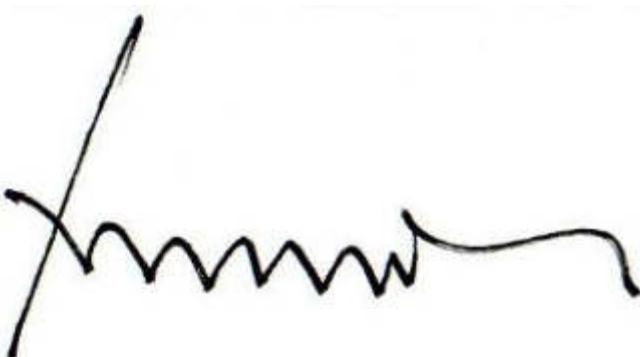
ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



---

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2014

Carta nº: 5906213

A/C: DEUSDALIO DIAS

**Sinistro:** 3140114189  
**Vitima:** DEUSDALIO DIAS  
**Data Acidente:** 23/01/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

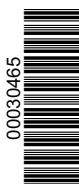
**ATENÇÃO:**

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

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2014

Carta nº: 5971928

A/C: DEUSDALIO DIAS

**Sinistro:** 3140114189  
**Vítima:** DEUSDALIO DIAS  
**Data Acidente:** 23/01/2014  
**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.

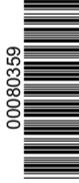
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





**MEDICO ASSISTENTE / CRM**

DATA: 25/01/2014

MEG  
26611323  
26611323

150,9 - 3m0-6  
150,9 - 3m0-6  
150,9 - 3m0-6

150,9 - 3m0-6

CONDUTA: 150,9 - 3m0-6

**EXAMES REALIZADOS:**

DATA DE NASCIMENTO: 09/03/1985 SEXO: MASCULINO

ENDERECO: Sítio Quiriyába

CEP: 58030-000

CDADE: Pauu

PROFISSAO: Agropecuária

ESTADO CIVIL

HDa

DOCUMENTO N°: 2003M3 IDADE: 09/03/1985

NOME: ~~Quiriyába~~ Quiriyába

**FICHA DE ENCAMINHAMENTO**

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI "Felicide Tiago Gomes"

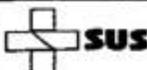
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ESTADO DA PARAÍBA

50

GOVERNADOR DA PARÁ		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		REQUISITOS DE EXAMES	
NAME:	DEU S D A L I O D I A S	PRONTOARIO:	
IDADE:	517	SEXO:	COR:
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ENE:	CLINICA:
			LEITO: 3
DADOS CLÍNICOS:			
fractura de metatarso (Pé esquerdo - esquerda)			
MATERIAL EXAMINAR:			
RX de pélvica obliqua			
URGÊNCIA <input type="checkbox"/>		ROTONDA <input type="checkbox"/>	DATA: 24/10/12014
Carmoço e Assinatura do Médico			

GOVERNDO		DA PARABIA		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		REQUISICAO DE EXAMES		HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES						
NOME:	5435615		PRONTUARIO:		PRONTUARIO:		CLINICA:		ALTURA:					
	M	F	B	P	A	ENF.	LEITO:	PESO:		COR:		SEXO:		IDADE:
DADOS CLINICOS: MATERIAL A EXAMINAR: EXAMES SOLICITADOS: DATA: 23/10/14 ROTINA <input type="checkbox"/> HORA DA SOLICITACAO: URGENCIA <input type="checkbox"/> Carmo e Assinatura do Medico														



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIS GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIS GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

Leandro Dias

6 - N° DO PRONTUÁRIO

218.627

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

161017018911912110101916

8 - DATA DE NASCIMENTO

29/03/85

9 - SEXO

Masc.  1 Fem.  3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Leandra Dias

11 - TELFONE DE CONTATO

Nº DO TELFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Sítio Cachoeira

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Picuí

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

Dore ferimento no pé

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

490 Impur

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

M

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

490 União de fratura et rotulotars 592.3

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050462

25 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

027-

02

( ) CNS ( ) CPF

0274151161381905

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO - 32 - ASSINATURA E CARMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

23/01/2014

Dr. Al

BRUNO

CRMA

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( ) CPF

PROTÓCOLO  
RECERCI  
11 DEZ 2014  
JEM REGULADORA

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)



**ESTADO DA PARAÍBA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes**

Nome do Paciente <i>José de Souza</i>		Nº Prontuário
Data da Operação 23/11/14	Enf.	Leito
Operador <i>D. Edimara</i>	1.º Auxiliar <i>D. Jonath</i>	
2.º Auxiliar <i>Al</i>	3.º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia <i>BL. Anest</i>	Tipo de Anestesia <i>Rogel</i>	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fractura 3 - 4 mm</i>		
Tipo de Operação <i>Fractura com 2 frc K intromedular</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>o mesmo</i>		
Relatório Imediato da Patologia <i>9</i>		
Exame Radiológico no Ato <i>1</i>		
Acidente Durante a Operação <i>0</i>		

**DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO**

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras	
<i>Incisão basal</i> <i>Ampliação com hiperfusão + coag</i> <i>Ligateira eletrocaut com 95</i> <i>Ressecção + fracionada das fraturas com 2 frc K no 2º intromedular</i> <i>Sutura de poli</i> <i>Centro</i> <i>Tela lata</i>	

## SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA

HUECG

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE  
CAMPINA GRANDE DOM LUIS GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE ANESTESIA		NOME Dusdilis Dias			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO		
DATA 23.1.14		PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	IDADE 28	SEXO M	COR B7
TIPO SANGUÍNEO		HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	ALTURA		
		URINA							
AP. RESPIRATÓRIO						ASMA	BRONQUITE		
AP. CIRCULATÓRIO						ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO				
ESTADO MENTAL			ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura exposta pé E						ESTADO FÍSICO	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES									
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA			APLICADA		AS	EFEITO			

AGENTES ANESTÉSICOS	0°	INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____					
LÍQUIDOS	250 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20						
		ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê?: _____					
CÓDIGOS VP. ARTERIAL - O PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO	SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ CO <sub>2</sub> : _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com cânula: _____ Paro o leito: Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____					
POSIÇÃO	Frente + Mida zolez						
AGENTES	Igescaina + Diaz + Gefenilina Ep + Tioxocaina 40mg						
TÉCNICA	Ranque						
OPERAÇÃO	Reduçõe cimática c/ fixação						
CIRURGIÕES	EP d'imen + Vass						
ANESTESISTAS	Amorim Pinto						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS						PERDA SANGUÍNEA	

## **Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica**

Paciente: Deividio Dias

Idade: 28

Convênio: 2012

Data: 23/01/14

Procedimento: Ressecção cirúrgica e/fixação de fratura de  
pé esq.

Cirurgião: Dr. Guido Auxiliar:

Anestesista: Dr. Alvaro

Inicio: 15:00

Término: 16:00

Anestesia: Raque

### **Observações:**

---

Assinatura Anestesista

## Circulante



Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

**TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA**  
(Critérios para altas da SRPA)

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
<i>Nenhum Movimento = 0</i> <i>Movimenta 2 membros = 1</i> <i>Movimenta 4 membros = 2</i>		
<i>Apnéia = 0</i> <i>Respiração Limitada, Dispneia = 1</i> <i>Respiração profunda e tosse = 2</i>		
<i>PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0</i> <i>PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1</i> <i>PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2</i>		
<i>Sat 02 &lt; 90 com oxigênio = 0</i> <i>Sat 02 &gt; 90 com oxigênio = 1</i> <i>Sat 02 &gt; 92% sem oxigênio = 2</i>		
<i>Não responde ao chamado = 0</i> <i>Despertado ao chamado = 1</i> <i>Completamente acordado = 2</i>		
<b>TOTAL DE PONTOS</b>		



Assinatura do anestesista

13

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE <u>Deusdálio Dias</u> N 29-03-85 QI <u>LEITO</u> CONVÉNIO <u>SUS</u> IDADE <u>28</u> REGISTRO <u>1077967</u> CIRURGIA <u>Red. cirurg. e/ fixação</u> CIRURGIÃO <u>Dra. Bidimau/ M&amp;T fouth</u> ANESTESIA <u>Ranui</u> ANESTESIA <u>De Afugiz</u> INSTRUMENTADORA <u>Thiago</u> DATA <u>22-01-14</u> INÍCIO <u>16:00</u> FIM <u>16:00</u>						 GOVERNO DA PARAÍBA  SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  Hospital de Emergência e Trauma Dom Lutz Gonzaga Fernandes
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostofa	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	<u>01</u>	Calei. p/ Óxg.		Catgut Cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. de Urinar Sist. Fech.		Catgut Cromado Sertix	
	Diazepam amp.	<u>05</u>	Compressa Grande		Catgut Cromado Sertix	
<u>01</u>	Dimorf amp.	<u>02</u>	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonocida		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
<u>01</u>	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inoval ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
<u>01</u>	Ketalar ml	<u>01</u>	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina 5 % ml		Equipo de Microgotas		Ethibond	
	Nubahim amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	<u>05</u>	Espasadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido U/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	<u>04</u>	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita Cardíaca	
	Rapifen amp.		H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> ml	<u>01</u>	Mononylon 2-0	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	<u>01</u>	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix	
<u>02</u>	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	
	Dipirona amp.	<u>04</u>	Luvas 7.0		Vicryl Serfix	
	Flaxidol amp.	<u>04</u>	Luvas 7.5		Vicryl Serfix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Serfix	
	Garamicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.		T.G. Oxiênio U/m 2 L flum-f			
	Glucos de Cálcio amp.	<u>01</u>	Povidone Iodida de 500 mg			
	Haemacel ml.	<u>05</u>	PVPI Degermante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakin amp.		Sabão Antiséptico	<u>02</u>	SG Normotérmico fr 500 ml p/ lavar	
	Lasix amp.		Saco Coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Metrodinazol.	<u>01</u>	Seringa Desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Piasil amp.		Seringa Desc. 20 ml		SG Ringer fr 500 ml	
	Protamina	<u>01</u>	Seringa Desc. 5 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuptanon amp.		Sonda Folley	Qtd.	ORTOSE E PRÓTESE	
<u>02</u>	Cefalosporina		Sonda Nasogástrica	<u>02</u>	RIO R	
<u>01</u>	Desinfecção		Sonda Uretral nº			
<u>02</u>	Tylenol		Steridrem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaseline ml			
<u>01</u>	Aguilha desc. 25x2 40x12		Gelcon 18			
	Aguilha desc. 28 x 28		Latese		EQUIPAMENTOS	
	Aguilha desc. 3 x 4,5		<u>05</u> Eletrode		<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso <input type="checkbox"/> Foco Auxiliar	
<u>01</u>	Aguilha p/ Raque nº 25				<input type="checkbox"/> Serra <input type="checkbox"/> Eletrocautério	
	Álcool da Enfermagem				<input type="checkbox"/> Desfibrilador <input type="checkbox"/> Oxicapnógrafo	
	Álcool Iodado ml				<input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal <input type="checkbox"/> Cardiomonitor	
<u>01</u>	Ataduras de Crepon	<u>15</u>			<input type="checkbox"/> Fonte de Luz <input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico	
<u>02</u>	Ataduras de Gaseada	<u>15</u>				
	Azul Metileno amp.					
	Benzina ml					

Folha de Tratamento e Evolução

## Frohsinn der Kinderkrieger



Folha de Tratamento e Evolução

Fratercula arctica

Diagnóstico

## Ficha de Acolhimento

Nome:	Wendalio Dias	
End.:	Sítio Gravataú	Bairro: Z. Rural
Data de Nascimento:	29/03/1985	Documento de Identificação: Piciú - PB
Queixa:	Ac. moto	Data do Atend.: 23/01/14 Hora: 13:15 Documento:

Classificação de Risco *Fone 9957-8452*

Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> 8cm <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input checked="" type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fácies de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input checked="" type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

## Estratificação

*orfepefir*

MOD 110

<input type="checkbox"/> Vermelho - atendimento imediato	<input type="checkbox"/> Amarelo - atendimento até 1 hora
<input checked="" type="checkbox"/> Verde - atendimento até 4 horas	<input type="checkbox"/> Azul - atendimento ambulatorial

*Wendy Viana Dutra  
Enfermeira  
COREN 287.537*

Assinatura e carimbo do profissional

*PROTOCOLO  
RECERNO  
11 DEZ 2014  
F.M REGULADORE*

18

Rio de Janeiro, 12 de Janeiro de 2015

Carta n°: 6087479

A/C: DEUSDALIO DIAS

**Sinistro:** 3140114189  
**Vitima:** DEUSDALIO DIAS  
**Data Acidente:** 23/01/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

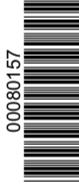
Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

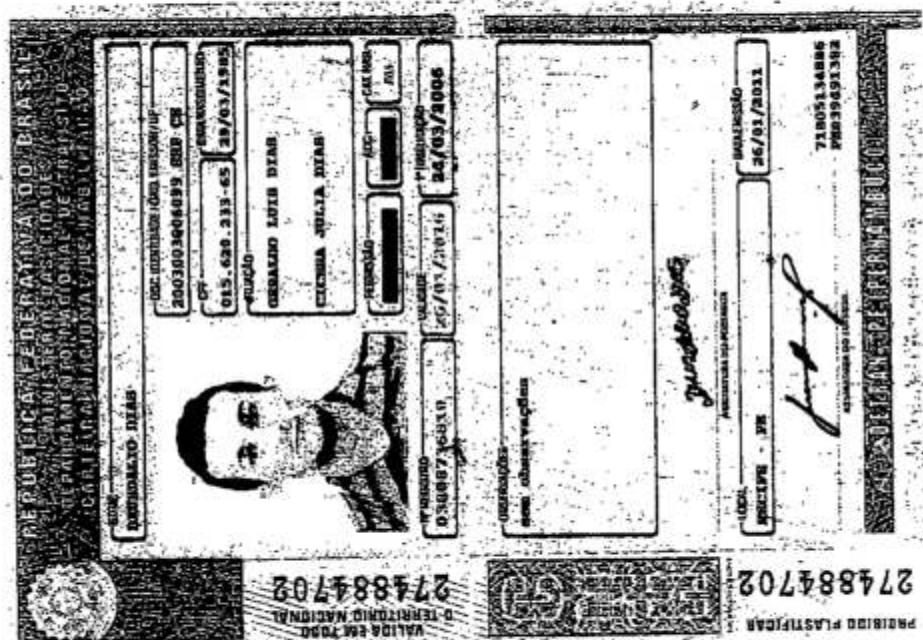
Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





MAR/2014 30/03/2014 PARA SUA COMODIDADE, PAGUE SUA CONTA PELO INTERNET OU BEMOTO AUTOMATICO.

11.77 \*\*\* 34.77

101

34.77 \*\*\*\*\* TOTAL A PAGE: 34.77  
0.96 0.76 0.76 0.97 CONSUMS 3 AGES  
ACREAGE(S) MHS(ES) ANT. 34.77  
JUROS DE MORA

MELDIA

Rua Feliciano Clime, s/n - Jd. Guaporé - Jaboatão dos Guararapes - PE. CEP: 56.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

003074

19

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO			
		<b>OGE7610</b>	
JOSE MARCIO JUL		2013	
OGE7610		<input type="button" value="Imprimir Consulta"/>	
PASSA / MOTOCICLETA		GASOLINA	
HONDA/CG 125 FAN KS		2012	2013
PARTICULAR PRETA		31/10/2014	
CUITE		08/12/2014	
Último Licenciamento: 2013 Proprietário: JOSE MARCIO JUL Placa: OGE7610 Combustível: GASOLINA Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLETA Ano de Fabricação: 2012 Ano Modelo: 2013 Categoria: PARTICULAR Cor Predominante: PRETA Vencimento Licenciamento: 31/10/2014 Observação: Restrição: Financeira: Município: CUIXE Situação: EM CIRCULACAO Data da Consulta: 08/12/2014			



PROTOCOLO  
11 DEZ 2014  
REGULADORA

20

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

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. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Deusdália DiasPORTADOR(A) DO RG N° 2003003006099EXPEDIDO POR 58/CEEM 20/01/2011CPF 0155620233-65 /CNPJ 00000000-0000-000, PROFISSÃO Agricultor

E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Deusdália Dias. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimento para o deposito de indenização de DPVAT;
  - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao SISTEMA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

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

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPIANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

## PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

## PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0048 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 032940

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

Picuí - PB de 01 de 12

LOCAL E DATA

de 14Deusdália piac

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

## ! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago de PAGAMENTO AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO) na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez (tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

\*10040539

o vigente  
do com a

204.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. PICUI

DATA: 15/09/2014

HORA: 17:33:45

TERMINAL: 49161005

CONTROLE: 491610050164

CONTA CREDITADA:  
NOME: 0048.013.00023294-0  
DEUSDALIO DIAS