



**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, nele encontrei as folhas de N.º 02, o Registro n.º 040/2014, cujo teor agora passo a transcrever na Íntegra: 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 policia 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 anexos; Era o que tinha a registrar. O referido é Verdade e Dou fé.

Picuí/PB, 26 de Junho de 2014.

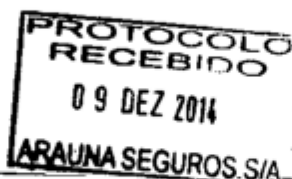
*Deusdalio Dias*  
COMUNICANTE:

*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 a contar da data de entrega da 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	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/LFqE2FzV88VGby8s7n6A3gapi_key=X0pTBXPGKmYBwSV8NbD4OgzaC+DMqtPWejh+PPB3HkY=)
29/12/2014	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/1B7k5s+P3D__MckjdACapi_key=X0pTBXPGKmYBwSV8NbD4OgzaC+DMqtPWejh+PPB3HkY=)
12/12/2014	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/jiyor3eJWAI9hQLQd1e8api_key=X0pTBXPGKmYBwSV8NbD4OgzaC+DMqtPWejh+PPB3HkY=)

Chat



(<https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/>)

## Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

## ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A

## COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

## PAGUE SEGURO



Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

## ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)



(<https://www.seguradoralider.com.br>)



([https://www.facebook.com/seguradoraliderdpvat\\_oficial/](https://www.facebook.com/seguradoraliderdpvat_oficial/))  
([https://www.instagram.com/seguradoraliderdpvat\\_oficial/](https://www.instagram.com/seguradoraliderdpvat_oficial/))  
(<https://www.youtube.com/channel/UCq3ADder-dpvat>)

Chat

## Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.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, Deusdalis Dias portador da carteira de  
identidade nº 200300300609 e inscrito no CPF/IME sob o nº 015620233-65  
residente e domiciliado na Manoel Dionísio da Silva  
Cidade Picui Estado PI, 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.



Deusdalis Dias

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Picui-PI, 03/09/14

Local e data



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

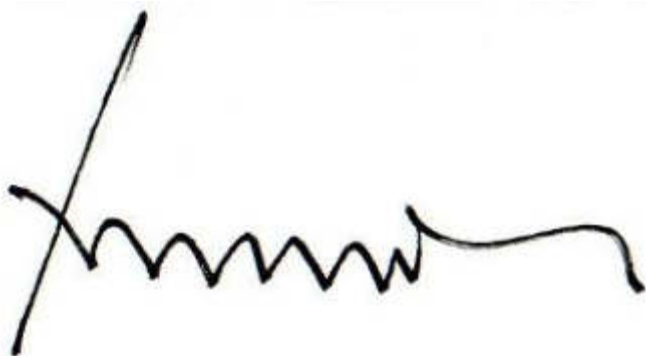
ACE Gestão de Saúde Ltda.

**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



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**Picuí**

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATORIO

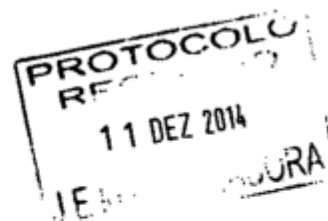


## DECLARAÇÃO

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 Limeira, 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 LUCIA DANTAS XAVIER**  
Secretária Municipal de Saúde



03

**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

( ) "Exame não permite conclusão"  
Vide motivo do impedimento no campo das observações

( **X** ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Ricardo Amorim Guedes Filho - CRM: 5628 - PB



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

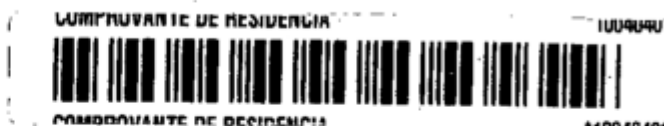
Eu, Deusdalis Dias,  
RG nº 2003003006099 data de expedição 26/01/2011 Órgão  
SSP-CE, CPF nº 015620233-65, venho perante a este  
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em  
meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo  
descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>Manoel Dionísio da Silva</u>
Número	<u>nº 9</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Limreira</u>
Cidade	<u>Picuí</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58187-000</u>
Telefone de Contato	<u>83) 3371-2274/ 9912-5490/ 9104-9190/ 8852-4690</u>
E-mail	<u>nilotdantas@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Picuí-PB, 03/09/14

Assinatura do Declarante: Deusdalis Dias



PROTÓCOLO  
RECEBIDO  
11-DEZ-2014  
MILAGRA

23

MAR/2014  
PARA SUA COMODIDADE, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET  
30/03/2014  
OU DEBITO AUTOMATICO  
34.77 \*\*\*\*\*

DATE	DESCRIPTION	AMOUNT
11	SET	11.00
12	OUT	12.00
13	NOV	13.00
14	DEC	14.00
15	JAN	15.00
16	FEB	16.00
17	MARCH	17.00

ADTX:167866  
04/02/2002  
SEN  
EXT  
3 43/4

UNIVERSIDAD DE AGUA  
(CRECIMIENTO) MES(ES) ANT.  
CURSOS DE MORA

33.97  
0.74  
90°C

LEITURA ATUAL  
LEITURA ANTERIOR  
CONSUMO DO MES (m³)  
DATA DA LEITURA  
DIAS DE CONSUMO  
CONDIÇÃO DA LEITURA  
COMPARAÇÃO DO FATOR DE  
ANOMALIA DA LEITURA  
DATA DA PRÓXIMA LEITURA

1233  
1220  
13  
28/02  
29  
EFFUADA  
REAL

Figure 1. The study area.

**Dados Referentes à**

med. presente em 85% das amostras examinadas por

(\*) Sistema que analisa 40 ou mais amostras por

coluna por hora

CLORO

COB

PI

TRINCELO

VALOR MEDIO

DIRECCION

OPORTUNIDADE

EXERCICIO

5.0 UT

6.0 a 8.0

8.0 UT

10.0 UT

12.0 UT

14.0 UT

16.0 UT

18.0 UT

20.0 UT

22.0 UT

24.0 UT

26.0 UT

28.0 UT

30.0 UT

32.0 UT

34.0 UT

36.0 UT

38.0 UT

40.0 UT

42.0 UT

44.0 UT

46.0 UT

48.0 UT

50.0 UT

52.0 UT

54.0 UT

56.0 UT

58.0 UT

60.0 UT

62.0 UT

64.0 UT

66.0 UT

68.0 UT

70.0 UT

72.0 UT

74.0 UT

76.0 UT

78.0 UT

80.0 UT

82.0 UT

84.0 UT

86.0 UT

88.0 UT

90.0 UT

92.0 UT

94.0 UT

96.0 UT

98.0 UT

100.0 UT

102.0 UT

104.0 UT

106.0 UT

108.0 UT

110.0 UT

112.0 UT

114.0 UT

116.0 UT

118.0 UT

120.0 UT

122.0 UT

124.0 UT

126.0 UT

128.0 UT

130.0 UT

132.0 UT

134.0 UT

136.0 UT

138.0 UT

140.0 UT

142.0 UT

144.0 UT

146.0 UT

148.0 UT

150.0 UT

152.0 UT

154.0 UT

156.0 UT

158.0 UT

160.0 UT

162.0 UT

164.0 UT

166.0 UT

168.0 UT

170.0 UT

172.0 UT

174.0 UT

176.0 UT

178.0 UT

180.0 UT

182.0 UT

184.0 UT

186.0 UT

188.0 UT

190.0 UT

192.0 UT

194.0 UT

196.0 UT

198.0 UT

200.0 UT

202.0 UT

204.0 UT

206.0 UT

208.0 UT

210.0 UT

212.0 UT

214.0 UT

216.0 UT

218.0 UT

220.0 UT

222.0 UT

224.0 UT

226.0 UT

228.0 UT

230.0 UT

232.0 UT

234.0 UT

236.0 UT

238.0 UT

240.0 UT

242.0 UT

244.0 UT

246.0 UT

248.0 UT

250.0 UT

252.0 UT

254.0 UT

256.0 UT

258.0 UT

260.0 UT

262.0 UT

264.0 UT

266.0 UT

268.0 UT

270.0 UT

272.0 UT

274.0 UT

276.0 UT

278.0 UT

280.0 UT

282.0 UT

284.0 UT

286.0 UT

288.0 UT

290.0 UT

292.0 UT

294.0 UT

296.0 UT

298.0 UT

300.0 UT

302.0 UT

304.0 UT

306.0 UT

308.0 UT

310.0 UT

312.0 UT

314.0 UT

316.0 UT

318.0 UT

320.0 UT

322.0 UT

324.0 UT

326.0 UT

328.0 UT

330.0 UT

332.0 UT

334.0 UT

336.0 UT

338.0 UT

340.0 UT

342.0 UT

344.0 UT

346.0 UT

348.0 UT

350.0 UT

352.0 UT

354.0 UT

356.0 UT

358.0 UT

360.0 UT

362.0 UT

364.0 UT

366.0 UT

368.0 UT

370.0 UT

372.0 UT

374.0 UT

376.0 UT

378.0 UT

380.0 UT

382.0 UT

384.0 UT

386.0 UT

388.0 UT

390.0 UT

392.0 UT

394.0 UT

396.0 UT

398.0 UT

400.0 UT

402.0 UT

404.0 UT

406.0 UT

408.0 UT

410.0 UT

412.0 UT

414.0 UT

416.0 UT

418.0 UT

420.0 UT

422.0 UT

424.0 UT

426.0 UT

428.0 UT

430.0 UT

432.0 UT

434.0 UT

436.0 UT

438.0 UT

440.0 UT

442.0 UT

444.0 UT

446.0 UT

448.0 UT

450.0 UT

452.0 UT

454.0 UT

456.0 UT

458.0 UT

460.0 UT

462.0 UT

464.0 UT

466.0 UT

468.0 UT

470.0 UT

472.0 UT

474.0 UT

476.0 UT

478.0 UT

480.0 UT

482.0 UT

484.0 UT

486.0 UT

488.0 UT

490.0 UT

492.0 UT

494.0 UT

496.0 UT

498.0 UT

500.0 UT

502.0 UT

504.0 UT

506.0 UT

508.0 UT

510.0 UT

512.0 UT

514.0 UT

516.0 UT

518.0 UT

520.0 UT

522.0 UT

524.0 UT

526.0 UT

528.0 UT

530.0 UT

532.0 UT

534.0 UT

536.0 UT

538.0 UT

540.0 UT

542.0 UT

544.0 UT

546.0 UT

548.0 UT

550.0 UT

552.0 UT

554.0 UT

556.0 UT

558.0 UT

560.0 UT

562.0 UT

564.0 UT

566.0 UT

568.0 UT

570.0 UT

572.0 UT

574.0 UT

576.0 UT

578.0 UT

580.0 UT

582.0 UT

584.0 UT

586.0 UT

588.0 UT

590.0 UT

592.0 UT

594.0 UT

596.0 UT

598.0 UT

600.0 UT

602.0 UT

604.0 UT

606.0 UT

608.0 UT

610.0 UT

612.0 UT

614.0 UT

616.0 UT

618.0 UT

620.0 UT

622.0 UT

624.0 UT

626.0 UT

628.0 UT

630.0 UT

632.0 UT

634.0 UT

636.0 UT

638.0 UT

640.0 UT

642.0 UT

644.0 UT

646.0 UT

648.0 UT

650.0 UT

652.0 UT

654.0 UT

656.0 UT

658.0 UT

660.0 UT

662.0 UT

664.0 UT

666.0 UT

668.0 UT

670.0 UT

672.0 UT

674.0 UT

676.0 UT

678.0 UT

680.0 UT

682.0 UT

684.0 UT

686.0 UT

688.0 UT

690.0 UT

692.0 UT

694.0 UT

696.0 UT

698.0 UT

700.0 UT

702.0 UT

704.0 UT

706.0 UT

708.0 UT

710.0 UT

712.0 UT

714.0 UT

716.0 UT

718.0 UT

720.0 UT

722.0 UT

724.0 UT

726.0 UT

728.0 UT

730.0 UT

732.0 UT

734.0

ALL INFORMATION CONTAINED  
HEREIN IS UNCLASSIFIED  
DATE 08-11-2010 BY 60322  
UCBAW

RESIDENCIAL QUANTIDADE DE ECONOMIAS  
50187-000 INDUSTRIAL PUBLICO

POTENTIAL

1001  
SITUACION ECONOMICA

FIGURE 1

3  
CLARK

YANNIE SIBELY DE MEDRINHOS  
ENGENHEIRO  
RUA MANOEL DIONISIO DA SILVA, 3  
SAO PAULO  
SP

CLIMATE

RECEIVED  
JAN 10 1964

000000

028.01.130.0422

0000/893-2

Unidad Policiaria Cime, s/n - Jaguaripe João Pessoa - PB. CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

003074-

PROTOCOLO  
RECIBIDO  
11-DEZ-2014  
COMISIÓN REGULADORA

24

# 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%

**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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50%	25 %	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

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

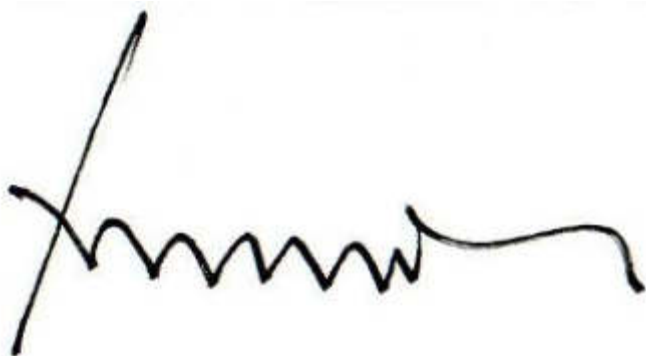
ACE Gestão de Saúde Ltda.

**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 início 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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





FICHA DE ENCAMINHAMENTO

NOME: Quintiliano Gomes  
DOCUMENTO Nº. 900303  
IDADE: 98 anos  
DATA DE NASCIMENTO: 29 / 03 / 1985 SEXO: Masculino  
ENDEREÇO: Sítio Guaratã  
CIDADE: Picuí  
PROFISSÃO: Agricultor ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
H.D.A. Quem não sabe a data de início, colocar  
aprox. para início de tratamento 01/8 por  
segundo  
EXAMES REALIZADOS: \_\_\_\_\_  
CONDTA: de ceto + protein - negat  
Presença de urticárias  
50,9 - 1 ano  
1 ano - 1 ano  
aprox - 1 ano  
DATA: 25 / 04 / 2014  
MÉDICO ASSISTENTE / CRM: \_\_\_\_\_

REC. HOSP. REGIONAL DE PICUI  
REC. HOSP. REGIONAL DE PICUI



GOVERNO DA PARAIBA		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	
REQUISICÃO DE EXAMES					
NOME:		D	E	V	
		S	D	A	L
		I	O		
		D	I	A	S
PRONTUÁRIO:		517			
IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>			
ENF:	6				
LEITO:	3				
DADOS CLÍNICOS:					
Fratura de molares (2º superior - central)					
MATERIAL A EXAMINAR:					
EXAMES SOLICITADOS:					
RX do AP e oblíquo <sup>superior</sup>					
URGÊNCIA <input type="checkbox"/>		ROTINA <input type="checkbox"/>		HORA DA SOLICITAÇÃO:	
DATA: 24/07/2024		Carimbo e Assinatura do Médico			

DATA: 23/01/14		HORA DA SOLICITAÇÃO:		Carimbo e Assinatura do Médico	
<input type="checkbox"/> URGÊNCIA		<input type="checkbox"/> ROTINA			
EXAMES SOLICITADOS: rx - e ar / obliquos					
MATERIAL A EXAMINAR:					
DADOS CLÍNICOS:					
IDADE:		SEXO:		COR:	
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A			
PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:	
ENF:		LEITO:			
NOME:		PRONTUÁRIO:			
D		F		J	
S		D		A	
L		I		S	
C		O		R	
D		A		D	
O		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	
N		O		S	
E		R		A	
M		E		N	
T		E		R	
A		M		E	



OK

## Folha de Tratamento e Evolução

To Sir John Lubbock

218.627

Paciente	Verificação D.A.S	Alojamento	Leito	Convênio
<p><b>Data</b> Prescrição Médica</p> <p>25/01/1980 Dito em nome</p> <p>1) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>2) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>3) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>4) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>5) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>6) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>7) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>8) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>9) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>10) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>11) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>12) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>13) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>14) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>15) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>16) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>17) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>18) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>19) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>20) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>21) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>22) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>23) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>24) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>25) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>26) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>27) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>28) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>29) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>30) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>31) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>32) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>33) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>34) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>35) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>36) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>37) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>38) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>39) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>40) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>41) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>42) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>43) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>44) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>45) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>46) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>47) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>48) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>49) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>50) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>51) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>52) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>53) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>54) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>55) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>56) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>57) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>58) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>59) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>60) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>61) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>62) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>63) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>64) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>65) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>66) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>67) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>68) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>69) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>70) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>71) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>72) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>73) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>74) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>75) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>76) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>77) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>78) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>79) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>80) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>81) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>82) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>83) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>84) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>85) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>86) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>87) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>88) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>89) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>90) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>91) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>92) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>93) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>94) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>95) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>96) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>97) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>98) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>99) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>100) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>101) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>102) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>103) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>104) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>105) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>106) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>107) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>108) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>109) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>110) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>111) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>112) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>113) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>114) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>115) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>116) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>117) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>118) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>119) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>120) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>121) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>122) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>123) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>124) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>125) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>126) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>127) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>128) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>129) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>130) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>131) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>132) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>133) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>134) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>135) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>136) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>137) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>138) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>139) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>140) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>141) 500 - 500 - 1730 20h</p> <p>142</p>				

PROTOCOLLO  
RECEVUTO

11 DEZ 2014  
IEM REGULADORA

Nome do Paciente <i>Durvalino Dias</i>			Nº Prontuário		
Data da Operação <i>23/11/14</i>		Enf.		Leito	
Operador <i>Dr. Edimar</i>			1.º Auxiliar <i>Dr. Joubert</i>		
2.º Auxiliar		3.º Auxiliar		Instrumentador	
Anestesia <i>Bl. Luzex</i>			Tipo de Anestesia <i>Roguei</i>		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Est. urgente 3.º e 4.º metatarsos</i>					
Tipo de Operação <i>Fixação com p. o K intermedular</i>					
Diagnóstico Pós-Operatório <i>o mesmo</i>					
Relatório Imediato da Patologia <i>9</i>					
Exame Radiológico no Ato <i>9</i>					
Acidente Durante a Operação <i>9</i>					

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras

Desenho do local  
Ampliação e conformação T (corpo)  
Ligadura e sutura com 95  
Redução + f. de redução dos pontos com 2 fio K nº 2 untando  
Sutura de pele  
Cura  
Tob. local

2014

PROTÓCOLO  
CIRÚRGICO

PROTOCOLLO  
F. M. REGULATORIA  
11 DEZ 2014

SÉCRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA

<b>HUECG</b>		<b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE DOM LUÍS GONZAGA FERNANDES</b>				ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
<b>FOLHA DE ANESTESIA</b>		NOME <i>Deusdolino Dias</i>				IDADE <i>28</i>	SEXO <i>M</i>	COR <i>B</i>	
DATA <i>23.1.14</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA			
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS			
					URINA				
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE		
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA				
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO				
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura exposta pé E</i>					ESTADO FÍSICO		RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES									
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO			

AGENTE ANESTÉSICO	LÍQUIDOS	CÓDIGOS VP. ARTERIAL: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO		INDUÇÃO	
				Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES			MANUTENÇÃO		
			ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê?: _____		
			DESPERTAR		
			Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ CO <sub>2</sub> : _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
			Com cânula: _____ Paro o leito: Sim _____ Não _____		
			CONDIÇÕES:		
POSICÃO	<i>Supino + cabeça elevada</i>				
AGENTES	<i>Propofol + D<sub>2</sub>O + G<sub>2</sub> + fentanil + tiopentol + morfina</i>				
TÉCNICA	<i>Manual</i>		CÂNULAS		
OPERAÇÃO	<i>Redução cirúrgica c/ fixação</i>				
CIRURGIÕES	<i>Edilson + Vitor</i>				
ANESTESISTAS	<i>Amirio Tinto</i>				
OBSERVAÇÕES					





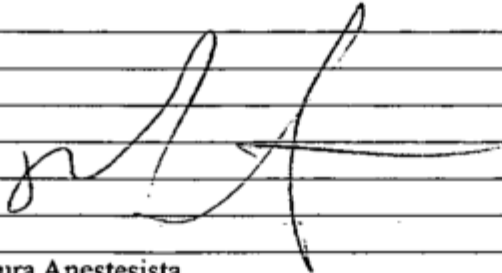
**Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes**

## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Deusdalis Dias</u>	Idade: <u>28</u>
Convênio: <u>Sus</u>	Data: <u>23/01/14</u>
Procedimento: <u>Redução cirurgica e/ fixação de fratura de pé eq.</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Gudiman</u>	Auxiliar: _____
Anestesista: <u>Dr. Aluisio</u>	
Início: <u>15:00</u>	Término: <u>16:00</u>
Anestesia: <u>Raque</u>	

[illegible][illegible]

Observações:



Assinatura Anestesista

Circulante

### Relatório de Operação



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O <sub>2</sub> < 90 com oxigênio = 0 Sat O <sub>2</sub> > 90 com oxigênio = 1 Sat O <sub>2</sub> > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS		

Assinatura do anestesista



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE		Deusdalis Dias			DN 29-03-85		 <b>GOVERNO DA PARAÍBA</b>  SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITO	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO			
CIRURGIA		R. el. Limb. e/ fixação		CIRURGIÃO		D. B. Bidiman / M. R. J. ouh	
ANESTESIA		Rafui		ANESTESIA		D. A. F. ouz	
INSTRUMENTADORA		DATA		INÍCIO		FIM	
Thiago		22-01-14		15:00		16:00	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS			Bolsa Colostomia	Qtd.	FIOS	
	Adrenalina amp.			Calel. p/ Óxg.		Catgut Cromado Sertix	
	Atropina amp.			Catol. de Urinar Sist. Fech.		Catgut Cromado Sertix	
	Diazepam amp.			Compressa Grande		Catgut Cromado Sertix	
01	Dimorf amp. 0.2			Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.			Cotonóide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml			Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.			Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
01	Fegtanil ml			Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inoval ml			Dreno Pazzo nº		Ethibond	
	Ketalar ml			Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Mercalina 5 % ml			Equipo de Microgotas		Ethibond	
	Nubehim amp.			Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.			Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.			Esparradrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m			Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml			Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila Cardíaca	
	Rapifen amp.			H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> ml	01	Mononylon 2-0	
	Thionembutal ml			Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrum amp.			Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES			Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
02	Água Destilada amp.			Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.			Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.			Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.			Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Fiebecortid amp.			Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Garamicina amp.			Luvas 8.5			
	Glicose amp.			Oxigênio l/m 2 L/min			
	Glucon de Cálcio amp.			Poli-Transferrides de 500 ml			
	Haemacel ml.			PVPI Degermante ml			
	Heparema ml.			PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kenakion amp.			Sabão Antisséptico	02	SG Normotérmico fr 500 ml 1/1000	
	Lasix amp.			Saco Coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Metrodinazol.			Seringa Desc. 10 ml		SG Hipotérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.			Seringa Desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Protamina			Seringa Desc. 5 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.			Sonda			
	Stuptanon amp.			Sonda Foley	Qtd.	ORTOSE E PRÓTESE	
02	Cefazolin			Sonda Nasogátrica	02	RLO R	
01	Doxipramid			Sonda Uretral nº			
02	Tijlitol			Sterydrem ml			
				Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES			Vaselina ml			
01	Agulha desc. 25x2 40x12			Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28			Latesa			
	Agulha desc. 3 x 4,5			05 Eletrodo			
01	Agulha p/ Raque nº 15						
	Álcool da Enfermagem						
	Álcool Iodado ml						
01	Ataduras de Crepon 15						
02	Ataduras de Gaseada 15						
	Azul Metileno amp.						
	Benzina ml						

CIRURJANTE RESPONSÁVEL

## Folha de Tratamento e Evolução

## Fatores de risco

Paciente	Daniel da Rosa	Alojamento	6	Leito	3	Convênio	
----------	----------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
24/07/14	<p>① Dieta líquida</p> <p>② SG Sin. 500 mL, EV, 22h</p> <p>③ SF 0,9% 500 mL, EV, 22h</p> <p>④ Keforol 2g, EV, 8/18h</p> <p>⑤ Dipeptono 1g, EV, 6/16h</p> <p>⑥ Tabela 20g, EV, 12/12h</p> <p>⑦ Oxytrop 20g, EV, 1x/dia</p> <p>⑧ SS Vt CEG</p>	<p>14</p> <p>14</p> <p>14</p> <p>14</p> <p>14</p> <p>14</p> <p>14</p> <p>14</p>	<p>Secretária e enfermeira</p> <p>Ass. Ver</p> <p>Botina e Dr.</p> <p>Dr. Dr.</p>
	<p><i>[Assinatura]</i></p> <p>Dr. Cícero Reis Rodrigues da Silva</p> <p>CRM 3335</p> <p>MEDICO</p>		<p><i>[Assinatura]</i></p> <p>Dr. Cícero Reis Rodrigues da Silva</p> <p>CRM 3335</p> <p>MEDICO</p>



## Folha de Tratamento e Evolução

Features of mediation

Paciente)	Pseudônio Dias		
	Alojamento)	6	Leito
		3	Convênio)

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
25/01/14	<p>① DILLO &amp; Amc</p> <p>② SG 5% 500-2, EV, 2-24h</p> <p>③ Dexam 0,01E4 + AD, EV, 6/6h</p> <p>④ Talat 20 + 1AD, EV, 12/12h</p> <p>⑤ SF 0,9% 500-1, EV, 2-24h</p> <p>⑥ Refogel 1g, EV, 8/8h</p> <p>⑦ Dexam 0,01E4 + AD, EV, 1x dia</p> <p>⑧ SSVV + CC GG</p>	<p>12</p> <p>12 18 24 06</p> <p>12 24</p> <p>14 20 06</p> <p>06</p> <p>Atenção</p>	<p>25/01/14 ortopedas</p> <p>Paciente evolui bem, sem queixas de dor, sem necessidade de quinidina. Não é necessário hidratação oral.</p> <p>Regime estrito, Rikrolato, omeprazol, pipecazina, aplicados ao Tórax e Empirico.</p> <p>Atta. Herminia</p>



Ficha de Acolhimento

Nome:	Deusdalis Wias		
End.:	Sítio Gravata	Bairro:	2. Rural
Data de Nascimento:	29/03/1985	Documento de Identificação:	Picui - PB
Queixa:	Ac. mão	Data do Atend.:	23/04/14
		Hora:	13:15
		Documento:	

Classificação de Risco *Fome 9957-8452*

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

Estratificação *infantil*

( ) Vermelho - atendimento imediato  
☒ Verde - atendimento até 4 horas

( ) Amarelo - atendimento até 1 hora  
( ) Azul - atendimento ambulatorial

*[Assinatura]*  
Enfermeira  
COREN 282.537

Assinatura e carimbo do profissional

PROTÓCOLO  
RECEBIDO  
11 DEZ 2014  
F.M. REGULADOR

---

Rio de Janeiro, 12 de Janeiro de 2015

Carta nº: 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**





Stina

[illegible]

\*\*\*\*\* 34.77

**TOTAL A PAGAR:**

90°C  
74°C  
46°C

CONSUMO D'ÁGUA  
ACRESCIMOS (MESSES) ANT.  
CURSOS DE MORA

Numero	AD1X167866
Data Inscricao	04/02/2002
Motivo	SEN
Localizacao	EXT
Capacidade	3 m3/r

Month	Mean
SEP	13
OCT	12
NOV	11
DEC	10
JAN	11
FEB	14

## Dados referentes a

(.) Systems are available for the purpose of the study, and the results are available for the study.

[illegible]

—continued from page 10—

LEITURA ANTERIORE  
CONSUMO DO MÊS (m³)  
DATA DA LEITURA  
DIAS DE CONSUMO  
CONDIÇÃO DA LEITURA  
COMOÇÃO DO FATURAMENTO  
ANOMALIA DE CONSUMO  
DATA DA PRÓXIMA LEITURA

RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO

QUANTIDADE DE ECONOMIAS

58187-000

028.01.130.0422

06687863-2

CLIENTE  
YVANIE SIBELY DE MEDEIROS  
ENFERMO  
SAIRO  
RUA MANOEL DIONISIO DA SILVA, 3  
CIDADE  
PIÇUÍ  
SITUAÇÃO AGUA  
SITUAÇÃO ESGOTO  
LIGADO  
POTENCIAL

Rua Feliciano Cirne, s/n - Juguande João Pessoa - PB, CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PROTOCOL  
RECIBO  
11 DEZ 2014  
MREGULADORA

19

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

DUT

1004032



**PROTOCOLO**  
**11 DEZ 2014**  
**REGULADORA**

20



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, Deusdalis Dias  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2003003006099 EXPEDIDO POR SSR/CE EM 20/01/2011 E  
 CPF 015620233-65 / CNPJ 000000000-00000-00, 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 Deusdalis 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 impedimentos para fins de depósito 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 site da CAIXA ECONÔMICA 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 POUPANÇA 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 POUPANÇA (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) 03294-0

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

01

de

12

de

14

LOCAL E DATA

Deusdalis Dias

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez e tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,0
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse w

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO



\*1004039\*

o vigente  
do com a

204.

**CAIXA**  
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

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