
Rio de Janeiro, 04 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200274088

Vítima: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA

Data do Acidente: 19/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200274088

Vítima: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA

Data do Acidente: 19/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da

mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000037

Conta: 00000141511-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200274088 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA **Data do acidente:** 19/06/2020 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA POLEGAR A DIREITA.(BENNET P-11)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE KIRSCHNER. PÁG-2-5-10
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO POLEGAR DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO POLEGAR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 009.033.687-90 4 - Nome completo da vítima: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA

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

5 - Nome completo: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA 6 - CPF: 009.033.687-90
7 - Profissão: MOTORISTA 8 - Endereço: RUA JULIA CHAVES DE ALCANTARA 66 APT 303
11 - Bairro: MANGABEIRA 12 - Cidade: JOAO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58049-490
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 98651-8167

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0037 CONTA: 1415119 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOAO PESSOA 31/07/2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CERTIDÃO DE REGISTRO DE Ocorrência
Nº 052856.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 052856.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Janaína Silva de Andrade, matrícula 1819666 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 19:36 min do dia 28/07/2020, na Delegacia Online, **ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão MOTORISTA, natural de Rio de Janeiro, nascido(a) em 20/08/1974, idade 45, estado civil Solteiro (a), de cor Preta, filho(a) de MARIA DO ESPIRITO SANTO SILVA e FRANCISCO GERVASIO DA SILVA, CPF 009.033.687-90, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Julia Chaves de Alcantara, nº 66, complemento apartamento, bairro mangabeira, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58049490, telefone(s) 83-98626-4932, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 19/06/2020 11:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: AVENIDA JOSEFA TAVEIRA- MANGABEIRA, mangabeira, João Pessoa/PB.

Material(is) Envolvido(s)

Outros Documentos: Identificação Principal: colisão moto x carro. Descrição: vítima de colisão envolvendo moto x carro na avenida Josefa Taveira saída para o valentina.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que foi vítima de acidente de trânsito colisão envolvendo moto x carro no dia 19 de junho de 2020, por volta das 11:00 horas, quando trafegava em sua moto da Marca YAMAHA YBR 125 FACTOR ED, ano 2014 modelo 2015 de cor Branca e Placas OIO-2220-PE, chassi n. 9C6KE194OF0035608, Licenciada em nome de PATRICIA SOARES DA SILVA, quando se dirigia ao trabalho foi colhido por um veículo da Marca GM/ONIX da cor Branca de motorista e placas não identificada, que veio na contra mão em sua direção, que após o acidente o condutor do veículo evadiu-se do local, que foi socorrido por terceiros para o ORTOTRAUMA de Mangabeira, que sofreu fratura do MTC direito da Mão direita, que devido a pandemia do COVID 19 não quis ficar internado no Hospital tendo ido embora, que por não aguentar dores retornou para o ORTOTRAUMA no dia 22 de Junho de 2020, onde foi submetido a tratamentos cirúrgicos na mão direita.

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.



ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA

423F749482311F6040C3D5081F3940D6

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle, www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@scds.pb.gov.br.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 009.033.687-90 4 - Nome completo da vítima: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA

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

5 - Nome completo: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA 6 - CPF: 009.033.687-90
7 - Profissão: MOTORISTA 8 - Endereço: RUA JULIA CHAVES DE ALCANTARA 66 APT 303
9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: MANGABEIRA 12 - Cidade: JOAO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58049-490
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 98651-8167

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0037 CONTA: 1415119
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOAO PESSOA 31/07/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000141511-9

Nr. da Autenticação 3B10096B61942A7C



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DE JOÃO PESSOA
Rua Feliciano Lima, 221 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.055-570 - CNPJ: 08.033.400/0001-87

PARCELAMENTO EM 12 PARCELAS
PARCELAS 12x NÚMERO
95.399,7
RECEITA Nº:
106/7010

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA FOGAÇO E SERVIÇOS

MARIA DO ESPIRITO SANTO DA SILVA
RUA JULIA CHAVES DE ALCANTARA, 66 - APT. 101
MANGABEIRA JOAO PESSOA PB 58052-490

Inscrição	SM	Quantidade de Economias				Responsável
		Industria	Comercio	Residencia	Outros	
001.084.440 0290 000	000	1	0	0	0	
Hidrometro	Data de instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y15N517M7	12/01/2016	ENTRADA	LIGADO	LIGADO		

ANTERIOR : ATUAL : CONSUMO (M3) : NÚM DE DIAS : PROXIMA LEITURA

804 871 17 32 22/07/2020

MIS7 CONSUMO POR LITRO : QUANTO AGUA AGORA JO POR M3 2017 M3

PERÍODO	CONSUMO	VALOR	ANALIS	COMPARAÇÃO
MAI/2020	25	208	27%	25%
ABR/2020	38	208	27%	27%
MAR/2020	30	208	27%	27%
FEB/2020	37	208	27%	27%
JAN/2020	23	208	27%	27%
DEZ/2019	12	208	27%	27%
MEDIA(M)	17	208	27%	27%

DADOS REFERENTES A: ABR/2020

DATA DA IMPRESSÃO: 21/06/2020

NÚMERO DA IMPRESSÃO: 00 5/ 53

DESCRIÇÃO

CONSUMO TOTAL (R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - R\$ 17,91 POR UNIDADE

10 M3 17,91

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3

7 M3 34,71

ESGOTO

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - R\$ 10,33 POR UNIDADE

10 M3 10,33

11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,91 POR M3

7 M3 27,37

ACRESCIMOS MESURA ANT 04/2020

2,94

JUROS DE MORA 04/2020

0,19

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS R\$ 17,91 PIS E COFINS LEE 17,741/25

VENCIMENTO:

04/07/2020

Total a Pagar:

R\$ 132,97

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAK: () - CNPJ:

Ficha Nr: 324468 Atd: Nao
Data: 22/06/2020
Hora: 10:01:02
Recepcionista: ANA KARLA DE O
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA

Num. de vezes atendido: 2

Nome Social: NAO INFORMADO CPF:

Num. Prontuario: 2020.06.001473

CNS: 708709149741393 Sexo: M SEM DOCUMENTO: 0 Fone: 986264932

Natural: RIO DE JANEIRO/RJ Data Nasc.: 20/08/1974 Id: 45 ano(s)

End.: RUA JULIA CHAVES DE ALCANTARA, 66

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA DO ESPIRITO SANTO DA SILVA

Pai: FRANCISCO GERVASIO DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: MOTORISTA (FORA EXCECOES)

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU COMPLETO

Resp.: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA

1/Doc. Responsavel: 986264932 / SEM DOCUMENTO: 0

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

Queixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*fx Brucel há 04 dias. Não quinifica infusão
quefe da reformando hoje p/ I.H.*

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

*- Tapa Luma p/ posgar
- FH
- VPM*

Dr. Luciano Gomes da Figueiredo
Ortopedia Traumatologia
CRM PB 9328
CREMEPE 24351

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Alexandre Júnio do S. S.</u>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO: <u>22/06/2020</u>		DATA DE ALTA: <u>29/06/2020</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Friar. nos 1º mef (D)</u>					CID: <u>6623</u>
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>D. M. M. M. P.</u>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					

PROCEDIMENTO REALIZADO:

Friar. (X) 15

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

ANATOMIA PATOLÓGICA

INFECÇÃO F.O. ☒ SIM ☐ NÃO COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO

RESULTADO BACTERIOLÓGICO

INDICAÇÕES DE ALTA: ☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO

ESTADO CLÍNICO: Tranquilo nos (D)

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

ETA:

EPOUSO: Relativo em casa por _____ dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.

INDICAÇÕES COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA:

RETORNO: Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.

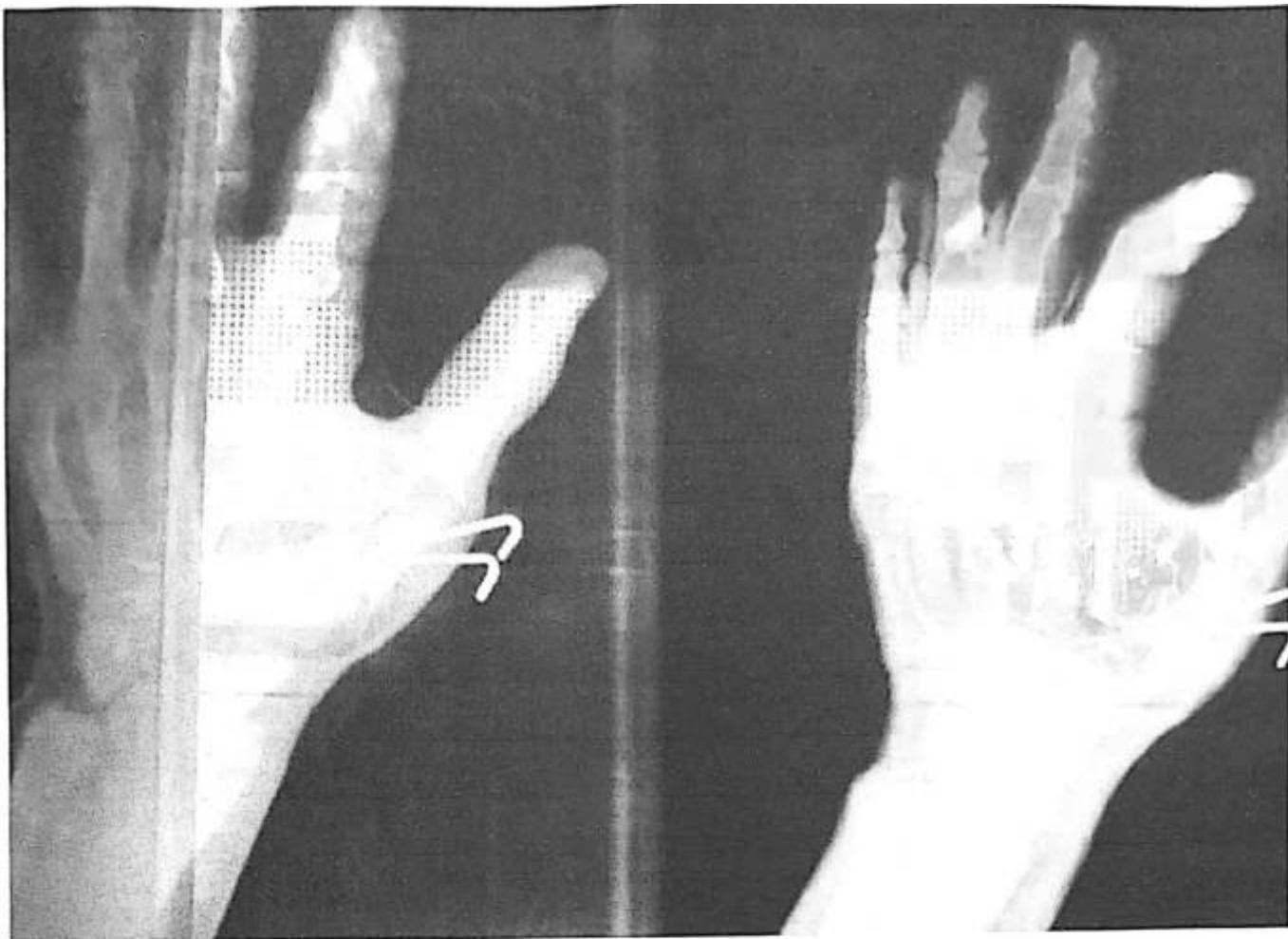
29/06/2020

DATA

ASS. MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar

Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



LEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BUQUITY

Data: 19/06/2020

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 11:01:28

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Recepcionista: GEOVANA DO SANTOS

FAX: () - CNPJ:

Clinica: ORTOPIEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA

Num. Prontuario: 2020.06.001473

Nome Social: NAO INFORMADO CPF:

CNS: 708709149741393 Sexo: M SEM DOCUMENTO: 0 Fone: 986264932

Natural: RIO DE JANEIRO/RJ Data Nasc.: 20/08/1974 Id: 45 ano(s)

End.: RUA JULIA CHAVES DE ALCANTARA, 66

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mãe: MARIA DO ESPIRITO SANTO DA SILVA

Pai: FRANCISCO GERVASIO DA SILVA

Prof: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Profissão: MOTORISTA (FORA EXCECOES)

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU COMPLETO

Resp.: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 986264932 / SEM DOCUMENTO: 0

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tip. de Classificação de Risco:

FR:

[] Aparentemente Sem [] Greve

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsão

Tempo: Altura:

[] Hemorragia [] Disipineia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: 028

[] Regular [] Chocado

[] Vômito

Queixa Principal

Observacao

Paciente vítima de acidente de moto
com dor em Ombro Esquerdo e mão direita

Historia - Exame Físico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Fratura de Metacarpo
do 5º dedo

Conduta

Rx Clavícula DA + V
Rx de mão DA + V

Prescrição

Imobilização
Internamento

Horario da medicacao

R1 + Ds Mante
Mante

Paciente recusa a
ficar internado

Antônio F. S. Neto
Médico
CRM - 13.125

Antonio Affonso
CRM - 13.125

Aproximado termo de alta a
Pedido Biente dos rins.

Rosane R. P. de Silva
Assistente Social
CRESS-PB 1730

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Qtd.	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução

Assinatura e Carimbo da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão: _____

PROCEDIMENTO REALIZADO: _____

DESTINO DO PACIENTE:

() Residência () Transferido () Desistência () U.T.I
() Alta a Pedido () Enfermaria Óbito: () Atestado () S.V.O () I.M

X [Assinatura]
Assinatura do Paciente / Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAK: () - CNPJ:

Ficha Nr: 324468 Atd: Na
Data: 22/06/2020
Hora: 10:01:02
Recepcionista: ANA KARLA DE
Clínica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA

Num. de vezes atendido: 2

Nome Social: NAO INFORMADO CPF:

Num. Prontuario: 2020.06.001473

CNS: 708709149741393 Sexo: M SEM DOCUMENTO: 0 Fone: 986264932

Natural: RIO DE JANEIRO/RJ Data Nasc.: 20/08/1974 Id: 45 ano(s)

End.: RUA JULIA CHAVES DE ALCANTARA, 66

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA DO ESPIRITO SANTO DA SILVA

Pai: FRANCISCO GERVASIO DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: MOTORISTA (FORA EXCECOES)

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU COMPLETO

Resp.: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA

1/Doc. Responsavel: 986264932 / SEM DOCUMENTO: 0

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

Qaixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*fx Brucel há 04 dias. Não quinifica infusão
quefe dia reformando hoje p/ I.H.*

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

*- Tapa Luma p/ posgar
- I.H
- VPM*

Dr. Luciano Gomes de Figueiredo
Ortopedia Traumatologia
CRM PB 9328
CREMEPE 24351

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 323642 Atd: Nao R
Data: 29/06/2020
Hora: 07:22:24
Recepcionista: CLEBIA FERREIRA
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA Num. de vezes atendido: 1
Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 009.033.687-90 Num. Prontuario: 2020.06.002347
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2836389 Fone: 986264932
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 20/08/1974 Id: 45 ano(s)
End.: RUA PROFESSOR ANTONIO CAVALCANTE, 00
Bairro: PORTAL DO SOL Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: MARIA DO ESPIRITO SANTO Pai: FRANCISCO GERVASIO DA SILVA
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Ocupação: MOTORISTA SEM ESPECIFICACAO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO
Resp.: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA
Relat. Responsavel: 986264932 / IDENTIDADE: 2836389
Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Prescricao

Horario da medicacao

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Alexandre Genovasio da Silva Data da Admissão: 22/06/2024
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

QPD: _____

HDA: _____

fx pofega @

Medicações em uso: Ø

Interrogatório Sintomatológico:

geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso ____ Kg em ____ [] Prurido [] Sudorese
 [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
 [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
 [] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematemese [] Náuseas
 [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
 [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposu [] Deformidades
 [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSO: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade
 [] Amnésia [] Libido [] Humor

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Anestesia bloco local (L)

Incisão:

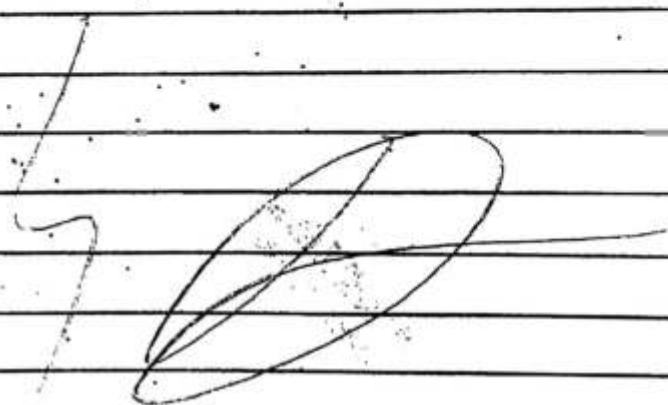
Pinça mantendo pele visível
de sutura feita de modo a

Achados:

de 10 cm por 1 cm (L)
Fios (L) 25

Procedimento sem sutura interna.

Conduta:



Fechamento:

OBS:

Data: ___/___/___

MÉDICO/CRM

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: - *fx Bennett polegada*

Conduta: - *EH*
- *Tafar Luna pt polegada*

Dr. Luciano Gomes de Aguiar
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9328
CREMER 1351





CNH Digital

Departamento Nacional de Trânsito



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



P
B

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1668994948



NOME
ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE/ORG. EMISSORA
2836389 SSP DP

CPF
009.033.687-90

DATA NASCIMENTO
20/09/1974

RESIDÊNCIA
MARIA DO ESPIRITO SANTO DA
SILVA
FRANCISCO GERVASIO DA SILVA

PERMISSÃO
ACC
EXT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
22765539104

VALIDADE
01/02/2024

1ª HABILITAÇÃO
27/10/1997

OBSERVAÇÕES
EXL


ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
01/02/2019

ASSINADO DIGITALMENTE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

42543041380
P3038416533

PARAÍBA

DENATRAN CONTRAN

QR-CODE



Documento assinado com certificado digital em conformidade com a Medida Provisória nº 2200-2/2001. Sua validade poderá ser confirmada por meio da comparação deste arquivo digital com o arquivo de assinatura (.p7s) no endereço:
< <http://www.serpro.gov.br/assinador-digital> >.

SERPRO / DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE

Nº 014960299700

10043501031

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

VIA

I

COD. RENAVAM

1250993104

RNTRC

NOME/END. VEIC

PATRICIA SOARES, DA SILVA
RUA JONAS DA SILVA, 210
210 OS IPOTENCA
RECIFE-PE

30751-430

DEF. CNR

047-031/034-09

PLACA

002220

NOME ANTERIOR

GLAYDSON NUNO DA SILVA

PLACA ANT. UF

002220/SP

CHASSI

C6K11940F6012028

ESPECIE DEQ

MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

PIRELLA 125 FACTOR ED

ANC. FAB.

ANO MOD.

2014

2013

CAP/POT. CV

20/124CV

CATEGORIA

PARTIC

COR PRE DOMINANTE

BRANCA

20191275

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA, RECUPERADO CSV 56099328

DOCUMENTO VALIDO SOMENTE PARA TRANSFERENCIA

CHASSI EM 02/01/20

Assinado em 05/01/20

DATA

07/01/20

DETRAN - PE



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA
 DATA DO ACIDENTE 19/06/2020 CPF DA VÍTIMA 009.033.687-90
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JULIA CHAVES DE ALCANTARA
 Nº 66 COMPLEMENTO APT 101 BAIRRO MOR GABRIELA
 CIDADE POA PESSOAL UF PR CEP _____
 E-MAIL _____ TELEFONE (83) 98653-8367

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE = R\$ 13.500,00

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

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
 DATA 10/07/20 DATA
 IDENTIDADE RG 2.836.389.55910F NOME
 ASSINATURA [Assinatura] ASSINATURA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0215231/20

Vítima: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA

CPF: 009.033.687-90

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/06/2020

Titular do CPF: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA : 009.033.687-90

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/08/2020
Nome: ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA
CPF: 009.033.687-90

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/08/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRE GERVASIO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA