



Número: **0804461-38.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado
<b>ANTONIA MARIA DA CRUZ (AUTOR)</b>		<b>GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM (ADVOGADO)</b> <b>ENÉAS FLÁVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO (ADVOGADO)</b>
<b>BRADESCO SEGUROS S/A (REU)</b>		
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
36569 822	12/11/2020 09:46	<a href="#"><u>2764644_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>
		Outros Documentos

---

Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIA MARIA DA CRUZ**

Nº Sinistro: **3180537353**  
Vítima: **ANTONIA MARIA DA CRUZ**  
Data do Acidente: **13/04/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180537353**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13608607



Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2019

Aos Cuidados de: **ANTONIA MARIA DA CRUZ**

Nº Sinistro: **3180537353**

**ANTONIA MARIA DA CRUZ**

Data do Acidente: **13/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180537353**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

00050118  
  
Carta nº 13879329



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180537353      **Cidade:** Mamanguape      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIA MARIA DA CRUZ      **Data do acidente:** 13/04/2018      **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 22/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL.

CPF da Vítima

478-875-834-20

Nome completo da vítima

Antônia maria da cruz

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo	CPF titular da conta	Profissão	
Antônia maria da cruz	478-875-834-20		
Endereço	Número	Complemento	
R. Maria Aurora	51V		
Bairro	Estado	CEP	
Planalto	PM	58280000	
Email	Telefone (DDD)		
	83)	9283	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> COMPREV SECURIDADE PREVIDÊNCIA S.A.
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			<b>PROTOCOLO</b> AG. JOÃO PESSOA
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.	D/V	NRO.
0044	65619	6	
(Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

joão Pessoa, 08 de outubro de 2018  
Local e Data

X Antônia maria da cruz

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 02076.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02076.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:17 horas do dia 30 de outubro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Severino do Ramos Rodrigues da Silva**, CPF nº 484.081.904-15, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Maria Rodrigues da Conceição e Valdevino Francisco da Silva, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 26/03/1961 (57 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Maria Aurora, Nº 34, complemento PLANALTO, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Perto do Colégio Cléa Bezerra, na cidade de Mamanguape/PB, telefone(s) para contato (83) 98766-6168.

**Dados do(s) Fatos:**

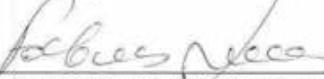
Local: Pb07, Perto do Sítio Pedra, Mamanguape/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 13/04/18 07:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

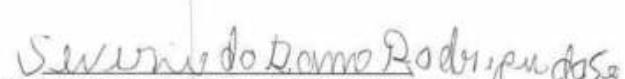
Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/POP 110I, PRETA, 2017/2018, PLACA OFG6271/PB, CHASSI 9C2JB0100JR011359, registrada em nome do noticiante, onde na garupa estava ANTONIA MARIA DA CRUZ (Brasileira, natural de Mamanguape/PB, casada, do lar, residente no mesmo endereço do noticiante, CPF. 478.875.834-20), quando o noticiante perdeu o controle da moto vindo ambos a cair ao solo; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1318/2018, EXPEDIDO PELA DRª ROSSANA DE FATIMA DE ARAUJO BARBOSA, CRM/PB 3533, DATADO DE 26.09.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que o noticiante não machucou-se no acidente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) 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.

João Pessoa/PB, 30 de outubro de 2018.

  
FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação

  
SEVERINO DO RAMOS RODRIGUES DA SILVA

Noticiante



Procedimento Policial: 02076.01.2018.1.00.420

1/1





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Antônio maria da Cruz | CPF da Vítima: 478-875-834-20 | Data do Acidente: 14-04-2018

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante Legal
Email	478-875-834-20
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:	Telefone (DDD) 83-99921-9283

#### Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

José Pessoa, 08 de outubro de 2018  
Local e Data:

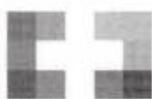
COMPREV  
CONSELHO SEGUROSE PREVIDÊNCIAS S.A.  
14 NOV. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOAO PESSOA  
PESSOA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





SECRETARIA DE  
SAÚDE



DEPARTAMENTO  
TRABALHO

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU

Mamanguape, 31 de Outubro de 2018

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que, ANTONIA MARIA DA CRUZ, foi atendida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Mamanguape, no dia 13 de Abril de 2018, vítima de acidente com motocicleta e transferido ao Ortotrauma.

Crisane França de Farias  
Coordenadora Geral SAMU 192  
Mamanguape/PB  
CNPJ 08674396000164



Rua Marquês do Herval, 64 - Centro - Fone (83) 996501777/991136091  
samucrisane@gmail.com



# 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: 29/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIA MARIA DA CRUZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00044

CONTA: 000000065619-6

---

Nr. da Autenticação FF68F7A664D536B1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 09:46:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209464501500000034910854>  
Número do documento: 20111209464501500000034910854

Num. 36569822 - Pág. 8

## DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Recomenda-se sempre pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 014.618.170



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480  
CNPJ 09.595.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-6

### DADOS DO CLIENTE

ANTONIA MARIA DA CRUZ  
RUA MARIA AURORA SIN  
MAMANGUAPE 58280-000

### CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1874865-7

#### REFERÊNCIA

OUT/2018

#### APRESENTAÇÃO

29/10/2018

#### CONSUMO

248

#### VENCIMENTO

06/11/2018

#### TOTAL A PAGAR

R\$ 200,27

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



ANTONIA MARIA DA CRUZ

Rotelro: 17-014-165-5420  
83650000002-8 00270054000-4 18748652018-7 10600014019-9



#### VENCIMENTO

06/11/2018

R\$ 200,27

#### MATRÍCULA

1874865-2018-10-6



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 09:46:45

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209464501500000034910854>

Número do documento: 20111209464501500000034910854

Num. 36569822 - Pág. 9

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, SEVERINO DO RAMOS Rodrigues da Silva

RG nº 681-201, data de expedição 35/05/18, Órgão SSPB,  
portador do CPF nº 484.081.904-35, com Domicílio na  
cidade de MAMAGUARÉ, no Estado de Paraíba, onde  
resido na (Rua/Avenida/Estrada) MARIA AURORA,  
nº 34, complemento, CASA, declaro, sob as penas da Lei, que  
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente  
ocorrido com a vítima Antônio Maria da Cruz Silva  
cujo o condutor era SEVERINO DO RAMOS Rodrigues da Silva

Veículo: Motocicleta

Ano: 2017/2018

Modelo: Honda POP 110 I

Placa: 0FG 6271/PB

Chassi: 9E2JB0100JR 0313509

Data do acidente: 13/04/2018

Local e data: João Pessoa, 30/10/2018



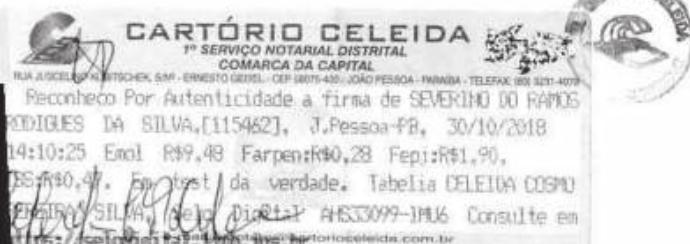
X Severino do Ramo Rodrigues da Silva

Assinatura do Declarante Proprietário

(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do  
sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status





## CERTIDÃO

Nº. 1318/2018

Atendendo solicitação de GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº119675 e Prontuário de Nº2018.04.001873, pertencente a **ANTONIA MARIA CRUZ** que foi atendida dia 13/04/2018 às 08H50min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em perna esquerda.

Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 13/04/2018 e 04/05/2018 com alta médica dia 10/05/2018.

E para constar eu, Rossana de Fátima de Araújo Barbosa , Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 26 de setembro de 2018

*Rossana de Fátima de Araújo Barbosa*  
CRM/PB 3533  
Médica da Vigilância à Saúde



ITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
ALEXO 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: 119675 Atd: Nao Regu  
Data: 13/04/2018  
Hora: 08:50:19  
Repcionista: GILMAR DE SOUTO CAV.  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ANTONIA MARIA DA CRUZ

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.04.001873

CNS: 201485151710009 Sexo: F CPF: 47887583420 Fone: 998014583

Natural: MAMANGUAPE/PB Data Nasc.: 22/10/1960 Id: 57 ano(s)

End.: RUA MARIA AURORA,24

Bairro: PLANALTO Cidade: MAMANGUAPE UF :PB

Mae: RITA MARIA DA CRUZ SILVA

Pai: RESPONSAVEL PELA PACIENTE NAO SOUBE INI

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: DOMESTICA (DONA-DE-CASA)

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ANTONIA MARIA DA CRUZ

Tel/Doc. Responsavel: 998014583 / CPF: 47887583420

Pr. idencia: RUA

Esporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO- PASSAGEIRA

Vitima de violência por: ZONA RURAL DE MAMAGUAPE - 7H30 -

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
		<input type="checkbox"/> Vomito

Caixa Principal

Observacao

PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO E CARRO COM  
T. MA MIE

NEGA DESMAIO SIC

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Paciente vítima de Colisão de Moto, trazido pelo SAMU, em plena infusão, pertence pertence Colar Civil. Pela parte da consciência e te  
tor. Voz alterada, palidez. Negar lesão óssea. Pode ser obliterado  
Sangue de Ativ. ECZAS. Josephine SIC. *COMPREENDIDA* *COMPREENDIDA* *COMPREENDIDA*

Diagnóstico: *Queda de moto*

*Fratura na Tába frábil?*

*07/04/2018*  
*PROTÓCOLO*  
*AG. JOAO PESSOA*

escricao

Horario da medicacao

*SAT*

*EPAROLIN 2g ev AGOVA.*

*Yuri Cordeiro*  
CRM PB: 11507

*Dr. Odair Alves da Silva  
CIRURGIO GERAL  
CRM PB 10541*





Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

#ontopens #

PT evigilando froturas por ossos da perna.  
com ferimento, exposição. ossos.  
deiro

~~Lucy Cordeiro~~  
CRM PB: 11507  
Dr. F. M. Cordeiro

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Reservado p/ liberacao

#### Assinatura da Enfermagem

#### PROCEDIMENTO REALIZADO

90 Bhoco cinnuico-

50- Coeliro

YUEY CO. LTD.  
CRM PB: 11507

## DESTINO DO PACIENTE

- [ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Opito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IML

by John Colton.

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 13/04/18

Nome: ANTÔNIA MARIA DA CRUZ  
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: FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNAS

HDA: VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, HÔTE, COM  
TRAUMA EM PERNAS E. DOR, FEMININO - DE FAL MINIMA

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [ ]Febre [ ]Astenia [ ]Anorexia [ ]Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ [ ]Prurido [ ]Sudoese  
[ ]Calafrios [ ]Alopecia [ ]Adenomegalias [ ]Icterícia [ ]Tonturas [ ]Outros: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoco: [ ]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 [ ]Soluço [ ]Regurgitação [ ]Hematêmese [ ]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-reposo [ ]Deformidades  
[ ]Artralgia [ ]Calor [ ]Rubor [ ]Edema [ ]Crepitação [ ]Fraqueza [ ]Atrofia [ ]Espasmos

SN e PSQ: [ ]Insônia [ ]Sonolência [ ]Convulsões [ ]Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
[ ]Amnésia [ ]Libido [ ]Humor

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_ [ ]HTF

Cirurgias: \_\_\_\_\_

[ ]HAS [ ]DM [ ]TB [ ]HEP [ ]Dislipidemia [ ]Banco de Rio [ ]Casa de Taipa \_\_\_\_\_

[ ]Trauma \_\_\_\_\_ [ ]Neo \_\_\_\_\_ [ ]Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ]Alcoolismo \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA= \_\_\_\_\_ mmHg  
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: PLATINA EXPOSTA OSSOS DA Perna (O)Conduta: INTERVENCÃO P/ TRATAMENTO CIRÚRGICO.

*Yury Cordeiro  
CRM PB: 11507  
Francisco Guedes*



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Adriana Maria de Araujo</i>				Registro:
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP: _____ LR: _____
Data: <i>13/06/18</i>	Cirurgião: <i>Dr. Francisco Guedes</i>			1º Assistente: <i>Dr. Yani (RJ)</i>
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário: I: _____ T: _____
<b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>				
<i>Pelvo exposto com os ossos da perna</i>				
CID				
<b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b>				
CID				
<b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b>				
CÓDIGO				
<i>- LMC</i>				
<i>- Fixador externo</i>				
CID				
<b>PROTOCOLO</b>				
<b>AG. JOÃO PESSOA</b>				
Acidente durante Ato Cirúrgico	1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim	Descriva:		
	2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não			
Biópsia de Congelação:	1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim			
	2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:				
1 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Enfermaria 2 ( <input type="checkbox"/> ) Terapia Intensiva 3 ( <input type="checkbox"/> ) Residência 4 ( <input type="checkbox"/> ) Óbito durante o Ato Cirúrgico				

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

## DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

Presente em DDU  
Anestesia e anti-espasmo  
Aquecimento do corpo sobre

### Incisão:

Ampliação de 10

### Achados:

Padreza e fragilidade da ossos do perna

### Conduta:

Lavagem extensiva com 5L 0,9% e desbridamento  
de tecidos desvitalizados  
Spongos de polidona extenso hemostática  
Sutura  
Limppe  
Cártexos

### Fechamento:

CÓMPREV  
CÓMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
14 NOV 2018

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

### OBS:

Data: 12/10/18

Dr. Daniel B. Cavalcante  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9248  
MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

Nome **ANTÔNIA MARIA DA CRUZ**

PRONTUÁRIO Nº

DADE <b>57 anos</b>	SEXO <b>F</b>	COR	CLÍNICA <b>Ortopedia</b>	ENF.	LEITO
---------------------	---------------	-----	--------------------------	------	-------

DATA DE ADMISSÃO <b>13/04/2018</b>	DATA DE ALTA <b>16/05/2017</b>	TEMPO DE PERMANÊNCIA <b>dias</b>
------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

DIAGNÓSTICO INICIAL

**Fratura Diafisária de Tibia Esquerda**

CD  
582.3

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

**O mesmo**

OUTROS DIAGNÓSTICOS

RINCIPAIS EXAMES

**Rx de quadril demonstrando solução de continuidade óssea da Tibia**

TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA

NATOMIA PATOLÓGICA

**INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO**

COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA

CONDIÇÕES DE ALTA

**X ) MELHORADO**

**( ) REMOVIDO**

**( ) A PEDIDO**

**( ) CURADO**

**( )**

IBITO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)  
**Paciente portador(a) de fratura diafisária da Tibia EM USO DE FIXADOR EXTERNO** foi submetido(a) à ALTA HOSPITALAR, paciente sem condições de partes moles. Paciente retornar dia 30/05 as 7 horas da manhã para internamento e procedimento cirúrgico.

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

IETA: *Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...*

EPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

UIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

IEDICAÇÕES PARA CASA: *Ciprofloxacina, Tramadol (cloridrato de tramadol), Pradaxa.*

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.

*6/05/18*

*Dr. Cícero*

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO, COMPRA/SEGURADO/SE PREVIDÊNCIA SIA

14 NOV. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Antônio M. da Cruz

LACOS MÉDICOS

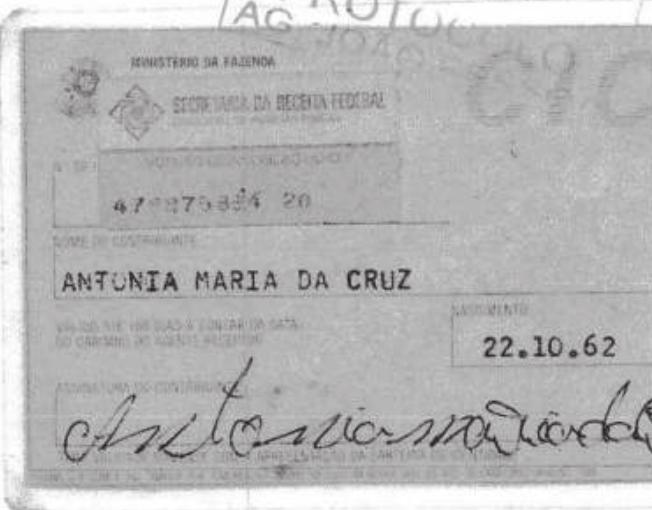
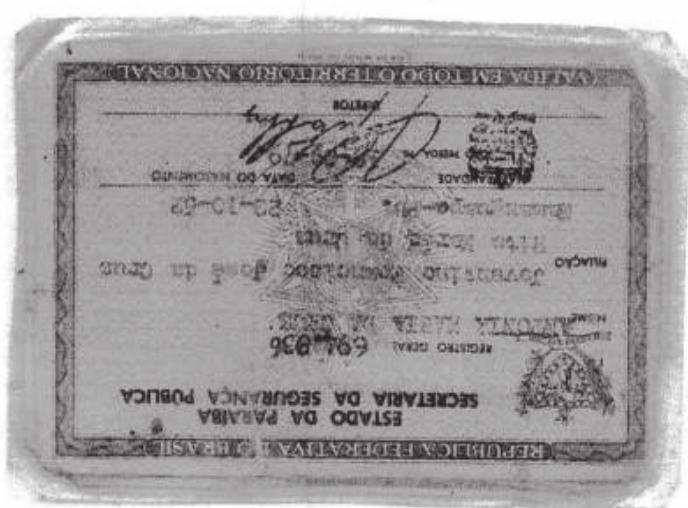
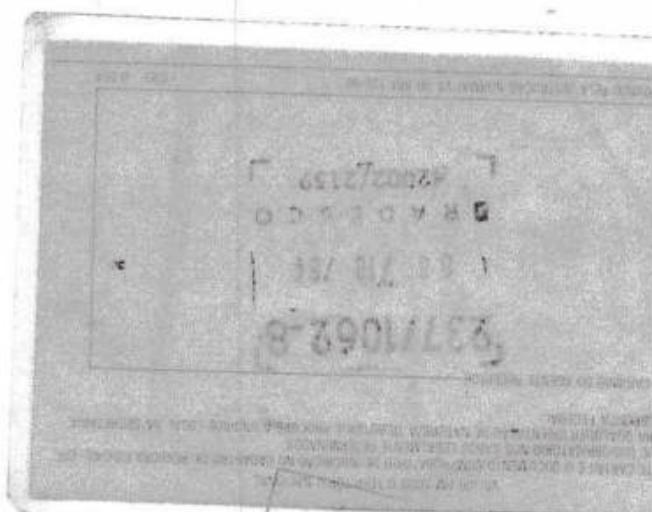
Pacote com febre de fe  
de ond de onda. Pecado subi  
a tempo d ond de onda.  
Pecado em acometido  
embol. Pecado non  
comfôr de febre por tempo  
tratamento

(nº Mass/982)

23/01/19

Assinatura e Carambo





**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

**LACRE**  
00459492280

DETAN - PB N° 013813759643  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VIA COD. RENAVAM BRT 20181500000482-9  
1 0114075239-9 00/00000000 2018

NOME  
**SEVERINO DO RAMOS R DA SILVA**

CPF/CNPJ - PLACA  
**48408190415 OFG6271/PB**

PLACA ANT/UF - CHASSI  
**NOVO PB 9C2JB0100JR011359**

ESPECIE/TIPO - COMBUSTÍVEL  
**PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA**

MARCA/MODELO - ANO FAB. ANO MOD.  
**HONDA/POP 110I 2017 2018**

CAP/POT/CIL. CATEGORIA - COR PREDOMINANTE  
**2 P/109 /CI PARTIC PRETA**

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS  
**IPVA PAGO EM 00/00/0000 1<sup>o</sup>**

FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS  
**\*\*\*\*\* 0 3<sup>o</sup>**

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
**\*\*\*\*\* SEGURADO PAGO 11/01/2018**

OBSERVAÇÕES  
**A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA**

NÃO VÁLIDO PARA PAGAMENTO  
**0**

MAMANGUAPE - PB  
**9999999**

DATA  
**18/01/2010**

**7003781**

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSUAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU PESSOA/CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

**PB N° 013813759643 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXPIRÍCIO - DATA EMISSÃO  
**2018 15/01/2018**

VIA CPF / CNPJ PLACA  
**1 48408190415 OFG6271/PB**

RENAVAM MARCA / MODELO  
**01140752399 HONDA/POP 110I**

ANO FAB. QNT. TARIF. N° CHASSI  
**2017 9 9C2JB0100JR011359**

PRÉMIO TARIFÁRIO  
PNS (R\$) IOF (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
**\*\*\*\*\* \*\*\*\*\* \*\*\*\*\***

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEURO (R\$)  
**\*\*\*\*\* SEGURADO PAGO**

PAGAMENTO DATA DE OUTAÇAO  
**COTA UNICA PARCELADO 11/01/2018**

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 09.246.808/0001-04  
**7003781-1525107-20180115**

**SET-2017**



## IDENTIFICAÇÃO

Vítima: Antônio Molino da CruzDATA DO ACIDENTE: 14-04-2018 CPF DA VÍTIMA: 428875834-20PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO: Antônio Molino da CruzQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR: (N) VÍTIMAA VÍTIMA É: Antônio Molino da CruzENDERECO DO PORTADOR: R. M. P. Lúcio, Vila RosaNº: 511 COMPLEMENTO: Bairro PlanaltoCIDADE: Manaus - AmazonasUF: AM CEP: 69280000E-MAIL: TELEFONE: (83) 99321-5283

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 IMI (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IMI: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI.
- 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, TAIIS 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 CARTERA 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) 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
- \* INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM A TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- \* DESPESAS MÉDICAS (IMI) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- \* 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 PRAZO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA: 14/11/18

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA: 14/11/2018NOME: Edilson GuedesASSINATURA: Edilson Guedes

ASINATURA

## INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

## 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 CARTERA 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 RECEBUJÃO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARACAO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS 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 CARTERA 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) DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- \* MORTE = R\$ 13.500,00
- \* INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM A 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.
- \* 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 PRAZO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA: 14/11/2018

NOME: Edilson Guedes

ASSINATURA: Edilson Guedes

ASINATURA

