
Rio de Janeiro, 19 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200120062

Vítima: ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO

Data do Acidente: 17/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO

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, contatos 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, 15 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200120062

Vítima: ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO

Data do Acidente: 17/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO

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: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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: **ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000037**

Conta: **0000030867-0**

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: 3200120062 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO **Data do acidente:** 17/11/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM MALÉOLO MEDIAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (ARTRODESE) 4
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO

**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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00273.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00273.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:42 horas do dia 08 de janeiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Allan Cristian dos Santos Araújo**, CPF nº 112.020.464-01, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Não Informado, filho(a) de Sandra Cristina dos Santos Correia e Aislan Evangelista de Araújo, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 10/09/1995 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Anto Paulino Marinho, Nº 181, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Próximo Ao Ferraço, na cidade de João Pessoa/PB, telefonic(s) para contato (83) 98642-4256.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Vereador João Freire, Em Frente a Ufjb., João Pessoa/PB, bairro Castelo Branco; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/11/19 15:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 17/11/2019 por volta das 15:40 horas quando pilotava a moto: tipo HONDA/NXR150 BROS ES; ano/mod: 2012/2013, de cor verde de placa: OFY6950/PB CHASSI: 9C2KD0550DR104548 pertencente ao declarante, Que transitava pela Rua Vereador João Freire, Castelo Branco em frente à UFPB, Que segundo o mesmo vinha transitando normalmente quando foi abalroado, na sua lateral, por um veículo não identificado, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU para o COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY, onde foi diagnosticado conforme LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA assinado pelo Dr. Francinêlio Freitas, FRATURA DO MALEOLO MEDIAL CID S 82.5.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 08 de janeiro de 2020,

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAÚJO
Noticiante

PLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Data: 17/11/2019

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 15:48:15

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

Recepcionista: CLEBIA FERREIRA RODRIGUE

FAX: () - CNPJ:

Clínica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 8

Nome: ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO

Num. Prontuario: 2017.01.002501

Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 112.020.464-01

CNS: 898001240754665 Sexo: M IDENTIDADE: 3974565 Fone: 988036096

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 10/09/1995 Id: 24 ano(s)

End.: RUA ANTONIO PAULINO MARINHO, 181

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: SANDRA CRISTINA DOS SANTOS CORREIA

Pai: AISLAN EVANGELISTA DE ARAUJO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Rel: SOGRO - JOSE ALBERTO

Te. Loc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vômito

Queixa Principal

Observacao

ALIASO MOTO X CARRO

Historia - Exame Físico - (hora de atendimento medico)

Diagnostico

Prescricao

Paciente Vit. na quala de melo
na 20 mm, em uso de capacet, negr
+CE, negr trauma toracico qm abdomn
lesão contatada um pontuinha E
e volume e dor em tornozelo E
Vacina anti tetânica, 55C, 1/2C, 1/2C, 1/2C
Dclotengalo 75mg/2l, IM, aga
16:05
@Rodrigo
Ferreira E.
@Alcides
Antunes

Ev. 01

A' sala de cirurgia
PI sutura e curativo

Região de Saúde
Cidade de São Paulo
Estado de São Paulo
CNPJ 06.907.111/0001-90
Inscrição Estadual 06.907.111/0001-90
Inscrição Federal 06.907.111/0001-90

[Assinatura]

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.
() Alta a Pedido () Enfermaria Óbito: () Atestado () S.

[Assinatura]
Assinatura do Paciente / Responsável

Assinatura e Carimbo

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: 08/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000030867-0

Nr. da Autenticação 54B93263B77D8042



Ligação MONOPAC 100
 Caixa RES MTC BT / RESIDENCIAL- RESIDENCIAL
 Roteiro 12-5-294-6242 Referência Del:2019
 Med por 0000306049 Emissão: 19/12/2019

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 R-200, Km 26, Cistão Redenção, João Pessoa/PB - CEP 51.071-800
 0800 10 26 103 (08h-40h) - www.enerj.pb.gov.br

Nota Fiscal e Declaração de Energia Elétrica Nº 006.026.501
Cód. para Decl. Automática: 0004101371

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2019	19/12/2019	20/01/2020	108.640.824-00

UF (Unidade Conservadora): 5/410167-1

Canal de contato

Approved: _____ If the purchase was correct, you must provide
receipts for each item. (Please print name and date.)

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Letura	Data	Letura			
20/11/19	48957	10/12/19	50005		148	29

Demonstrativo

Q1	Description	Performance (Mbps)								
		Download (Mbps)	Upload (Mbps)	Latency (ms)	Packet Loss (%)	Throughput (Mbps)	Bandwidth (Mbps)	Power (W)	Cost (\$)	
DEC	Consumer WAN	148,000	0.012870	122.22	12.82	27	32.48	20.22	27	5.88
Q1	Acct. B. Vpn			3.16	3.18	27	2.95	3.18	0.33	0.18
Q1	Acct. B. Service			1.64	1.82	27	3.82	2.64	0.27	0.08

LANCAMENTOS E SERVIÇOS

1937	CONTINER 30V LUMP - GUA	8,02	8,00	8	200	8,00	3,00	3,00
1938	J. RONDE MORA 102020	0,67	3,33	3	330	3,33	3,00	3,33
1939	MULTA 102119	3,08	3,00	3	0,00	2,00	2,00	3,07
1939	COMPENSAÇÃO POR EDUCADOR DVC 102219	4,39	0,00	3	7,00	3,00	0,00	0,00
1941	ATUALIZAÇÃO VENCIMENTO DVC B	3,38	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0802	BRN SERVIÇO - AGE ASSURAT 12/2019	7,14	0,00	0	5,68	0,00	0,00	0,00

CD: Carga de Depreciação, amort. e A.T.A.	100,74	125,42	33,68	125,42	1,32	0,00
Total de Tributos	3.545,00					

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
27/12/2019	R\$ 138,74

Historico de Consumo (kWh)

EU	230	157	84	102	366	129	137	147	150	125	160
Dec-10	Jan-11	Feb-11	Mar-11	Apr-11	May-11	Jun-11	Jul-11	Aug-11	Sep-11	Oct-11	Nov-11

RESERVADO AO FISCO

3a6f a006 0cf9 b242 d983 6dcc 7f0c efd4

Indicadores de Qualidade 1994-2006

	Limites da ANEL	Apurodo	Limite de Tensão (N)
GENERAL	5,17	5,21	
CONCRETA	10,15		NORMAL
NORMAL	10,30		220
CONCRETA	3,23	3,70	CONCRETA
CONCRETA	6,47		202
CONCRETA	1,25		231
CONCRETA	1,25	6,15	
CONCRETA	12,23		

Composição do Consumo

Discriminacao	Valor (R\$)	%
Servicos em Dist. de Energia ¹⁰	22,26	32,85
Compra de Energia	22,24	33,34
Servico de Transporte	4,80	7,41
Energia Solar	4,85	7,45
Acordos de Venda de Energia	48,33	73,57
Outros	7,14	10,99
Total	540,59	100,00

Manuscript received 10/15/98; revised manuscript received 1/16/99.

ATTENZIONE

[illegible]

Volume in stress

Nov/19 150.48

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Alana Cristina dos S Data da Admissão: / /
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: Doença crônica de traqueia com
as medidas necessárias

Medicações em uso:

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
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema Outros:

ABD: ☐ Dor ☐ Pirose ☐ Solução ☐ 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-reposou ☐ 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: _____

Cirurgias: _____

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

[] 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: dx tab (E)

Conduta: AO sempre

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:				Registro:			
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:		
Data: 13.12.19	Cirurgião: Dr. Robert Alencar			1º Assistente: Dr. Alencar			
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:			
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:		T:	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO						CID	
O tumor medido medido							
tamanho ②							
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO						CID	
O tumor							
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)						CÓDIGO	
O tumor cirúrgico de							
parte do tumor ②							
Acidente durante Ato Cirúrgico				Descreva:			
1 () Sim							
2 (X) Não							
Biópsia de Congelação:							
1 () Sim							
2 (X) Não							
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:							
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico							

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1 PT com cap. gastero
- 2 Anest. + Ant. Sepre
- 3 colocação campos Esteril
- 4 gonite MIE

Incisão:

- 1 Incisão medial toronçulo

Achados:

- 1 Retine molida med

Conduta:

- 1 Fixação com 2 pontos
- 2 Sutura
- 3 pontos
- 4 Retirada gonite MIE
- 5 Reforço med MIE profunda

Fechamento:

OBS:

Data: 12/12/19

Roberto Pres de Almeida
Ortopedia Traumatologia
Camp. 19
MEDICO
12/12/19



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Allan Cristian de Santos</u>				FRONTUÁRIO Nº	
IDADE		SEXO: <u>masculino</u>	COR	CLÍNICA: <u>ortopedia</u>	ENF: <u>28</u>
DATA DE ADMISSÃO: <u>17-11-19</u>		DATA DE ALTA: <u>14-12-19</u>		LEITO: <u>422</u>	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Fratura do metacarpo medial</u>				CID: <u>S82.5</u>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>fratura</u>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES: <u>Rx</u>					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Osteossíntese com 2 parafusos</u>					
TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO P.O. ☐ SIM ☒ NÃO		COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA: ☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO: <u>Fratura do 5º metacarpo medial, tratado cirurgicamente com 2 parafusos. Cirurgia realizada por Dr. Roberto Almeida. Paciente internado em 17/11/19.</u>					

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:

REPOUSO:

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.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a 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
Ao Ambulatório do Dr. Roberto Almeida

para retirada de pontos.
em 30/12/19 para revisão.

Dr. Francinele Freitas

CRM 08.003

ASS. MÉDICO CRM

14/12/19

DATA

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DEBAC	3.974.565 - 2ª VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	19/09/2017
NOME ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO			
FILIAÇÃO AISLAN EVANGELISTA DE ARAUJO SANDRA CRISTINA DOS SANTOS CORREIA			
NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB		DATA DE NASCIMENTO 10/09/1995	
DOE ORIGEM CERT. NASC. Nº 8082 - LIV. 00 A - FLS. 141 V - CARTÓRIO 12º JOÃO PESSOA-PB			
CPF 112.020.454-01			
João Pessoa - PB			
B*			
15.06.2017 29/08/83			



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - 1 - 0050145440-3 00/00000000 2019

1 0050145440-3 00/00000000 2019

ALLAN CRISTIAN SANTOS ARAUJO

11202046401

NOVO PB 9C2KD0550DR10454B

0FY6950/PB

ALCO/GASOL

HONDA/NXR150 BROS ES

2012 2013

2 E/149 /CI PARTIC VERDE

1º 2º 3º

IPVA PAGO EM 00/00/0000

1º 2º 3º

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

LAURE 0098800

11202046401

NOVO PB 9C2KD0550DR10454B

0FY6950/PB

ALCO/GASOL

HONDA/NXR150 BROS ES

2012 2013

2 E/149 /CI PARTIC VERDE

1º 2º 3º

IPVA PAGO EM 00/00/0000

1º 2º 3º

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DETRAN

CONTRAN

1FF/15

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014666833338 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

SAC DPVAT 0800 022 1200

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

2019 26/09/2019

1 11202046401

0FY6950/PB

00501454403 HONDA/NXR150 BROS ES

2012 9 9C2KD0550DR10454B

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO OBRIGATORIO

SEGURO OBRIGATORIO

SEGURO OBRIGATORIO

SEGURO OBRIGATORIO

SEGURO OBRIGATORIO

SEGURO OBRIGATORIO

SEGURO OBRIGATORIO

SEGURO OBRIGATORIO

SEGURO OBRIGATORIO

SEGURO OBRIGATORIO

SEGURO OBRIGATORIO

SEGURO OBRIGATORIO

SEGURO OBRIGATORIO

SEGURO OBRIGATORIO

SEGURO OBRIGATORIO

SEGURO OBRIGATORIO

SEGURO OBRIGATORIO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0095169/20

Vítima: ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO

CPF: 112.020.464-01

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/11/2019

Titular do CPF: ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO : 112.020.464-01

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: 17/03/2020
Nome: ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO
CPF: 112.020.464-01

ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/03/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA