

---

**Rio de Janeiro, 24 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190715255**

**Vítima: DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA**

**Data do Acidente: 16/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA**

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, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190715255                      Vítima: DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA

Data do Acidente: 16/10/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
--------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190715255**

**Vítima: DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA**

**Data do Acidente: 16/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA**

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 08/11/2019, emitido pelo Dr. ROSANGELA M. ESCOREL ALMEIDA CRM nº 3883 - PB, da Instituição HOSPITAL MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# 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: 011.717.794-75 4 - Nome completo da vítima: DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA

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

5 - Nome completo: DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA 6 - CPF: 011.717.794-75  
7 - Profissão: Aux. TÉCNICO 8 - Endereço: R. ALIETE RIBEIRO DE ARAÚJO 9 - Número: 255 10 - Complemento: BL-C-AP-301  
11 - Bairro: João Paulo II 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58046-653  
15 - E-mail: daniel.granbell@yahoo.com.br 16 - Tel.(DDD): (83) 93802-6569

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)  
AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: BRADESCO  
AGÊNCIA: 1104 5 CONTA: 0019152 3  
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 (a) (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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa, 20/12/2019.

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 146860.01.2019.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 146860.01.2019.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettowen Carvalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 12:30 min do dia 24/10/2019, na Delegacia Online, **Daniel bezerra de Almeida**, nacionalidade Português(a), profissão Auxiliar técnico, nascido(a) em 16/06/1989, idade 30, estado civil Casado (a), de cor Branca, filho(a) de Edite bezerra de Almeida e Rumao Batista de Almeida, CPF 071.717.794-75, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Aliete Ribeiro de Araújo, nº 255, complemento Bl C Ap 301, bairro João Paulo II, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58076653, telefone(s) 83988026569, registrou o seguinte:

**Dados do(s) Fato(s):**

Data/Hora do fato: 16/10/2019 07:50h; Tipificação: **Acidente de trânsito sem vítima**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: Cabedelo, Renaiser Cabedelo, Cabedelo/PB.

**Veículo(s) Envolvido**


(1) **Veículo** - Montadora: Honda. Modelo: Honda/biz 110 t. Cor: Vermelha. Placa: OFZ-9355. Chassi: 9C.2J.C7000.H.R.403652.

**Condutor** - Nome: Daniel bezerra de Almeida. Telefone: 83988026569. Estado: Paraíba. Cidade: João Pessoa. Bairro: João Paulo II. Logradouro: João pessoa. Número: 255..

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Queda de moto ao passar no buraco o peneu escorregou e perdi o controle.

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.

  
Daniel bezerra de Almeida

69FC46B2EE5F205D92D0D8769F628C3  
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](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3213-9053, E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.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: 011.717.794-75 4 - Nome completo da vítima: DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA

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

5 - Nome completo: DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA 6 - CPF: 011.717.794-75  
7 - Profissão: Aux. TÉCNICO 8 - Endereço: R. ALIETE RIBEIRO DE ARAÚJO 9 - Número: 255 10 - Complemento: BL-C-AP-301  
11 - Bairro: João Paulo II 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58046-653  
15 - E-mail: daniel.granbell@yahoo.com.br 16 - Tel.(DDD): (83) 93802-6569

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)  
AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: BRADESCO  
AGÊNCIA: 1104 5 CONTA: 0019152 3  
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 (a) (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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa, 20/12/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA  
RUA ALFETE RIBEIRO DE ARAUJO, S/N - APTº 301 BLA  
JOÃO PAULO E JOÃO PESSOA PR 58076 - 653

[illegible]

DESCRIÇÃO	CÓDIGO	TOTAL (R\$)
RENTAL DE 1 UNIDADE(%)		
CÓDIGO DE AGUA	S-MS	2,91
ENCARGO		

NACIMIENTO: 24/12/2019	Total a Pagar: RS 37,91
------------------------	-------------------------

[illegible]

CAGEPA

MATRÍCULA	REFERENCIAL	VALOR DEBIDA	TOTAL A PAGAR
21-113081	DE 2.019	54 12.000	54 12.000

83.700000000 1 37910010001 3 07141809101 4 42251930003 9



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190715255 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA **Data do acidente:** 16/10/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

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

**Data da análise:** 21/02/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 5º METATARSO ESQUERDO.

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

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00



Para mais esclarecimentos acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Francisca Rodrigues de Sousa  
RG nº 003.995.220, data de expedição 17/08/2018  
Órgão SSP RN, portador do CPF nº 084.173.252-26,  
com domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua: Alente Ribeiro de Araújo, nº 255  
complemento Bl. C / Ap 301, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
Daniel Bezerra de Almeida, cujo o condutor era  
Daniel Bezerra de Almeida  
Veículo: Biz 110 Modelo: Honda/Biz 110 Ano: 2017  
Placa: DF7 9355 Chassi: 962 JC 7000 HR 403652  
Data do Acidente: 16/10/2019

Local e Data 20 de Dezembro de 2019

Francisca Rodrigues de Sousa  
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor  
( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )



## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)  
Sr(a) Daniel Bezerra de Alencar portador(a) da  
Identidade RG \_\_\_\_\_, que o(a) mesmo(a)  
foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às \_\_\_\_\_ horas, portador(a) da  
patologia CID-10 S92.2, devendo permanecer afastado(a)  
de suas atividades laborativas por um período de 15  
(Quinze) dias, a partir desta data.

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a) Thales Farias  
Cópia para o(a) paciente  
Cópia para o(a) responsável legal  
Cópia para o(a) médico(a)

## AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o(a)  
Dr.(a) \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico  
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA - PACIENTE

2ª VIA - ANEXO AO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO



### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)  
Sr.(a) Deim Bezerra Osório portador(a) da  
identidade RG \_\_\_\_\_, que o(a) mesmo(a)  
foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às \_\_\_\_\_ horas, portador(a) da  
patologia CID-10 S92.3, devendo permanecer afastado(a)  
de suas atividades laborativas por um período de 30  
(trinta) dias, a partir desta data

João Pessoa, 17/10/14

  
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o(a)  
Dr.(a) \_\_\_\_\_, a registrar o diagnóstico  
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO



## CERTIDÃO

Nº. 1867/2019

Atendendo solicitação de **DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial N°271233 pertencentes ao paciente que foi atendido dia 17/10/2019 às 11H47min, apresentando trauma em pé esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de 5º metatarso esquerdo. Medicado e imobilizado.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 08 de novembro de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida  
Médico Intensivista  
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883

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

Ficha Nr: 271233 Atd: Nao Regulad  
Data: 17/10/2019  
Hora: 11:47:26  
Recepcionista: GISELLE ETELVINO DE AL  
Clínica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA

Num. de vezes atendido: 1

Nome Social: NAO INFORMADO

CPF: 071.717.794-75

Num. Prontuario: 2019.10.001970

CNS: 706808222207527 Sexo: M IDENTIDADE: 2837165 Fone: 988026569

Natural: MONTEIRO/PB Data Nasc.: 16/06/1986 Id: 33 ano(s)

End.: RUA ALIETE RIBEIRO DE ARAUJO (LOT M NOVA), 255BL C AP 301

Bairro: JOAO PAULO II Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: EDITE BEZERRA DE ALMEIDA

Pai: RUMAO BATISTA DE ALMEIDA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AUXILIAR TECNICO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO

Resp.: DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA

Tel/Doc. Responsavel: 988026569 / IDENTIDADE: 2837165

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

PC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

TRAUMA EM PE E

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Dispineia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[X] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Historia Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

Indicação

CRM 5804



SANTA BARBARA COMERCIO DE MATERIAL  
MEDICO HOSPITALAR EIRELI

Rua São Francisco, 400 - 4º andar  
CEP: 01043-000 - São Paulo, SP  
R. JORGE DEL BENEVENTANO - 100m - 100m  
CNPJ nº 07.171.779/0700-01  
Insc. Estadual nº 18

Desconto: R\$ 0,00 (0%) - Valor de desconto: R\$ 0,00  
\*Básico para fins de apuração de ICMS

Nome Descrição	Qtd	Unid	Valor Unit	Valor Total
0100 - BOTA MOB LONGA	1.000	UN	220,00	220,00

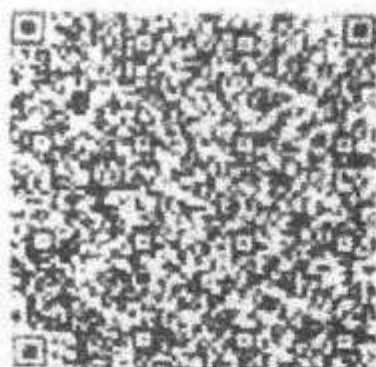
Qtd. total de itens: 1  
Valor total R\$: 220,00

FORMA DE PAGAMENTO	VALOR PAGAR
Dinheiro R\$	220,00
TOTAL PAGAR R\$	220,00

Consulte pela Chave de Acesso em  
<https://www.receita.pb.gov.br/nfc/consulta>

2519 1225 0329 7900 0100 6500 2000 0004 5016 3423 2700

CONSUMIDOR



CPF 07171779475  
DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA

NFce nº: 000.000.450 Série: 002  
13/12/2019 17:06:56 - Via Consumidor  
Protocolo de Autorização

325190312288831 13/12/2019 17:07:11

Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012): R\$48,84  
Val Aprox R\$48,84 Fed 9,24 Est 39,60 Fonte  
IBPT/empresometro.com.br D529CB, CFOP 5102 =  
R\$220,00. Operador: Usuário Administrador





VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1660815301

NOME  
DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA



DOC IDENTIDADE / CPF EMISSOR UF  
2037165 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO  
071.717.794-75 16/06/1989

FUNÇÃO  
RUBAO BATISTA DE  
ALMEIDA  
EDITE BEZERRA DE  
ALMEIDA

PERMISSÃO ACC CATEGORIA  
AD

Nº REGISTRO VALIDEZ 1ª EMISSÃO  
02472401153 01/10/2012 13/02/2009

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1660815301

OBSERVAÇÃO  
A:

*Daniel Bezerra de Almeida*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO  
JOAO PESSOA, PB 03/10/2018

*Arubá*  
ASSINATURA DO EMISSOR

62140504450  
PB037638360

PARAÍBA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

L A C C R E 0 0 4 5 2 0 0 8 2 3

DETRAN - PB  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VIA: 1  
CÓDIGO DE REGISTRO: 0112513012-9  
DATA DE EMISSÃO: 00/00000000 2019

FRANCISCA RODRIGUES DE SOUSA

08417345426

PLACA: QFZ9355/PB

NOVO

PB 9C2JC7000HR403652

PAS/MOTONETA/NAO APLIC

GASOLINA

HONDA/BIZ 110I

MARCA: HONDA

ANO FAB: 2017  
ANO MOD: 2017

2 P/109 /CI

CATEGORIA: PARTIC

COR PREDOMINANTE: VERMELHA

00/00/0000

VENH: 00/00/0000

1º VENC: 00/00/0000

\*\*\*\*\*

SEGURO

P A G O 27/05/2019

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

SOUSA-PB

11436



30/05/2019

30414

PB Nº 014799040339 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

08417345426

QFZ9355/PB

1125130129

HONDA/BIZ 110I

9

9C2JC7000HR403652

PRÊMIO TARIFÁRIO

\*\*\*\*\*

SEGURO

P A G O

\*\*\*\*\*

SEGURO

P A G O

\*\*\*\*\*

SEGURO

P A G O

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.241.600/0001-04

30414-1231135-20190530



BRASIL

(HTTPS://GOV.BR)



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

## Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **071.717.794-75**Nome: **DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA**Data de Nascimento: **16/06/1986**Situação Cadastral: **REGULAR**Data da Inscrição: **31/12/2004**Digito Verificador: **00**Comprovante emitido às: **10:47:06** do dia **20/12/2019** (hora e data de Brasília).Código de controle do comprovante: **344B.A5AC.19E1.D6AD**

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"  
(/Servicos/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0464574/19

**Número do Sinistro:** 3190715255

**Vítima:** DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA

**CPF:** 071.717.794-75

**Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

**Data do acidente:** 16/10/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## 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](http://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: 18/02/2020  
Nome: DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA  
CPF: 071.717.794-75

DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020  
Nome: DENISE DE OLIVEIRA LIMA  
CPF: 070.235.054-07

DENISE DE OLIVEIRA LIMA