

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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 médica-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.
---------------------------------------	---

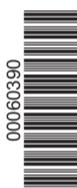
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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 N° 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
11 - Bairro:	João Paulo II	12 - Cidade:	João Pessoa	13 - Estado:	PB
15 - E-mail:	daniel.granbell@yahoo.com.br		14 - CEP:	58046-653	
			16 - Tel. (DDD):	(83) 93302-6569	

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: <input type="text"/> BRADESCO
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	(Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: <input type="text"/> 1104	CONTA: <input type="text"/> 0019152	(Informar o dígito se existir)
			5	3	

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 à 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não nascituro (vôrnascer)?	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos?	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não pais/avós vivos?
--	---	---	--	---	---

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 - 1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa, 20/12/2019.
Daniel Bezerra de Almeida

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

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 Bettown 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
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. Tel. (83) 3213-9053. E-mail: 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 N° 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
11 - Bairro:	João Paulo II	12 - Cidade:	João Pessoa	13 - Estado:	PB
15 - E-mail:	daniel.granbell@yahoo.com.br		14 - CEP:	58046-653	
			16 - Tel. (DDD):	(83) 93302-6569	

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:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	Nome do BANCO: <input type="text"/> BRADESCO
(Informar o dígito se existir)	(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 à 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	nascer (nascer)?	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	pais/avós vivos?
---	---	--	------------------	---	---	--	------------------

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 - 1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

Daniel Bezerra de Almeida

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

Valorização 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



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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, Franca Rodrigues de Souza

RG nº 003.995.320, data de expedição 17/10/2018

Orgão SSPRN, portador do CPF nº 082.173.452-26,

com domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua: Alte Túlio de Araújo, nº 295

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: QFZ 9355 Chassi: 9A2 SC 7000 HR 403652

Data do Acidente: 16/10/2019

Local e Data: 20 de Dezembro de 2019

Franca Rodrigues de Souza

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) portador(a) da Sr(a) Dr. J. B. de Almeida, que o(a) mesmo(a) 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 dias, a partir desta data.

(Signature) _____
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)
Dr. Thales Farias
Cirurgião e Traumatologista
CRM-RJ 16803
CREFITO RJ 16803

AUTORIZAÇÃO

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

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

AVARAGEM - MAIS AO PROVIMENTO DE ATENDIMENTO



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que a pedido do(a) Sr.(a) Dra. Zenia dos Anjos 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

Rua 49, Fazenda José Costa Dutra, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



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 Tarcisio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº271233 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, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 08 de novembro de 2019
Rosangela 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
Repcionista: GISELLE ETELVINO DE AL
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE
Nome: DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA Num. de vezes atendido: 1
Nome Social: NAO INFORMADO Num. Prontuario: 2019.10.001970
CPF: 071.717.794-75
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 CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO
PA: FR: [] Aparentemente Bem [] Grave
PC: TP: [] Politraumatizado [] Convulsao
Peso: Altura: [] Hemorragia [] Dispneia
Glicemia: IMC: [] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd: O2%: [X] Regular [] Chocado
[] Vomito
Queixa Principal Observacao
TRAUMA EM PE E

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico | Conduta 030106006-1
PA = 5° MET S1 W2 030106010-0

Prescricao | Horario da medicacao

Indumenta

Medicina Fisica e Traumatologica
CRM 5804

SANTA BARBARA COMERCIO DE MATERIAL
MEDICO HOSPITALAR FIREM

Qtde. de Itens: 4
Valor total R\$ 2.700,00

FORMA DE PAGAMENTO	VALOR PAGO
Dinheiro R\$	2,00 OG
TOTAL PAGO R\$	2,00 OG

Consulte pela Chave de Acesso em
<https://www.receita.fazenda.gov.br/codice/codice>

2919 1226 0329 7960 0100 6500 2000 0004 5016 24 01 196

CONSTITUIDOR

 CPF 07171779476
 DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA

Nº Cédula: 000 000 450 Serie: 002

13/12/2019 17:06:56 - Via stampante

Brotacela de Autorização

Protocolo de Autorização



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OUMÃO - SEGURO DPVAT

PB N° 014799040339 BILHETE DE SEGURO DPVAT

DENATRAN

L

A

C

R

E

O

DÉTRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 0112513012-9 2019120006815-7
1 00/0000000 2019

FRANCISCA RODRIGUES DE SOUSA

32800025400

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoradilider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

ESTRANGEIRO

DATA EMISSÃO

08417345426

QFZ9355/PB

NOVO

PB

9C2JC7000HR403652

PAS/MOTONETA/NAO APLIC

GASOLINA

HONDA/BIZ 110T

VERMELHA

CAP / PDU / CH

VERMELHA

2 P/109 /CT

VERMELHA

I

VERMELHA

P

VERMELHA

V

VERMELHA

A *****

VERMELHA

IPI/REF/066

VERMELHA

CONTRAN

VERMELHA

1 08417345426

1125130129 HONDA/BIZ 110T

2017 9 9C2JC7000HR403652

PRÉMIO TARIFÁRIO

DATA EMISSÃO

DATA EMISSÃO

DATA EMISSÃO

RE-NAMARIA

PRÉMIO TARIFÁRIO

2017

DATA EMISSÃO

DATA EMISSÃO

DATA EMISSÃO

ANO PAB

PRÉMIO TARIFÁRIO

2017

DATA EMISSÃO

DATA EMISSÃO

DATA EMISSÃO

DAT. INIC.

PRÉMIO TARIFÁRIO

2017

DATA EMISSÃO

DATA EMISSÃO

DATA EMISSÃO

DAT. FIM

PRÉMIO TARIFÁRIO

2017

DATA EMISSÃO

DATA EMISSÃO

DATA EMISSÃO

PRÉMIO TARIFÁRIO

2017

DATA EMISSÃO

DATA EMISSÃO

DATA EMISSÃO

PRÉMIO TARIFÁRIO

2017

DATA EMISSÃO

DATA EMISSÃO

DATA EMISSÃO

PRÉMIO TARIFÁRIO

2017

DATA EMISSÃO

DATA EMISSÃO

DATA EMISSÃO

PRÉMIO TARIFÁRIO

2017

DATA EMISSÃO

DATA EMISSÃO

DATA EMISSÃO

PRÉMIO TARIFÁRIO

2017

DATA EMISSÃO

DATA EMISSÃO

DATA EMISSÃO

PRÉMIO TARIFÁRIO

2017

DATA EMISSÃO

DATA EMISSÃO

DATA EMISSÃO

PRÉMIO TARIFÁRIO

2017

DATA EMISSÃO

DATA EMISSÃO

DATA EMISSÃO

PRÉMIO TARIFÁRIO

2017

DATA EMISSÃO

DATA EMISSÃO

DATA EMISSÃO

PRÉMIO TARIFÁRIO

2017

DATA EMISSÃO

DATA EMISSÃO

DATA EMISSÃO

PRÉMIO TARIFÁRIO

2017

DATA EMISSÃO

DATA EMISSÃO

DATA EMISSÃO

PRÉMIO TARIFÁRIO

2017

DATA EMISSÃO

DATA EMISSÃO

DATA EMISSÃO

CONTRAN			
SOUSA-PB	10/04	0	10/04
11436		30/05/2019	30414
SEGURO LÍDER - DPVAT		CNPJ 06.245.400/0001-04	



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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/10/2019

Titular do CPF: DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA

DENISE DE OLIVEIRA LIMA