
Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200309835

Vítima: JOZI XAVIER DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOZI XAVIER DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200309835

Vítima: JOZI XAVIER DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOZI XAVIER DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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, 27 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200309835

Vítima: JOZI XAVIER DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOZI XAVIER DA SILVA

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

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

Dano Pessoal: 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: **JOZI XAVIER DA SILVA**

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

Banco: **260**

Agência: **000000001**

Conta: **000038787444-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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



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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **049.430.804-48** Nome completo da vítima: **JOZI XAVIER DA SILVA**

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

Nome completo: **JOZI XAVIER DA SILVA** CPF: **049.430.804-48**

Profissão: **RECLUSO** Endereço: **RUA SEVERINO MATIAS ALMEIDA** Número: **05** Complemento: _____

Bairro: **CENTRO** Cidade: **BARRA DE SANTA ROSA** Estado: **PB** CEP: **58170-000**

E-mail: _____ Tel. (DDD): **(83) 93805-6659**

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **1026** **0** CONTA: **15115** **7**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a quem beneficiário 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.

Local e Data: **João Pessoa, 20/08/20**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

Ourocard



VALIDO SOMENTE NO BRASIL

elo

0065

9010

0151

6905

VALIDITY

VALIDITY
12/21 12/21
12/21 12/21
12/21 12/21

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00056.01.2020.1.02.008

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00056.01.2020.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:50 horas do dia 19 de abril de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Geraldo Batinga da Silva, matrícula 1332775, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia Civil, matrícula 765015, ap final assinado, compareceu **Jozi Xavier da Silva**, conhecido(a) por Jozi, RG nº 2580557 SEDS/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Maria da Guia Xavier da Silva e Josimar Damásio da Silva, natural de Barra de Santa Rosa/PB, nascido(a) em 10/11/1983 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Severino Matias Almeida, Nº 05, complemento casa, bairro Centro, tendo como ponto de referência Em Frente a Escola 1º Passo., na cidade de Barra de Santa Rosa/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Severino Matias Almeida, nº 05, Casa, Em Frente a Escola 1º Passo., Barra de Santa Rosa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 25/05/19 18:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **Art. 129, § 6º do CPB (Lesão corporal culposa)**.

Local: Rua Severino Matias Almeida, nº 05, Casa, Em Frente a Escola 1º Passo., Barra de Santa Rosa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 25/05/19 18:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **Art. 129, § 6º do CPB (Lesão corporal culposa)**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo CG 150 Titan MIX, marca Honda, tipo de veículo motocicleta, cor cinza, ano 2010, UF: PB, placa NPZ-6015, chassi 9C2KC1610AH042545, renavam 00212343513, características gerais: Cadastrado Em Nome de João Manoel de Sousa

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que, o Notificante pegou uma carona na motocicleta já discriminada, do Sítio Poelhinhos, distrito de Cuité-PB até sua residência e quando seguia pela BR 101 nesse sentido, foi surpreendido com uma outra motocicleta que surpreendentemente, saiu de uma estrada de chão, trancando-o bruscamente, conseqüentemente, arremessou o notificante ao solo que em decorrência da colisão, feriu-se gravemente, sendo na oportunidade, sido socorrido para o Hospital de Traumas na cidade de Campina Grande-PB, Dom Luiz Gonzaga Fernandes, conforme Laudo Médico apresentado.

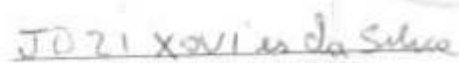
ADENDO(S):

Que na data 25/08/2020, à(s) 16:55 horas, na 8ª Delegacia Distrital da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Geraldo Batinga da Silva, matrícula 1332775, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: Moto CG 150 Titan, identificada pela placa NPZ 6016, conforme documentação apresentada. Adendo registrado por: Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia Civil, matrícula: 765015.

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, 25 de agosto de 2020.


EVERALDO MARTINS DA COSTA
Escrivão de Polícia Civil


JOZI XAVIER DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 00058.01.2020.1.02.008

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 049.430.804-48 4 - Nome completo da vítima: JOZI XAVIER DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOZI XAVIER DA SILVA 6 - CPF: 049.430.804-48
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA SEVERINO MATIAS ALMEIDA 9 - Número: 05 10 - Complemento:
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: RUA SEVERINO MATIAS ALMEIDA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58170-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 98805-6654

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NU PAGAMENTOS SA

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 38787444 7 (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (vairasor)? ☐ 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 omissa, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado.

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA, 15/09/2020

JOZI XAVIER DA SILVA
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **049.430.804-48** Nome completo da vítima: **JOZI XAVIER DA SILVA**

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

Nome completo: **JOZI XAVIER DA SILVA** CPF: **049.430.804-48**

Profissão: **RECLUSO** Endereço: **RUA SEVERINO MATIAS ALMEIDA** Número: **05** Complemento: _____

Bairro: **CENTRO** Cidade: **BARRA DE SANTA ROSA** Estado: **PB** CEP: **58170-000**

E-mail: _____ Tel (DDD): **(83) 98805-6659**

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **1026** **0** CONTA: **15115** **7**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos 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.

Local e Data: **João Pessoa, 20/08/20**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

Ourocard



VALIDO SOMENTE NO BRASIL

elo

0065

9010

0151

6905

VALIDITY

VALIDITY
01/01/2012
31/12/2012

BANCO DO BRASIL

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

JOSIMAR DAMASIO DA SILVA
 RUA SEVERINO MATIAS ALMEIDA 05
 BARRA DE SANTA ROSA

5/503955-7

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

FEV/2020

21/02/2020

125

03/03/2020

R\$ 106,28

Assinatura: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 04/03/2020

Pagador: JOSIMAR DAMASIO DA SILVA CNPJ/CPF: 368.209.464-49

RUA SEVERINO MATIAS ALMEIDA 05 - CENTRO - BARRA DE SANTA ROSA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120012477844	000503955202002	03/03/2020	R\$ 106,28	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

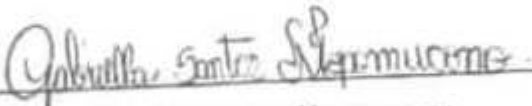


SECRETARIA DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito, que a Enfermeira Mariane Lorena prestou atendimento pré-hospitalar a paciente **JOZI XAVIER DA SILVA** portador de Identidade nº 2.580.557 SSP/PB e CPF:049.430.804-48 vítima de acidente de moto no dia 25/05/2019, aproximadamente às 17:h00min, sendo a mesma, pós-avaliada e regulada para o Hospital de Trauma de Campina Grande.

Barra de Santa Rosa, 17 de Agosto de 2020.


Gabriella Santos Nepomuceno
(Secretaria Municipal de Saúde)

Gabriella Santos Nepomuceno
Secretaria Municipal de Saúde
Barra de Santa Rosa



ATENDIMENTO URGÊNCIA

CT (R.E) Nº: 1905427 CLASS. DE RISCO: AMARELO

TAL DE EMERGENCIA E TRATAM. DOUT. LUIZ GONZAGA FERNANDES CNP: 08.778.268.000-43
L. Flamarion Pereira, 4700 - Aldeias, Campina Grande - PB, CEP: 58435-900 Data: 25.05.2019

Assistente: acollimato

ENTE: JOZI XAVIER DA

CTP: 58170000

Nº de Invenção: 10.11.1003

CONPROFUTADA

Seção

Telefone: 991747797

Barra de Santa Rosa

Unidade: 25

Barra de Santa Rosa

La Mãe MARIA DA GLA XAVIER DA

RG: 2500557

Nº 0

CPF:

Profissão: AGRICULTOR

serv. PEDRO PIKEIRA

Data de Análise: 25.05.2019 CNS: 70800767812010

Assistente

Barra de Santa Rosa

CONVÊNIO: S/S

CTP:

Especialidade:

CHIA:

ANEXOS DO TRATAM.

DA L.º EMERGENCIA E TRATAM. DOUT. LUIZ GONZAGA FERNANDES



- 1. Abordagem
- 2. Anamnese
- 3. Exame físico
- 4. Exame de laboratório
- 5. Exame de imagem
- 6. Exame de função
- 7. Exame de diagnóstico
- 8. Exame de tratamento
- 9. Exame de acompanhamento
- 10. Exame de avaliação
- 11. Exame de controle
- 12. Exame de reavaliação
- 13. Exame de encaminhamento
- 14. Exame de registro
- 15. Exame de documentação
- 16. Exame de comunicação
- 17. Exame de educação
- 18. Exame de pesquisa
- 19. Exame de avaliação
- 20. Exame de controle
- 21. Exame de reavaliação
- 22. Exame de encaminhamento
- 23. Exame de registro
- 24. Exame de documentação
- 25. Exame de comunicação
- 26. Exame de educação
- 27. Exame de pesquisa
- 28. Exame de avaliação
- 29. Exame de controle
- 30. Exame de reavaliação
- 31. Exame de encaminhamento
- 32. Exame de registro
- 33. Exame de documentação
- 34. Exame de comunicação
- 35. Exame de educação
- 36. Exame de pesquisa
- 37. Exame de avaliação
- 38. Exame de controle
- 39. Exame de reavaliação
- 40. Exame de encaminhamento
- 41. Exame de registro
- 42. Exame de documentação
- 43. Exame de comunicação
- 44. Exame de educação
- 45. Exame de pesquisa
- 46. Exame de avaliação
- 47. Exame de controle
- 48. Exame de reavaliação
- 49. Exame de encaminhamento
- 50. Exame de registro
- 51. Exame de documentação
- 52. Exame de comunicação
- 53. Exame de educação
- 54. Exame de pesquisa
- 55. Exame de avaliação
- 56. Exame de controle
- 57. Exame de reavaliação
- 58. Exame de encaminhamento
- 59. Exame de registro
- 60. Exame de documentação
- 61. Exame de comunicação
- 62. Exame de educação
- 63. Exame de pesquisa
- 64. Exame de avaliação
- 65. Exame de controle
- 66. Exame de reavaliação
- 67. Exame de encaminhamento
- 68. Exame de registro
- 69. Exame de documentação
- 70. Exame de comunicação
- 71. Exame de educação
- 72. Exame de pesquisa
- 73. Exame de avaliação
- 74. Exame de controle
- 75. Exame de reavaliação
- 76. Exame de encaminhamento
- 77. Exame de registro
- 78. Exame de documentação
- 79. Exame de comunicação
- 80. Exame de educação
- 81. Exame de pesquisa
- 82. Exame de avaliação
- 83. Exame de controle
- 84. Exame de reavaliação
- 85. Exame de encaminhamento
- 86. Exame de registro
- 87. Exame de documentação
- 88. Exame de comunicação
- 89. Exame de educação
- 90. Exame de pesquisa
- 91. Exame de avaliação
- 92. Exame de controle
- 93. Exame de reavaliação
- 94. Exame de encaminhamento
- 95. Exame de registro
- 96. Exame de documentação
- 97. Exame de comunicação
- 98. Exame de educação
- 99. Exame de pesquisa
- 100. Exame de avaliação

ANEXO:
de curricularizada

de curricularizada

31.05.2019

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATROCÍNIO:

EXAME FÍSICO:

PC PILAS () Fotocardiograma () Eufonia () Auscultação ()

Classe: PA

HGT: 1,60m

EXAMES SOLICITADOS:

() Ultrassom

() Radiografia

() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARCELA MÉDICA:

Especialista: /

Diagnóstico: /

Especialista: /

Diagnóstico: /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº PRESCRIÇÕES E CONDIÇÕES

HORÁRIO REALIZADO

1

2

3

4

GOVERNO
DA PARAÍBA

ITAL. DI EMERGENZA E TRAUMA EDIMMUNOLOGICA (18 ANNI) S. (NIP) 08.778.766.0038-52
 2. Il Benigno Piacere, 4700 - Malattie, Campina Grande - PP, C. EP - 85432-800 Data: 25.05/2019
 26.05.2019

13 April 2014

Dr. JOZI XAVIER DA SILVA - Idade: 026 - N.º ATEND: 1905427

ENTE DE TRABALHO: SAC
25/05/2019 HORA: 19:40:20

25/05/2019 10:08:19

ЖЕЛТІЛДІК : ОҚТУҒА

IVO,
CITICACÃO DO MOTIVO:

US VITALS	PAI	TEMP	ECG	HRG	PESQ
1 SAT O2					

REYES (R) (X) (N)ÃO ILAS (R) (X) (N)ÃO
MOTORA (R) (X) (N)ÃO

MICHAEL S. NEUMAN

REACÇÃO EM ISON

ABDO GERALD HONI

LIAÇÃO NEUROLÓGICA

ONULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
ESCRITADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
BATIDO () DISTRACÃO DE FORÇA MOTORA

TONIAS REFERIDOS

ERRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
 RUÍDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
 INFLAMA () FLEITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
 PRICSTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MILENA () SÍMULOS () TOSSE

PRICESTRATEGIA () CONSTIPAÇÃO () MILENA () SÍMULOS () TOSSA

CATALAN DE MOH: MOH NODIRABDA

TABLE 1
ASPIRIN ACID DE RINCO =

CONSTITUTIONAL VILAS

HOKA PA

TEMP °C	FR
---------	----

**ASSINATURA
DURESE
ENFERMEIRO**

ENFERMEIRO COREN

DO

CHIN

ENTRAMECO CUREN
frasea hebrea y har 51078

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

PREScrições E CONduTAS

HORÁRIO REALIZADO

[illegible]

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMIENTO

—



Número do Prontuário: 141672

DATA DA CIRURGIA: 31/05/2019

Número do Atendimento: 1905461 Cln: ORTOPEDIA I / Ent: I / Lct: 2

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JOZI XAVIER DA SILVA

Data da Internação: 25/05/2019

Atendimento: 1905461

Diagnóstico Pré-Operatório: 2x 7x2 D

Diagnóstico Pós-Operatório: 6 Monate

Cirurgia: OSTEOSSINTESE Data da Cirurgia: 31/05/2019

equipe:

Cirurgião: AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR

Aux 1: WYRY DE PAIVA CAMARA

Aux 2: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 3:

Instrumentador: ANDRÉ

Anestesiista: HUMBERTO DE ALMEIDA FILHO

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM.

Acidente Durante Operação: NÃO.

Descrição da Operação:

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
 2. ASSEPISA + ANTISSEPISA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
 3. INCISÃO EM FACE LATERAL E MEDIAL DE TORNOZELO DIREITO + DISSECÇÃO
 POR PLANOS + HEMOSTASIA;
 4. REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO DE FRATURA;
 5. OSTEOSSINTESE COM PLACA TERÇO TUBULAR DE 6 FUROS + PARAFUSOS
 CORTICAIS E ESPONJOSOS + ARRUELA SOB
 AUXÍLIO DE ESCÓPIA;
 6. LAVADO DE FERIDA OPERATÓRIA + SUTURA + CURATIVO.

Data 31/05/2019

Assinatura/Carimbo

Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Wagner Luiz Ego de Araujo
 OR. ORTOPEDIA - Cln. - Miravetes
 CRM - PB 8936

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOZI XAVIER DA SILVA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1905461

7 - CARTÃO DO SUS

708800767812010

8 - DATA DE NASCIMENTO

10/11/1993

9 - SEXO

Masc ☒ Fem ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARIA DA GUA XAVIER DA SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO

83

991747787

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

PROJETADA, 0, CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Barra de Santa Rosa

14 - CÓDIGO MUNICIPAL

250160

15 - UF

PB

16 - CEP

58170000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

doença @ desmembrado
sint @

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tudo corrigido

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

12

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura de tíbia

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tudo corrigido fratura de tíbia

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

02

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

(X) CNIS () CPF

29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016286081505

BRENO C. TORRES

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

BRENO COUTINHO TORRES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

25/05/2019

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

CONSELHO REGIONAL DE ODONTÓLOGOS DO BRASIL
CONSELHO REGIONAL DE ODONTÓLOGOS DO BRASIL

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - COR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNIS

() CPF

47 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

/ /

PACIENTE:

QI

LEITE

CONVÊNIO

IDADE

REGISTRO

CIRURGIA

CIRURGIÃO

ANESTESIA

ANESTESIA

INSTRUMENTADORA

DATA

INÍCIO

FIM

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostomia	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Calor pr Oxig		Calgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech		Calgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	40	Compressa Grande		Calgut cromado Sertix	
01	Dimore amp. 0.2mg		Compressa Pequena		Calgut Simples	
	Dolardina amp.		Colonoico		Calgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Calgut Simples Sertix	
	Fenogam amp.		Dreno Kerr nº		Calgut Simples Sertix	
01	Fentanyl ml		Dreno Penrose nº		Cera pr osso	
01	Igove ml 0.2mg/ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Mercaina 0.5% ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	05	Esparrapado Látex cm		Fio de Algodão Sutapak	
	Protuxido l/m		Funacim ml		Fio de Algodão Sutapak	
	Quelicin ml	05	Gase Pacote pr 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H.O. ml	03	Mononylon 2.0	
	Thionembute m		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infant		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	03	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
01	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.		Luvax 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxido amp.	03	Luvax 7.5		Vicryl Sertix	
	Flubocortis amp.	04	Luvax 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvax 8.5			
	Glicose amp.	30	Oxigenio l/m			
	Glucon de Calcio amp.		Potfix			
	Haemazel ml	03	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	03	Sabão Antisséptico	01	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	04	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrofinazol	05	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Pasil amp.	01	Seringa desc. 20 ml	01	SG Ring fr 500 ml	
	Prolamina	02	Seringa desc. 05 ml	05	SG fr 500 ml	
	Revivon amp.		Sonda			
	Suiparion amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PROTESE	
02	Cefadotina 1g		Sonda Nasogástrica			
			Sonda Uretral nº			
			Sarydren ml			
			Tomeirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7		Gecon 10			
02	Agulha desc. 28 x 28	01	Litelo			
	Agulha desc. 3 x 4.5	03	Escalante			
01	Agulha pr raque nº 2.5	03	Agulha desc.			
02	Alcool de Enfermagem					
	Alcool Iodado ml					
02	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp					
	Benzina ml					

EQUIPAMENTOS

- | | |
|---|---|
| ☒ Oxímetro de Pulso | ☐ Foco Auxiliar |
| ☐ Seta | ☐ Eletrocautério |
| ☐ Desfibrilador | ☒ Oxímetro |
| ☒ Foco Estetoscópio | ☐ Cardiomonitor |
| ☐ Fonte de Luz | ☒ Perfurador Elétrico |

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Assinatura: Maria José V. Almeida
 Tcc. Enfermeira
 01/05/2019

NOME DO HOSPITAL

Cidade _____ TEL / FAX / E-MAIL _____

NOME DO PACIENTE

VEDO PRONTUÁRIO

11° 41' 15" N

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

TEST CASE NO. 16 Test Case 16

DATA DA UTILIZAÇÃO 31/05/2019	DATA DA COMUNICAÇÃO	MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM DR. ADRIANO + DR. J. R. + DR. FULGÊNCIO + DR. MARCELO
----------------------------------	---------------------	--

OBSERVATIONS

DR. FULLER + DR. WATKINS

CAIXA 3,5 P. FOLHAS 105 N. 559

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ANDRE / RUIVO

Dr. Wagner Luiz Egitio de Araújo
Médico ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 8926

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
 GOVERNADOR
 SECRETARIA DE SEGURANÇA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Nº 2.580.557 - 2 VIA
 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/08/2011
 JOZI XAVIER DA SILVA

FILIAÇÃO
 JOSIMAR DAMÁSIO DA SILVA
 MARIA DA GUIA XAVIER DA SILVA

NATURALIDADE
 BARRA DE SANTA ROSA-PB
 DATA DE NASCIMENTO 10/11/1983

DOC ORIGEM
 NASC.N. 9257 FLS. 239VS LIV. A9
 CARTÓRIO BARRA DE ST. ROSA-PB
 049.430.804-48

ASSINATURA DO DIRETOR
 LEI Nº 7.116 DE 29/02/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
 SECRETARIA DE SEGURANÇA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

15021. Xavier da Silva

15021. Xavier da Silva

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RENTRC	EXERCÍCIO
1	00212343513	*****	2019

NOME

JOAO RANGEL DE SOUZA

CNPJ	PLACA
207.386.414-72	HP26A15

PLACA ANT. LE	CHASSI
NP26015/PB	9C2KC1610AB042545

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE	ALCOOL-GASOL

MARCA / MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/CG150 TITAN MIX RS	2010	2010

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
OCV/149 CILINDRADAS	PARTICULAR	CINZA

I P V A	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
	R\$ 0.00	04/06/2019	1º PAGO
	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º PAGO
	002B49 3X	R\$ *****	3º PAGO

PRÊMIO TARIFARIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DETRAN: PAGO	***	DPVAT: PAGO	

OBSERVAÇÕES

NOTOR: KC16E1A042545

NÃO VALIDO PARA UPA/EXERCÍCIO

SANTA CRUZ/RN	DATA
04/06/2019	

Coordenadora de Registro de Veículos

DETRAN - RN

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200309835 **Cidade:** Barra de Santa Rosa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOZI XAVIER DA SILVA **Data do acidente:** 25/05/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 5. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO EM GRAU MÉDIO.

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0243346/20

Vítima: JOZI XAVIER DA SILVA

CPF: 049.430.804-48

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOZI XAVIER DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOZI XAVIER DA SILVA : 049.430.804-48

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: 28/08/2020
Nome: JOZI XAVIER DA SILVA
CPF: 049.430.804-48

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOZI XAVIER DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA