

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 01 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200194090**

**Vítima: THOMAS RAVELLE PEREIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 09/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), THOMAS RAVELLE PEREIRA 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, 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](http://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, 11 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200194090**      **Vítima: THOMAS RAVELLE PEREIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 09/12/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), THOMAS RAVELLE PEREIRA 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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **THOMAS RAVELLE PEREIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **237**

Agência: **000002108-3**

Conta: **0000057260-8**

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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# 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:  090.490.744-99 | 4 - Nome completo da vítima: Thomas Ravelle Pereira da Silva.

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	Thomas Ravelle Pereira da Silva.	6 - CPF:	090.490.744-99
7 - Profissão:	Recepcionista	8 - Endereço:	Rua Adade de Oliveira
9 - Número:	379	10 - Complemento:	esca
11 - Bairro:	Industriais	12 - Cidade:	João Pessoa
13 - Estado:	PB	14 - CEP:	58083-595
15 - E-mail:	(33) 98865-1045		

DADOS CADASTRAIS

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) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: <input type="text"/> Bradesco
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> 2308	CONTA: <input type="text"/> 57260
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 LAÚDO 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 Lider 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:	<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):	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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: Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não nascituro (vai nascer)?	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos?	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não pais/avós vivos?
------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

NÃO ALFABETIZADO

34

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

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 27/05/2020  
Thomas Ravelle Pereira da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

11:29 ...

4G



## Acesso à Conta

### MINHAS CONTAS



**Corrente** Bradesco -  
2108 | 0057260-8





### **CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00074.01.2020.1.02.008**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 00074.01.2020.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:32 horas do dia 19 de maio 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, ao final assinado, compareceu **Thomas Ravelle Pereira da Silva**, conhecido(a) por Thomas, RG nº 3388598 SEDS./PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Promotor de Vendas, filho(a) de Maria das Dores Pereira e Josenildo Francisco da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido (a) em 10/07/1995 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Cidade de Aparecida, Nº 175, complemento casa, bairro Bairro das Indústrias, tendo como ponto de referência Em Frente Ao Colégio Anailde Beiriz, na cidade de João Pessoa/PB.

#### **Dados do(s) Fatos:**

Local: Rodovia Br-230, Br 230, Embaixo do Viaduto da Avenida Ministro José Américo de Almeida (Beira Rio), João Pessoa/PB, bairro Brisamar; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 09/12/19 12:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 129, § 6º do CPB (Lesão corporal culposa).

#### **Objeto(s) Envolvido(s):**

(1) Moto, modelo CG 160 Start, marca Honda, tipo de veículo motocicleta, cor preta, ano 2019, UF: PB, placa QSH-6645, chassi 9C2KC2500KR047050, renavam 01194288712, características gerais: Cadastrada Em Nome de Thomas Ravelle Pereira da Silva.

#### **E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que, no término da manhã do dia 09 de dezembro do ano de 2019, o Notificante se conduzia em sua motocicleta já discriminada pela BR 230 e, oportunidade em que um veículo de placas e Condutor não identificado, quando tentou lhe ultrapassar pelo acostamento, acreditou que perdeu o controle e assim, colidiu na dianteira de sua motocicleta, evadindo-se em seguida, consequentemente, o Notificante foi socorrido ao Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena, onde foi diagnosticado Fratura da Extremidade Distal do Rádio Direito + Entorse do Tornozelo Esquerdo, identificado pelo CID 10 M 52 6 e S 93 0, conforme Laudo Médico apresentado.

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, excepto a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
1º Superintendência Regional de Polícia Civil  
2º Delegacia Seccional de Polícia Civil  
8º Delegacia Distrital da Capital



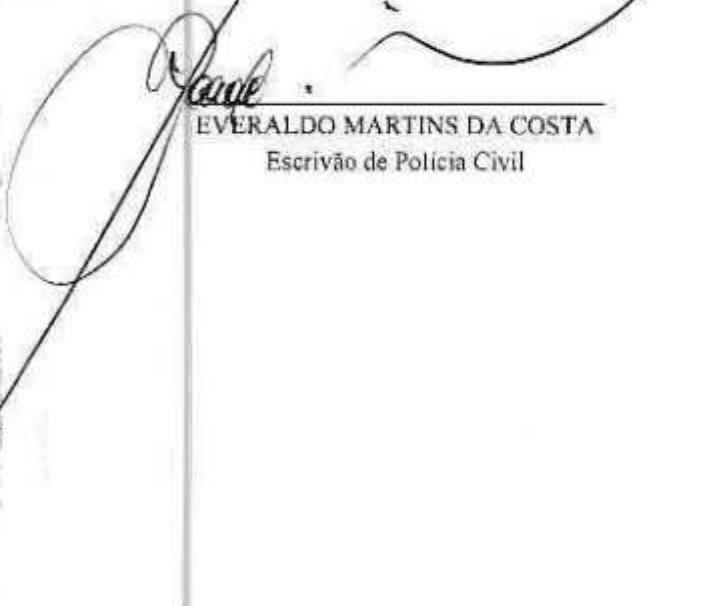
**POLÍCIA  
CIVIL  
PARANÁ**



**GOVERNO  
DA PARANÁ**

Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 19 de maio de 2020,

  
**EVERALDO MARTINS DA COSTA**  
Escrivão de Polícia Civil

  
**THOMAS RAVELLE PEREIRA DA SILVA**  
Noticiante

# 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:  090.490.744-99 | 4 - Nome completo da vítima: Thomas Ravelle Pereira da Silva.

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	Thomas Ravelle Pereira da Silva.	6 - CPF:	090.490.744-99
7 - Profissão:	Recepcionista	8 - Endereço:	Rua Adade de Oliveira
9 - Número:	379	10 - Complemento:	esca
11 - Bairro:	Industriais	12 - Cidade:	João Pessoa
13 - Estado:	PB	14 - CEP:	58083-595
15 - E-mail:	(33) 98865-1045		

DADOS CADASTRAIS

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) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: <input type="text"/> Bradesco
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> 2308	CONTA: <input type="text"/> 57260
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 LAÚDO 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 Lider 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:	<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):	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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: Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não nascituro (vai nascer)?	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos?	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não pais/avós vivos?
------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

NÃO ALFABETIZADO

34

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

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 27/05/2020  
Thomas Ravelle Pereira da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

11:29 ...

4G



## Acesso à Conta

### MINHAS CONTAS



**Corrente** Bradesco -  
2108 | 0057260-8





<b>Identificação do paciente</b>						
ID 1464925		Nome <b>THOMAZ RAVEL PEREIRA DA SILVA</b>			Sexo <b>Masculino</b>	
Data de nascimento 10/07/1995		Idade 24 anos 4 meses 29 dias	Estado civil	Religião	Prontuário	
Mãe <b>MARIA DAS DORES PEREIRA</b>					Pai	
Escolaridade					Responsável (Parentesco) <b>O MESMO - O MESMO(A)</b>	
DDD-Celular 83		Celular 988433172	DDD	Telefone		
Tipo documento		Número documento	Nº Cns	Type	UF PB	
Local de procedência <b>BR 230</b>			Bairro <b>BAIRRO</b>			
Email		Naturalidade <b>JOAO PESSOA</b>	CBO/R			
<b>Endereço</b>						
CEP 58083591		Município de residência <b>JOAO PESSOA</b>	UF PB	Logradouro <b>CIDADE DE APARECIDA</b>		
Número SN		Complemento	Bairro <b>INDÚSTRIAS</b>			
<b>Admissão</b>						
Data e Hora 09/12/2019 13:19:56		Número da pulseira <b>1000007189486</b>	Convênio <b>SUS</b>			
Especialidade <b>CIRURGIA GERAL</b>					Clinica	
Classificação de risco					Origem do paciente <b>RUA</b>	
Caráter de atendimento		Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Detalhe do acidente <b>VEICULO X MOTO</b>			
<b>Indicadores e Transporte</b>						
Caso policial Não		Plano de saúde Não	Vôo de ambulância Não	Trauma Não		
Meio de transporte <b>AMBULANCIA</b>					Quem transportou	
<b>Sinais Vitais</b>						
PA <b>110</b>	x	<b>70</b> mmHg	P脉 <b>90</b>	Temperatura <b>37,5</b>		
<b>Exames complementares</b>						
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Líquor [ ]	ECG [ ]	
Ultrasonografia [ ]						
Dados clínicos	<p><i>Rebente lato, aberto com 90x10 cm de dura em M10, vaga ativa med. tecido.</i></p>					CID
Diagnóstico						Tempo 01min 01seg
Assinado por <b>TELMO FIGUEIREDO QUIRINO</b>						

Imprimir

\* ACTA DA CIRURGIA GERAL

*W. LAMBERTO Soares de Lima  
CIRURGIA GERAL/NEURO-CIRURGIA  
Data: 11/12/2019*

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: THOMAS RAVELLE PEREIRA DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02108-3

CONTA: 00000057260-8

---

Nr. Autenticação

BRADESCO0806202005000000000237021080000005726084375 PAGO

SAC  
Consumidor (SAC)

SERVIÇO de Atendimento ao



COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jardim João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 06.123.654/0001-87



de 000  
de 000  
de 000  
de 000

PARA CONTATO COM A CAGEPA: INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
68356293
REFERÊNCIA
DEZ/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JOSENILDO F DA SILVA  
RUA CIDADE DE APARECIDA, 175 - INDUSTRIAS JOAO  
PESSOA PB 58083- 591

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
001.033.505.0138.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y06X002806	29/03/2007	EXTERNO	LIGADO	POTENCIAL		
ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (m³)   NUM DE DIAS   PRÓXIMA LEITURA						
1692	1705	13	30	10/01/2020		
HIST. CONS./ANOR. LEIT.   QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
NOV/2019	13	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORTES	
OUT/2019	10	TURBIDEZ	268	288	279	
SET/2019	10	CLORO	268	288	288	
AGO/2019	13	COL. TERMOT.	0	0	0	
JUL/2019	12	COR	73	145	139	
JUN/2019	12	COL.TOTAIS	268	288	274	
MEDIAÇÃO	11	DADOS REFERENTES A: OUT/2019				

DATA DA IMPRESSÃO: 11/12/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 23:45:24

DESCRICAÇÃO

CONSUMO

TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 m³ - R\$ 4,89 POR UNIDADE

11 m³ A 20 m³ - R\$ 4,89 POR m³

10 m³

37,91

3 m³

14,67

ESGOTO

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 4,86 PIS E CONFINS.LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

23/12/2019

Total a Pagar:

R\$ 52,58



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA  
CONDICÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

A CAGEPA DESEJA AOS SEUS CLIENTES UM FELIZ NATAL E PROSPERO ANO NOVO.



CAGEPA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
68356293	DEZ/2019	23/12/2019	R\$ 52,58

82610000000 7 52580010001 4 06835629301 6 12201930003 9





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA

## LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1209123

PACIENTE: THOMAZ RAVELLE PEREIRA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 10.07.95

Data e Hora do Atendimento: 09.12.19

Horário: 13:19h

**MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO:** Paciente deu entrada neste hospital vitima de acidente de motocicleta apresentando quadro de traumatismo no punho e joelho direito, no pé esquerdo, tonturas, vômitos e convulsões, Glasgow 15. Atendido pelo Dr. Leonardo Soares de Lima CRM 2170, Dr. Carlos Alberto Vieira CRM 6902.

**DIAGNÓSTICO INICIAL:** FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO DIREITO +  
ENTORSE DO TORNOZELO ESQUERDO CID 10 M 52 6 e S 93 0

**RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):**  
Primeiro atendimento, avaliação da cirurgia geral, Rx do joelho direito AP e Perfil, Rx do punho direito AP e Perfil, Rx do pé esquerdo AP e Perfil e tratamento clínico conservador com bota tala e tala axilopalmar.

**ALTA HOSPITALAR:** Em 09.12.19 às 16:14h.

**Data da Emissão:** 21.04.20

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade  
Médico Auditor - HETSHL  
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

DR. GLENDER TÉRCIO TRINDADE  
AUDITOR CIBHEETSHL  
CRM - 3920

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



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUE  
o trabalho**

Paciente	THOMAZ RAVEL PEREIRA DA SILVA	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
Data de nascimento	10/07/1995	1209123	09/12/2019 13:19:56	
Idade	24a 4m 29d	Sexo	CNS	Telefone de Contato (83) 988433172
Mãe	MARIA DAS DORES PEREIRA	Municipio	JOÃO PESSOA	Prontuário
Endereço	CIDADE DE APARECIDA, SN	Bairro	INDÚSTRIAS	UF PB
Acidente	VEICULO X MOTO	Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Nº Cons. Regional 2170/PB
Data/Hora Classificação	09/12/2019 13:19:56	Profissional	LEONARDO SOARES DE LIMA	
		Data/Hora Prescrição	09/12/2019 13:42:52	

### ANAMNESE

MOTOCICLISTA COLIDIU COM AUTOMÓVEL E TEVE TRAUMATISMOS NO PUNHO E JOELHO DIREITOS + PÉ ESQUERDO. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA, TONTURAS, VÔMITOS E CONVULSÕES. NÃO TEM ALERGIA A MEDICAMENTOS. E.C. GLASGOW = 15 CONDUTA: 1. RX DE PUNHO D / JOELHO D / PÉ ESQUERDO; 2. PAREcer DA ORTOPEDIA; 3. ANALGESIA; 4. ALTA DA CIRURGIA GERAL

### MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., AGORA, DURANTE 24 HORA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIGUA)

RADIOGRAFIA DE PÉ / DEDOS DO PÉ ESQUERDO

### CID10

M79.6 - Dor em membro

### Conduta

Em observação

Enfermeiro

LEONARDO SOARES DE LIMA  
(: 2170/PB)

Dr. Leonardo Soares de Lima  
CIRURGIA GERAL/VELOCIRPG  
CRM: 2170/PB



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
*SEGUE  
o trabalho*

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
THOMAZ RAVEL PEREIRA DA SILVA	1209123	09/12/2019 13:19:56	
Data de nascimento	Sexo	CNS	Telefone de Contato
10/07/1995	Masculino		(83) 988433172
Mãe	Bairro	Município	Prontuário
MARIA DAS DORES PEREIRA	INDÚSTRIAS	JOÃO PESSOA	
Endereço	Motivo	Profissional	UF
CIDADE DE APARECIDA, SN	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA	PB
Acidente		Data/Hora Prescrição	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO		09/12/2019 16:14:23	6902/PB
Data/Hora Classificação			
09/12/2019 13:19:56			

### ANAMNESE

MOTOCICLISTA COLIDIU COM AUTOMÓVEL E TEVE TRAUMATISMOS NO PUNHO E JOELHO DIREITOS + PÉ ESQUERDO. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA, TONTURAS, VÓMITOS E CONVULSÕES. NÃO TEM ALERGIA A MEDICAMENTOS. E.C. GLASGOW = 15 CONDUTA: 1. RX DE PUNHO D / JOELHO D / PÉ ESQUERDO; 2. PARECER DA ORTOPEDIA; 3. ANALGESIA; 4. ALTA DA CIRURGIA GERAL  
(09/12/2019 13:47:53 LEONARDO SOARES DE LIMA)

MOTOCICLISTA COLIDIU COM AUTOMÓVEL E TEVE TRAUMATISMOS NO PUNHO E JOELHO DIREITOS + PÉ ESQUERDO. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA, TONTURAS, VÓMITOS E CONVULSÕES. NÃO TEM ALERGIA A MEDICAMENTOS. E.C. GLASGOW = 15 ORTOPEDIA PACIENTE COM E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS PUNHO DIREITO E TORNOZELA ESQUERDO ESCORIACÕES EM TORNOZELA ESQUERDO RX FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO FECHADA COM PEQUENO DESVIO LESÃO LIGAMENTAR TORNOZELA ESQUERDO CD: FLANCOX, TYLENOL, ATESTADO, TALA AXILO-PALMAR E TALA TIPO BOTA E CURATIVO  
(09/12/2019 16:14:23 CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA)

### MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., AGORA, DURANTE 24 HORA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

RADIOGRAFIA DE PÉ / DEDOS DO PÉ ESQUERDO

### PROCEDIMENTO

BOTA TALA, (OBSERVAÇÕES:: ENTORSE TORNOZELA ESQUERDO)

TALA AXILO PALMAR, (OBSERVAÇÕES:: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO)

### CID10

M79.6 - Dor em membro

S52.5 - Fratura da extremidade distal do rádio

**Dados coletados anteriormente  utilizar na impressão?**

### Conduta

Alta médica

Dr. Carlos Alberto Marques Vieira  
Ortopedia / Traumatologia  
CPM PB 6902 / CNES 2593262  
TELEFONE: 32165700



Parecer Médico

<b>Nome</b> THOMAZ RAVEL PEREIRA DA SILVA	<b>Idade</b> 24A 4M 29D	<b>Prontuário</b>
<b>Boletim de Atendimento</b> 1209123	<b>Data de Entrada</b> 09/12/2019 13:19:56	<b>Data Internação</b> 22min
<b>Convênio</b> SUS	<b>Leito</b>	<b>Clinica</b> CIRURGIA GERAL

Parecer médico	Profissional
<b>Especialidade</b> ORTOPEDIA	
<b>Motivo da solicitação</b> POLITRAUMATISMOS	<b>Data da Solicitação:</b> 09/12/2019 13:41:29
<b>Parecer</b>	<b>Data de Resposta:</b>

Dr. Leonardo Soares de Lima  
CIRURGIA GERAL/VIDEO-CIRURGIA  
CAM 2170/PB



### REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nº: 563062

<b>Nome</b>	THOMAZ RAVEL PEREIRA DA SILVA	
<b>Data de Nascimento</b>	Nº Boletim Emergência 1209123	Prontuário
<b>Material a examinar</b>		

<b>Data Prescrição:</b>
09/12/2019 13:42:52

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)  
 RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLÍQUA)  
 RADIOGRAFIA DE PÉ / DEDOS DO PÉ ESQUERDO

<b>RAIOS-X</b>	
TIPO ...	19
DATA ...	09 / 12 / 19
HORA ...	14:31 :
NOME TÉC. RAD.	JANPIRA
ASS.:	

Reimpresso por:  
dia:

Assinatura e Carimbo do Profissional



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
THOMAS RAVELLE PEREIRA DA SILVA	1210706	16/12/2019 10:12:15	2019-12-16 11:24:26,0
Data de nascimento	Idade	CNS	Telefone de Contato
10/07/1995	24a 5m 6d	Masculino	(83) 989013255
Mae	Bairro	Município	Prontuário
MARIA DAS DORES PEREIRA	INDÚSTRIAS	JOÃO PESSOA	
Endereço	Motivo	Profissional	UF
CIDADE DE APARECIDA, 175	RETORNO - ORTOPEDIA	FRANCISCO GUEDES DE SOUZA NETO	PB
Acidente		Data/Hora Prescrição	Nº Cons. Regional
OUTROS		16/12/2019 11:24:33	6371/PB
Data/Hora Classificação			
16/12/2019 10:12:15			

## ANAMNESE

#ORTOPEDIA PACIENTE RETORNO AO SERVIÇO, RELATANDO PERDA DA IMOBILIZAÇÃO AO EXAME: EGR, ADM LIMITADA, NEUROVASCULAR OK. CD: ANALGESIA + RX  
(16/12/2019 10:12:15-JANSEN HENRIQUES CEZARINO)

PACIENTE RETORNA DO EXAME RADIOGRÁFICO, O MESMO SEM SINAIS DE FRATURA CD: O.GERIAS/ RECOLOCAÇÃO DE TALA/RETORNO CONFORME  
(16/12/2019 11:24:33-FRANCISCO GUEDES DE SOUZA NETO)

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DO TORMOZOLO ARTICULAÇÃO TIBIO TARSICA ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP/P)

RADIOGRAFIA DE Perna ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP/P)

## PROCEDIMENTO

BOTA TALA

## CID10

R52.0 - Dor aguda

Dados coletados anteriormente  utilizar na impressão?

## Conduta

Alta médica

## Alta

Usuário  
**FRANCISCO GUEDES DE SOUZA NETO**  
Motivo de Alta:  
**ALTA MEDICA**

Data e Hora:  
**16/12/2019 11:24:26**  
Observações:

Enfermeiro

**FRANCISCO GUEDES DE SOUZA NETO**  
( 6371/PB)



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

### Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR.(A)  
**THOMAZ RAVEL PEREIRA DA SILVA**

RG

FOI ATENDIDO (A) POR **CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA**

DO (A) **AREA LARANJA - UDC A**

NO DIA **09/12/2019 16:07:36** , NECESSITANDO DE **90** - noventa

DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENCA

CID: M79.6 - Dor em membro

S52.5 - Fratura da extremidade distal do rádio

OBSEVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTOLOGO  
(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89312 DE 23/01/84, E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

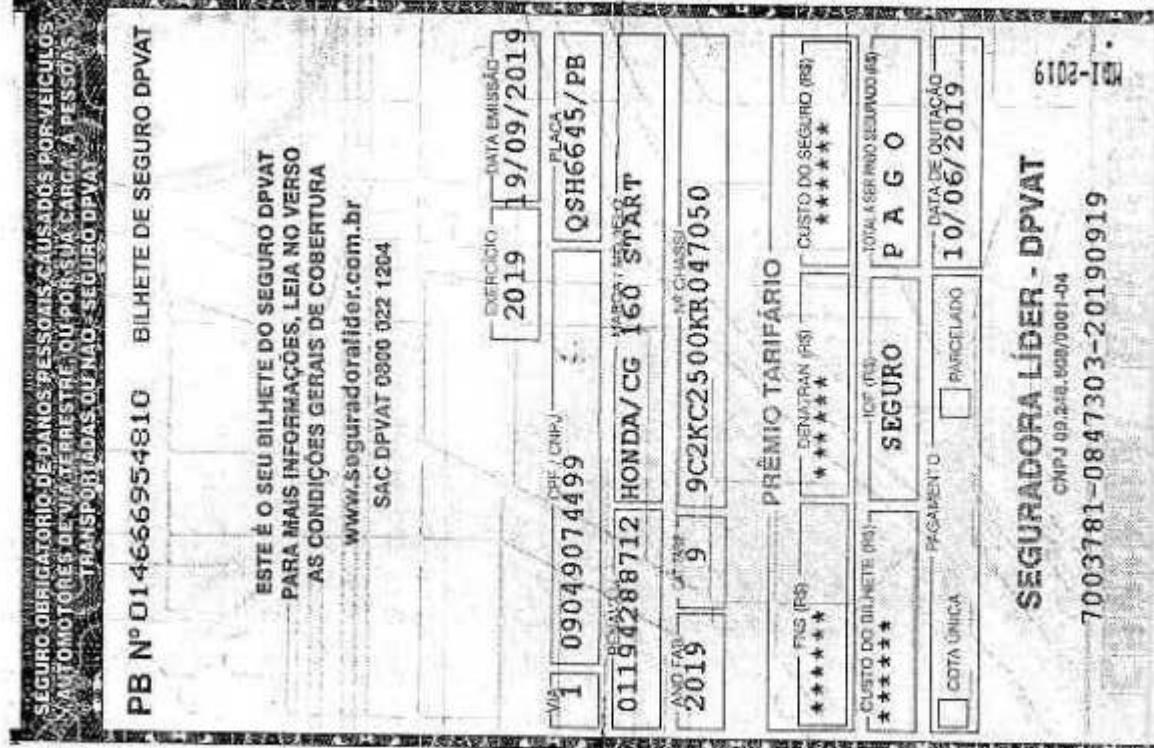
CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA  
0902/PB,





DEPARTMENT

NB HUNDRED



**SEGURÓ DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS**

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO -

WITM 15

CPE DA VITIMA DATA DO ACIDENTE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL - CUIO PARANTESCO COM

AVITINA

ENDERECOS PÚBLICOS

CAMPAGNE DE BALKANS

卷之三

卷之三

MÁSCARA (1) PARA CADA DOCUMENTO ENTRETELE.

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVA IDEZ PERMANENTE

- ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- ) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML  
 ) (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LÉGÍVEL)

) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LÉGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

- (**ORIGINAL**)  
1. ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMAM OS DADOS BANCÁRIOS, TALIS COM COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ) CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO DIRETIVO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

**DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)**

- DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDAO DE NASCIMENTO OU CERTIDAO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO (COPIA SIMPLES E LEGIVEL)

( ) CPF DA VITIMA (COPIA SIMPLES E LEGIVEL)

( ) RELATORIO DO MEDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESOES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (COPIA SIMPLES E LEGIVEL)

( ) COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGIVEIS) DAS DESPESAS MEDICAS HOSPITALARES QUITADAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGIVEIS) DE FARMACIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUARIO MEDICO (COPIA SIMPLES E LEGIVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDENCIA EM NOME DA VITIMA (COPIA SIMPLES E LEGIVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCARIOS TAI COMO COPIA DE FOIHA DE CHEQUE OU CARTAO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

**- INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

<p><b>MORTE = R\$ 15.500,00</b></p> <p><b>INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.</b></p> <p><b>DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR</b></p>	<p><b>VALORES DE INDENIZAÇÃO</b></p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**

  - MORTE » R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE » ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDA  
DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DIAMDS) » REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR  
VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

BESONDEN LIJKE BELEID BERICHTEN IN DE SECTIEBAUDI

卷之三

Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 29, No. 1, January 2004  
DOI 10.1215/03616878-29-1 © 2004 by The University of Chicago

ACQUAINTED WITH THE  
NAME OF THE PERSON

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0150904/20

**Vítima:** THOMAS RAVELLE PEREIRA DA SILVA

**CPF:** 090.490.744-99

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 09/12/2019

**Titular do CPF:** THOMAS RAVELLE PEREIRA DA SILVA

**Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**THOMAS RAVELLE PEREIRA DA SILVA : 090.490.744-99**

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](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: 28/05/2020  
Nome: THOMAS RAVELLE PEREIRA DA SILVA  
CPF: 090.490.744-99

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/05/2020  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

THOMAS RAVELLE PEREIRA DA SILVA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200194090      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** THOMAS RAVELLE PEREIRA DA      **Data do acidente:** 09/12/2019      **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO SILVA      BRASIL S. A.

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

**Data da análise:** 02/06/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO. P1  
TRAUMA CONTUSO NO TORNOZELO ESQUERDO COM LESÃO LIGAMENTAR. P3

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PUNHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>