

---

**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



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, 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](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: 090.490.777-99 3 - CPF da vítima: 090.490.777-99 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 Nº 445/2012

5 - Nome completo: Thomas Ravelle Pereira da Silva 6 - CPF: 090.490.777-99  
7 - Profissão: Revisor 8 - Endereço: Rua Cidade de Aparecida 9 - Número: 579 10 - Complemento: caso  
11 - Bairro: Industriais 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58083-595  
15 - E-mail: (33) 98855-1045 16 - Tel.(DDD): (33) 98855-1045

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Bradesco  
AGÊNCIA: 0308   CONTA: 57260

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 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 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: ☐ 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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.

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

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 27/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



## 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 Nº 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, acredito 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.

Senhor(a) 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.

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



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 19 de maio de 2020.

*Everaldo*

EVERALDO MARTINS DA COSTA  
Escrivão de Polícia Civil

*Thomas Ravelle Pereira Da Silva*  
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 Nº 445/2012

5 - Nome completo: Thomas Ravelle Pereira da Silva 6 - CPF: 090.490.744-99  
7 - Profissão: Recenseado 8 - Endereço: Rua Cidade de Aparecida 9 - Número: 579 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Industriais 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58083-595  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (33) 98855-1045

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0308 CONTA: 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 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 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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.

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 27/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



## Acesso à Conta

### MINHAS CONTAS



**Corrente** *Bradesco*

2108 | 0057260-8







**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Cassio de Almeida Lucena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUIE**  
*o trabalho*

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

**Boletim de Atendimento: 1209123**



<b>Identificação do paciente</b>						
ID 1464925	Nome THOMAZ RAVEL PEREIRA DA SILVA			Sexo Masculino		
Data de nascimento 10/07/1995	Idade 24 anos 4 meses 29 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe MARIA DAS DORES PEREIRA	Pai					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)					
DDD Celular 83	Celular 988433172	DDD	Telefone			
Tipo documento	Número documento	Nº Cns				
Local de procedência BR 230	Tipo BAIRRO		UF PB			
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R				
<b>Endereço</b>						
CEP 58083591	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CIDADE DE APARECIDA			
Número SN	Complemento	Bairro INDÚSTRIAS				
<b>Admissão</b>						
Data e Hora 09/12/2019 13:19:56	Número da pulseira 1000007189486	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente RUA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO				
<b>Indicadores e Transporte</b>						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou					
<b>Sinais Vitais</b>						
PA 110 x 70 mmHg	Pulso 90	Temperatura 37.5				
<b>Exames complementares</b>						
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Líquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos Paciente lota. subleito com qvixen de dur em MID, vsga atuga medtante.						
Diagnóstico						CID
Atendido por TELMO FIGUEIREDO QUIRINO						Tempo 01min 01seg

Imprimer

\* ALTA DA CIRURGIA GERAL

Dr. Leonardo Soares de Lima  
Cirurgião Geral em ORÇUGUA  
2002.11.10

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: 000000057260-8

Nr. Autenticação

BRADESCO080620200500000000002370210800000005726084375 PAGO



Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC)

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.016-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

At. de a  
crédito e  
do o ei

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME SEU 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
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
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   PROXIMA LEITURA						
1692		1705	13	30	10/01/2020	
HIST. CONS./ANOR. LEIT.   QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
NOV/2019		13	PARAMETROS EXIG.		ANALIS. CONFORMES	
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
MEDIA(M)		11	DADOS REFERENTES A: OUT/2019			
DATA DA IMPRESSÃO: 11/12/2020						

DATA DA IMPRESSÃO: 11/12/2019 HORA DA IMPRESSÃO: 23:45:24

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	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

**CONDIÇÃO DE LEITURA:** REALIZADA  
**CONDIÇÃO DO FATURAMENTO:** REAL **TIPO DE TARIFA:** 1

**INFORMAÇÕES GERAIS:**  
A CAGEPA DESEJA AOS SEUS CLIENTES UM FELIZ NATAL E PROSPERO ANO NOVO.



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





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 vítima 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 RADIO 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 TRINDADE  
AUDITOR CVB/HETSHL  
CRM - 3920  
Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade  
Médico Auditor - HETSHL  
Mat. 29.031-9/ 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



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SEGUE  
o trabalho

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

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

RADIOGRAFIA DE PÉ / DEDOS DO PÉ ESQUERDO

## CID10

M79.6 - Dor em membro

## Conduta

Em observação

Enfermeiro

Dr. Leonardo Soares de Lima  
Cirurgia-Geral/Videocirurgia  
CRM 2170/PB

LEONARDO SOARES DE LIMA  
(: 2170/PB)

Boletim registrado por: TELMO FIGUEIREDO QUIRINO em 09/12/2019 13:20:57



# Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA



SEGUE  
o trabalho

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

Paciente <b>THOMAZ RAVEL PEREIRA DA SILVA</b>	BAE <b>1209123</b>	Data/Hora Entrada <b>09/12/2019 13:19:56</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>10/07/1995</b>	Idade <b>24a 4m 29d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 988433172</b>
Mãe <b>MARIA DAS DORES PEREIRA</b>			Prontuário
Endereço <b>CIDADE DE APARECIDA, SN</b>	Bairro <b>INDÚSTRIAS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA</b>	Nº Cons. Regional <b>6902/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>09/12/2019 13:19:56</b>		Data/Hora Prescrição <b>09/12/2019 16:14:23</b>	

## 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  
(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, VÔMITOS E CONVULSÕES. NÃO TEM ALERGIA A MEDICAMENTOS. E.C. GLASGOW = 15 ORTOPEDIA PACIENTE COM E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS PUNHO DIREITO E TORNOZELO ESQUERDO ESCORIAÇÕES EM TORNOZELO ESQUERDO RX FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO FECHADA COM PEQUENO DESVIO LESÃO LIGAMENTAR TORNOZELO 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 TORNOZELO 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  
CRM PB 6902, CRM RJ 22631  
Régio 12943

Enfermeiro

CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA





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



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**



**SEGRE  
o trabalho**

**Parecer Médico**

<b>Nome</b>	<b>Idade</b>	<b>Prontuário</b>
THOMAZ RAVEL PEREIRA DA SILVA	24A 4M 29D	
<b>Boletim de Atendimento</b>	<b>Data de Entrada</b>	<b>Data Internação</b>
1209123	09/12/2019 13:19:56	
<b>Convênio</b>	<b>Leito</b>	<b>Clinica</b>
SUS		CIRURGIA GERAL
		<b>Permanência na Unidade</b>
		22min
		<b>Permanência no Leito</b>

**Parecer médico**

**Especialidade**  
ORTOPEDIA

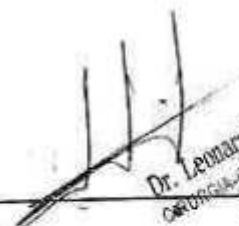
**Motivo da solicitação**  
POLITRAUMATISMOS

**Parecer**

**Profissional**

**Data da Solicitação:** 09/12/2019 13:41:29

**Data de Resposta:**

  
Dr. Leonardo Soares de Lima  
Cirurgia-Geral/Videocirurgia  
CRM 2170/PB

PRESCRIÇÃO MÉDICA




Nome THOMAZ RAVEL PEREIRA DA SILVA Motivo do Atendimento	Data de Nascimento 10/07/1995	Idade 24a 4m 29d	Sexo MASCULINO	Nº Prontuário 1209123	Data Prescrição 09/12/2019 13:42:52
Enfermaria / Leito			Validade da Prescrição 09/12/2019 13:42:00 - 10/12/2019 13:42:00		
Convenio SUS	Matrícula		Senha		

Data da entrada: 09/12/2019 13:19:56	Data da Internação:	Permanência na 24min	Permanência no
---	---------------------	-------------------------	----------------

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admin.	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
---------------------	------	------	-------------------	---------------	-------------	-----	-------------

1	SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	500,0	ML		E.V.		AGORA
2	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		AGORA
	Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML				
3	CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA)	1,0	ML		E.V.		AGORA

Reimpresso por:  dia:

  
Dr. Leonardo Soares de Lima  
CRM: 2170

LEONARDO SOARES DE LIMA  
CRM: 2170

Assinatura e Carimbo do Profissional

Nº: 563062

<b>Nome</b>		
THOMAZ RAVEL PEREIRA DA SILVA		
<b>Data de Nascimento</b>	<b>Nº Boletim Emergencia</b>	<b>Prontuario</b>
10/07/1995	1209123	
<b>Material a examinar</b>		
		<b>Data Prescrição:</b> 09/12/2019 13:42:52

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)  
RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUA)  
RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE ESQUERDO

RAIOS-X

TIPO ...  
DATA ... 09 / 12 / 19  
HORA ... 14:31 :  
NOME TÊC. RAD. : SANDIRA  
ASS. :

Dr. Leonardo Soares de Lima  
CRM 71701/PA  
Cirurgião Geral (MBO-Cirurgia)

Relimpresso por:  
dia:

Assinatura e Carimbo do Profissional



# Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SEGUE  
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2503262

Paciente <b>THOMAS RAVELLE PEREIRA DA SILVA</b>	BAE 1210706	Data/Hora Entrada 16/12/2019 10:12:15	Data Baixa 2019-12-16 11:24:26.0
Data de nascimento 10/07/1995	Idade 24a 5m 6d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 989013255
Mãe <b>MARIA DAS DORES PEREIRA</b>			Prontuário
Endereço <b>CIDADE DE APARECIDA, 175</b>	Bairro <b>INDÚSTRIAS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>OUTROS</b>	Motivo <b>RETORNO - ORTOPEDIA</b>	Profissional <b>FRANCISCO GUEDES DE SOUZA NETO</b>	Nº Cons. Regional 6371/PB
Data/Hora Classificação 16/12/2019 10:12:15		Data/Hora Prescrição 16/12/2019 11:24:33	

## ANAMNESE

#ORTOPEDIA PACIENTE RETORNO AO SERVIÇO, RELATANDO PERDA DA IMOBILIZAÇÃO AO EXAME: EGR, ADM LIMITADA, NEUROVASCULAR OK, CD:  
ANALGESIA + RX  
(16/12/2019 10:26:33-JANSEN HENRIQUES CEZARINO)

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

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ARTICULACAO 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)



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUE  
o trabalho**

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 DOENÇA

CID: **M79.6 - Dor em membro**

**S52.5 - Fratura da extremidade distal do rádio**

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTÓLOGO

(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. 89.312 DE 23/01/84, E  
SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE  
AFASTAMENTO DO TRABALHO

**CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA**

0902/PB,

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.388.598 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/11/2005

NOME THOMAS RAVELLE PEREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO JOSENILDO FRANCISCO DA SILVA  
MARIA DAS DORES PEREIRA

NATURALIDADE JOAO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 10/07/1995

DOC ORIGIN NAsc.N.5033 PLS.59 LIV.06  
CARTORIO BAYeux PB

CPF

LEI 7717, 118 DE 29/09-83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

VIA-01  
P-010

Thomas Ravelle Pereira Da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Ministério da Fazenda  
Receita Federal

**CPF**

090 490 744 - 99

THOMAS RAVELLE PEREIRA DA SILVA

10/07/1995





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB Nº 014666954810  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VIA - COD. RENAVAM - EXERCÍCIO  
1 0119428871-2 00/00000000 2019

THOMAS RAVELLE PEREIRA DA SILVA

09049074499 QSH6645/PB

NOVO PB 9C2KC2500KR047050

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

HONDA/CG 160 START 2019

2 P/162 /CI PARTIC PRETA

1 IPVA PAGO EM 00/00/0000

FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 100 (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* SEGURO P A G O 10/06/2019

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOAO PESSOA LIDER 19/09/2019

41947 7003781

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

PB Nº 014666954810 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0300 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 19/09/2019

VIA 1 09049074499 PLACA QSH6645/PB

01194288712 HONDA/CG 160 START

2019 9 9C2KC2500KR047050

PRÊMIO TARIFÁRIO

\*\*\*\*\* DENOTRAN (R\$) \*\*\*\*\* CUSTO DO SEGURO (R\$) \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\* TOTAL A SER PAGO (R\$) P A G O

\*\*\*\*\* SEGURO \*\*\*\*\* DATA DE QUITAÇÃO 10/06/2019

\*\*\*\*\* COTA ÚNICA \*\*\*\*\* PARCELADO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.249.008/0001-04

7003781-0847303-20190919

6102-101

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA \_\_\_\_\_ CPF DA VÍTIMA \_\_\_\_\_  
 DATA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM  
 A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR \_\_\_\_\_  
 Nº \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_  
 CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ 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)
- ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA 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 LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO 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 REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) 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)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO 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 REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- \* MORTE = R\$ 13.500,00
- \* 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.
- \* DESPESAS MÉDICAS (QIAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- \* O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- \* COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO O LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- \* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_  
 IDENTIDADE \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA *Shirley Paralela*  
*Ben da Silva*  
 ASSINATURA \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_  
 NOME \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA \_\_\_\_\_

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0150904/20

**Vítima:** THOMAS RAVELLE PEREIRA DA SILVA

**CPF:** 090.490.744-99

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

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

**CPF de:** Próprio

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

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-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

THOMAS RAVELLE PEREIRA DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

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 dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75