



Número: **0808918-73.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **03/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
THOMAS RAVELLE PEREIRA DA SILVA (AUTOR)		RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO) JHANSEN FALCAO DE CARVALHO DORNELAS (ADVOGADO) RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37411429	03/12/2020 09:37	2770474_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 15821370





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

Rio de Janeiro, 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.

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: 090.490.744-99 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: Reformado 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)

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 do 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 (se nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

001 V002/2019

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 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.

Procedimento Policial: 00074.01.2020.1.02.008



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 MARTINS DA COSTA
Escrivão de Polícia Civil

Thomas Ravelle Pereira Da Silva
THOMAS RAVELLE PEREIRA DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 00074.01.2020.1.02.008

2/2





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: 090.490.744-99 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: Reformado 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 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 do 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 (se nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

001 V002/2019



11:29

4G



Acesso à Conta

MINHAS CONTAS



Corrente *Bradesco*

2108 | 0057260-8



09/12/2019

CDI → ORTO

- TMed

*



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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGRE
o trabalho**

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

Boletim de Atendimento: 1209123



Identificação do paciente			
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
Mãe MARIA DAS DORES PEREIRA	Pai		Previdência
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	
Endereço			
CEP 58083591	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CIDADE DE APARECIDA
Número SN	Complemento	Bairro INDÚSTRIAS	
Admissão			
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	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA 110 x 70 mmHg	Pulso 90	Temperatura 37°C	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []		ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente lotado, subleito com queixas de dor em abd., vaga alguns medicamentos.			
Diagnóstico			CID
Atendido por TELMO FIGUEIREDO QUIRINO			Tempo 01min 01seg

Imprimir

* ALTA DA CIRURGIA GERAL

Dr. Leonardo Soares de Lima
Cirurgião Geral - FIC - CIRURGIA
CMA 214022

versão 0.0.0.0 - Boletim de Atendimento de Emergência - do?perform=Imprimir&id=1209123

1/1

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 09:37:01

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120309370154000000035696373

Número do documento: 20120309370154000000035696373

Num. 37411429 - Pág. 9

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

Atenção: O cliente deve apresentar este documento ao pagar a conta.

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
			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					

DADOS REFERENTES A: OUT/2019

DATA DA IMPRESSÃO: 11/12/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 23:45:24

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - R\$ 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 09:37:01

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120309370154000000035696373>

Número do documento: 20120309370154000000035696373



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 TERCIO TRINDADE
AUDITOR CIVIL 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

SEQUE
o trabalho

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

Paciente THOMAZ RAVEL PEREIRA DA SILVA	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 MARIA DAS DORES PEREIRA			Prontuário
Endereço CIDADE DE APARECIDA, SN	Bairro INDÚSTRIAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LEONARDO SOARES DE LIMA	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/Videolaparoscopia
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 THOMAZ RAVEL PEREIRA DA SILVA	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 MARIA DAS DORES PEREIRA			Prontuário
Endereço CIDADE DE APARECIDA, SN	Bairro INDÚSTRIAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA	Nº Cons. Regional 6902/PB
Data/Hora Classificação 09/12/2019 13:19:56		Data/Hora Prescrição 09/12/2019 16:14:23	

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 13:47:55-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 6902-2019
13/07/2019

Enfermeiro

CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA





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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Parecer Médico

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

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/Vitod-Cirurgia
CRM 2170/PB





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 09/12/2019 13:43
Usuário: LEONARDO
Boleim: 1209123



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

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

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

Reimpresso por: dia:

LEONARDO SOARES DE LIMA
CRM: 2170

Dr. Leonardo Soares de Lima
CRM: 2170
Coordenador Geral de Emergência e Trauma

Assinatura e Carimbo do Profissional

REQUISICÃO DE EXAMES DE IMAGEM Nº: 563062

Nome THOMAZ RAVEL PEREIRA DA SILVA	
Data de Nascimento 10/07/1995	Nº Boletim Emergência 1209123
Prontuário	
Material a examinar	
Data Prescrição: 09/12/2019 13:42:52	

EXAME DE IMAGEM

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 TEC. RAD.: SANDIRA
ASS.: _____

Dr. Leonardo Soares de Lima
CRM 17701/PA
Cirurgião Especialista em Ortopedia e Traumatologia

Reimpresso por:
dia:

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) Imprimir cópias separadas para entrega a laboratório patológico



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Governador 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 THOMAS RAVELLE PEREIRA DA SILVA	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	CNS
Mãe MARIA DAS DORES PEREIRA			Telefone de Contato (83) 989013255
Endereço CIDADE DE APARECIDA, 175	Bairro INDÚSTRIAS	Município JOÃO PESSOA	Prontuário
Acidente OUTROS	Motivo RETORNO - ORTOPEDIA	Profissional FRANCISCO GUEDES DE SOUZA NETO	UF PB
Data/Hora Classificação 16/12/2019 10:12:15		Data/Hora Prescrição 16/12/2019 11:24:33	Nº Cona, Regional 6371/PB

ANAMNESE

#ORTOPEDIA PACIENTE RETORNO AO SERVIÇO, RELATANDO PERDA DA IMOBILIZAÇÃO AO EXAME: EGR. ADM LIMITADA, NEUROVASCULAR OK. CD: ANALGESIA + RX
(16/12/2019 10:24:33-JANSEN HEINRIQUES CEZARINO)

PACIENTE RETORNA DO EXAME RADIOGRÁFICO, 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 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)





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

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
CRM/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
REGISTRO GERAL	3.388.598	DATA DE EMISSÃO	26/11/2005
THOMAS RAVELLE PEREIRA DA SILVA			
FILIAÇÃO	JOSENILDO FRANCISCO DA SILVA MARIA DAS DORES PEREIRA		
NATURALIDADE	JOÃO-PESSOA-PB	DATA DE NASCIMENTO	10/07/1995
DOC. OBRIG.	NASC. N. 5033 FLS. 59 LIV. 06 CARTÓRIO RAYKUX PB		
CPF	090.490.744-99		
LEI Nº 7.115 DE 29/09/83		CARTEIRA DE IDENTIDADE	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB Nº 014666954810
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
PR.T. 20190000416244-0 EXERCÍCIO: 2019

VIA 1 0119428871-2 00/00000000 2019

LAURE 0097853921

THOMAS RAVELLE PEREIRA DA SILVA

09049074499 QSH6645/PB

NOVO PB 9C2KC2500KR047050

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

HONDA/CG 160 START

2 P/162 /CI PARTIC PRETA

1 PVA PAGO EM 00/00/0000

FAIXA IPVA 1 2 3

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000

PARCELAMENTO/COTAS 1 2 3

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000

DATA DE PAGAMENTO 10/06/2019

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOAO PESSOA - LIDER 41947 19/09/2019 7003781

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA 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 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 19/09/2019

VIA 1 09049074499 QSH6645/PB

01194288712 HONDA/CG 160 START

2019 9 9C2KC2500KR047050

PREMIO TARIFARIO

FUS (R\$) *****

DETRAN (R\$) *****

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) *****

ICF (R\$) *****

SEGURO P A G O

TOTAL (SEGURO+SEGURO (R\$) *****

DATA DE QUITAÇÃO 10/06/2019

SEGUROADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.928/0001-04
7003781-0847303-20190919



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____ CPF DA VÍTIMA _____
DATA DO ACIDENTE _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO 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, TALS 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 É 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, TALS 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 É 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 (DAMS) - 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 OU LEU GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
IDENTIDADE _____
ASSINATURA *Shirley Paralle*
Shirley da Silva

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.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/12/2019

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 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

