



Número: **0809310-13.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **16/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO (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
38484 850	18/01/2021 16:03	2778037_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, 20 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200254581

Vítima: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

Data do Acidente: 23/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15955636

Pag. 00293/00294 - carta_01 - INVALIDEZ

00020147





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, 30 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200254581

Vítima: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

Data do Acidente: 23/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

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

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

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

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

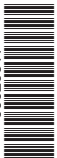
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01233/01234 - carta_25 - INVALIDEZ

00020617





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, 13 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200254581

Vítima: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

Data do Acidente: 23/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO**

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

Banco: **655**

Agência: **000000655**

Conta: **000006738457-9**

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





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, 05 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200254581

Vítima: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

Data do Acidente: 23/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 05/10/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01003/01004 - carta_09 - INVALIDEZ

00020502



Carta nº 16189295



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200254581 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AMANDA FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 23/03/2020 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.
LAURINDO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA, COM DESVIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P2 P5 P10)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO 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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3200254581** 3 - CPF da vítima: **016.486.934-40** 4 - Nome completo da vítima: **AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO**

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

5 - Nome completo: **AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO** 6 - CPF: **016.486.934-40**
7 - Profissão: **RECUSO** 8 - Endereço: **RUA GERALDO FRANCISCO DOS SANTOS** 9 - Número: **106** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **GRAMAME** 12 - Cidade: **JOÃO PESSOA** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58088-355**
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): **(083) 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) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: **VOTORANTIM**
AGÊNCIA: **0655** CONTA: **6738457** 9

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

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ 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 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 16:03:05

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011816030463500000036698153

Número do documento: 21011816030463500000036698153



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 ASI: **016.486.934-40** 3 - CPF da vítima: **016.486.934-40** 4 - Nome completo da vítima: **Amanda Ferreira da Silva Mourão**

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

5 - Nome completo: **Amanda Ferreira da Silva Mourão** 6 - CPF: **016.486.934-40**
7 - Profissão: **Recusa** 8 - Endereço: **Gerardo Francisco dos Santos 106** 9 - Número: **106** 10 - Complemento: **Recusa**
11 - Bairro: **Graname** 12 - Cidade: **João Pessoa** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58088-355**
15 - E-mail: **(83) 98855-1045** 16 - Tel. (DDD): **(83) 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: **Gerardo Francisco dos Santos**
18 - CPF do Representante Legal: **016.486.934-40** 19 - Profissão do Representante Legal: **Recusa**

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: **Neon**
AGÊNCIA: **0655** CONTA: **673845-7** **9**
(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: **29/10/2020**
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: **Gerardo Francisco dos Santos**
28 - Vítima teve filhos? ☐ **Sim** ☐ **Não** 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: **30 - Vítima deixou nascituro (vul nascido)?** ☐ **Sim** ☐ **Não** 31 - Vítima teve irmãos? ☐ **Sim** ☐ **Não** 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: **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: **Gerardo Francisco dos Santos**

CPF: **016.486.934-40**

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: **Gerardo Francisco dos Santos**

CPF: **016.486.934-40**

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **João Pessoa 29/10/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Amanda Ferreira da Silva Mourão**

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

natura do Representante Legal (se houver)

EXEMPLO DE ASSINATURA



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 044861.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 044861.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Anderson Wagner Silva Tavares, matrícula 1824210 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 13:37 min do dia 10/07/2020, na Delegacia Online, **JOBSON ASSUERO DA SILVA LAURINDO**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão AUTÔNOMO, natural de João Pessoa, nascido(a) em 30/12/1987, idade 32, estado civil Casado (a), de cor Parda, filho(a) de MARIA DA SILVA LAURINDO e LUIZ ARNALDO LAURINDO, CPF 099.051.094-80, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Geraldo Francisco dos Santos, nº 106, bairro Gramame, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58068355, telefone(s) 83988551045, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 23/03/2020 07:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: RUA ABELARDO TARGINO DA FONSECA, BAIRRO DO GEISEL, João Pessoa/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NA MANHÃ DO DIA 23/03/2020, POR VOLTA DAS 07:00, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO ONDE SEGUIA NA MOTOCICLETA MARCA HONDA, MODELO NXR 150 BROS ES, DE COR PRETA, PLACA NQD-5004/PB, ANO 2011, CHASSI 9C2KD0550BR008362, CADASTRADA EM NOME DO DECLARANTE, ONDE NA OCASIÃO LEVA COMO CARONA A SENHORA AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO, QUE QUANDO TRAFEGAVA NA RUA ABELARDO TARGINO DA FONSECA, NO BAIRRO DO GEISEL, EM JOÃO PESSOA-PB, UMA MOTOCICLETA DE PLACAS E CONDUTOR DESCONHECIDOS CRUZOU A FRENTE DA MOTO DO DECLARANTE, NÃO DANDO TEMPO DO MESMO EVITAR A COLISÃO, VINDO A CARONA CAIR E SE MACHUCAR, SENDO SOCORRIDA POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE PASSOU POR PROCEDIMENTOS MÉDICOS CABÍVEIS, VINDO A REALIZAR A CIRURGIA DA FRATURA DO ACIDENTE NO DIA 30/30/2020, NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA.

Jobson

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle, www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Jobson Assuero da Silva
JOBSON ASSUERO DA SILVA

DB4F60DBCAA032640696973EEC9B03EA

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Nº 044861.01.2020.0.00.704

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 ASI: **016.486.934-40** 3 - CPF da vítima: **016.486.934-40** 4 - Nome completo da vítima: **Amanda Ferreira da Silva Laurindo**

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

5 - Nome completo: **Amanda Ferreira da Silva Laurindo** 6 - CPF: **016.486.934-40**
7 - Profissão: **Recusa** 8 - Endereço: **Gerardo Francisco dos Santos 106** 9 - Número: **106** 10 - Complemento: **Barro**
11 - Bairro: **Graname** 12 - Cidade: **João Pessoa** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58088-355**
15 - E-mail: **(83) 98855-1045** 16 - Tel. (DDD): **(83) 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: **Gerardo Francisco dos Santos**
18 - CPF do Representante Legal: **016.486.934-40** 19 - Profissão do Representante Legal: **Recusa**

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: **0655** CONTA: **673845-7**
(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: **29/10/2020**
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: **Gerardo Francisco dos Santos**
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: **30 - Vítima deixou nascituro (vul nascido)?** ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: **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: **Gerardo Francisco dos Santos**

CPF: **016.486.934-40**

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: **Gerardo Francisco dos Santos**

CPF: **016.486.934-40**

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **João Pessoa 29/10/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Amanda Ferreira da Silva Laurindo**

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

natura do Representante Legal (se houver)

EXIBIR CÓPIA



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

BANCO: 655

AGÊNCIA: 00655

CONTA: 000006738457-9

Nr. da Autenticação 9D505A795DD6CF35





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 16:03:05

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011816030463500000036698153>

Número do documento: 21011816030463500000036698153







JOSION ASSUEIRO DA SILVA LAURINDO
RUA GERALDO FRANCISCO DOS SANTOS, 108 - GRAMAINE
JOÃO PESSOA / PB CEP: 5808955 (AQ 1)

CPF/CNPJ/RANI: 039.051.034-80

Grupo CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo B1
Cidade RES MTC B1 / Subclass: RESIDENCIAL
Ligação MONOFÁSICO
Rótulo 11-2-854-2870 Nº Medidor: 00000813489

 UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1635060-5

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 90016350605

 VALOR DA FATURA R\$ 99,33	 VENCIMENTO 06/04/2020
 REFERÊNCIA Mar / 2020	 CONSUMO 116kWh
3.97 kWh MÉDIA DIÁRIA LEITURA CONFIRMADA	
SITUAÇÃO DE DÉBITOS	

cep. 58068-353

Scanned by CamScanner



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



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

RUA PEDRO GONDIM, S/N - - CNES: 122343 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1230619



Identificação do paciente

ID 1496522	Nome AMANDA FERREIRA LAURINDO			Sexo Feminino
Data de nascimento 30/12/1989	Idade 30 anos 3 meses 6 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 121869
Mãe WILMA MARIA TEIXEIRA FALCAO	Pai			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) JACKSON VLUIZ - CUNHADO(A)			
DDD Celular 83	Celular 988624610	DDD	Telefone	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns		
Local de procedência ERNESTO GEISEL	Tipo BAIRRO		UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

Endereço

CE 58075693	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Lugar JOSIAS BARBOSA FERREIRA (CUIÁ)
Número 207	Complemento	Bairro ERNESTO GEISEL	

Admissão

Data e Hora 23/03/2020 08:12:13	Número da pulseira 1000008841895	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	

Classificação de risco

Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Origem do paciente RUA
		Detalhe do acidente MOTO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
---------------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
JOSINETE BARBOSA DA CUNHA

CID

Tempo
01seg

Imprimir

6:8080/cvb/pages/boletimEmergencia.do?perform=imprimir&id=1230619

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 16:03:05
http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011816030463500000036698153
Número do documento: 21011816030463500000036698153

Num. 38484850 - Pág. 13



Documento de Alta

Nome: AMANDA FERREIRA LAURINDO			Número Prontuário: 121869
Data de Nascimento: 30/12/1989	Sexo: Feminino	Data de Internação: 23/03/2020 18:47:54	Data de Alta: 23/03/2020 20:34:40
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: # ORTOPEDIA QUEDA DE MOTO AS 7 HORAS DA MANHÃ DE HOJE. REFERE DOR NA CLAVICULA/OMBRO DIREITO AO EXAME: BEG. NEUROVASCULAR PRESERVADO, ADM PREJUDICADO PELA DOR RX APRESENTANDO FRATURA DE TERÇO DISTAL DE CLAVÍCULA DIREITA COM DESVIO CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANALGESIA IMOBILIZAÇÃO PRECEPTOR: DR. STEFFERSON OBS: - ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL ORIENTA SOMENTE INTERNAÇÃO POR MOTIVO DE EXTREMA URGÊNCIA DEVIDO A PANDEMIA; - CARTÃO DE RETORNO NO CEREST COM DR. PORTELA;			
Resumo da internação: # ORTOPEDIA QUEDA DE MOTO AS 7 HORAS DA MANHÃ DE HOJE. REFERE DOR NA CLAVICULA/OMBRO DIREITO AO EXAME: BEG. NEUROVASCULAR PRESERVADO, ADM PREJUDICADO PELA DOR RX APRESENTANDO FRATURA DE TERÇO DISTAL DE CLAVÍCULA DIREITA COM DESVIO CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANALGESIA IMOBILIZAÇÃO PRECEPTOR: DR. STEFFERSON OBS: - ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL ORIENTA SOMENTE INTERNAÇÃO POR MOTIVO DE EXTREMA URGÊNCIA DEVIDO A PANDEMIA; - CARTÃO DE RETORNO NO CEREST COM DR. PORTELA;			
Resultado de Exames: # ORTOPEDIA QUEDA DE MOTO AS 7 HORAS DA MANHÃ DE HOJE. REFERE DOR NA CLAVICULA/OMBRO DIREITO AO EXAME: BEG. NEUROVASCULAR PRESERVADO, ADM PREJUDICADO PELA DOR RX APRESENTANDO FRATURA DE TERÇO DISTAL DE CLAVÍCULA DIREITA COM DESVIO CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANALGESIA IMOBILIZAÇÃO PRECEPTOR: DR. STEFFERSON OBS: - ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL ORIENTA SOMENTE INTERNAÇÃO POR MOTIVO DE EXTREMA URGÊNCIA DEVIDO A PANDEMIA; - CARTÃO DE RETORNO NO CEREST COM DR. PORTELA;			
Tratamento: # ORTOPEDIA QUEDA DE MOTO AS 7 HORAS DA MANHÃ DE HOJE. REFERE DOR NA CLAVICULA/OMBRO DIREITO AO EXAME: BEG. NEUROVASCULAR PRESERVADO, ADM PREJUDICADO PELA DOR RX APRESENTANDO FRATURA DE TERÇO DISTAL DE CLAVÍCULA DIREITA COM DESVIO CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANALGESIA IMOBILIZAÇÃO PRECEPTOR: DR. STEFFERSON OBS: - ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL ORIENTA SOMENTE INTERNAÇÃO POR MOTIVO DE EXTREMA URGÊNCIA DEVIDO A PANDEMIA; - CARTÃO DE RETORNO NO CEREST COM DR. PORTELA;			
Diagnóstico: S42.0 - Fratura da clavícula			
Recomendações: # ORTOPEDIA QUEDA DE MOTO AS 7 HORAS DA MANHÃ DE HOJE. REFERE DOR NA CLAVICULA/OMBRO DIREITO AO EXAME: BEG. NEUROVASCULAR PRESERVADO, ADM PREJUDICADO PELA DOR RX APRESENTANDO FRATURA DE TERÇO DISTAL DE CLAVÍCULA DIREITA COM DESVIO CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANALGESIA IMOBILIZAÇÃO PRECEPTOR: DR. STEFFERSON OBS: - ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL ORIENTA SOMENTE INTERNAÇÃO POR MOTIVO DE EXTREMA URGÊNCIA DEVIDO A PANDEMIA; - CARTÃO DE RETORNO NO CEREST COM DR. PORTELA;			

Data: 26/03/2020

JORGE JOSE SOUSA PINTO
CRM: 12278 - PB





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



Seus todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Paciente AMANDA FERREIRA LAURINDO	BAC 1230619	Data/Hora Entrada 23/03/2020 08:12:13	Data Baixa
Data de nascimento 30/12/1989	Idade 30a 2m 23d	Sexo Feminino	CNS
Mãe WILMA MARIA TEIXEIRA FALCAO	Bairro ERNESTO GEISEL	Município JOAO PESSOA	Telefone de Contato (83) 988624610
Endereço JOSIAS BARBOSA FERREIRA (CUIÁ), 207	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANDRE GUSTAVO SOARES XIMENES	Prontuário
Acidente MOTO X MOTO	Data/Hora Prescrição 23/03/2020 17:54:53	UF PB	Nº Cons. Regional 12412/PB
Data/Hora Classificação 23/03/2020 08:12:13			

ANAMNESE

ORTOPEDIA QUECA DE MOTO ÀS 7 HORAS DA MANHÃ DE HOJE, REFERE DOR NA CLAVÍCULA/OMBRO DIREITO AO EXAME: SEG. NEUROVASCULAR PRESERVADO. ADM PREJUDICADO PELA DOR RX APRESENTANDO FRATURA DE TERÇO DISTAL DE CLAVÍCULA DIREITA COM DEVIÓ CD: INTERNAMENTO PARA CIRURGIA STAFF. DR CARLOS ALBERTO

DIETA

TA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

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

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V. 24H, 0,0 (MG/SM)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 8/8H, 0,0 (MG/SM)

Diluir

PARACETOL 50MG/ML INJETÁVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (SE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 8/8H

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

ELETROCARDIOGRAMA

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

PROTEÍNA C REATIVA ULTRA SENSÍVEL - PCR

TGO (ASPARTATO AMINOTRANSFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANSFERASE/ALT)

UREIA

IONOGRAMA

Dr. André G. S. Ximenes
Médico
CRM-PB 12412

CID10



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 16:03:05

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011816030463500000036698153>

Número do documento: 21011816030463500000036698153

Num. 38484850 - Pág. 15



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

USUÁRIO: ANDRÉ GUSTAVO
BOLÉIM: 1230619

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: AMANDA FERREIRA LAURINDO
Motivo do Atendimento: Enfermaria / Leito

Data de Nascimento: 30/12/1989
Idade: 30a 2m 23d
Sexo: FEMININO
Nº Prontuário: 1230619
Data Prescrição: 23/03/2020 17:54:53

Validade da Prescrição: 23/03/2020 17:54:53 - 24/03/2020 17:54:00

Matrícula:
Permanência na: 9h 44min
Permanência no:
SUS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admin.	Veloc. Inf.	Pos	Aproximado
1 DIETA LIVRE	0,0			ORAL			
2 DIPIRONA 600 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.			23 05 11 17
3 ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML)	10,0	ML		E.V.			23 07 15
4 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	8,0	ML		E.V.			23 07 15
5 OMEPRAZOL	10,0	ML		E.V.			1 2 3 4
6 TRAMADOL 50MG ML INJETÁVEL (AMPOLA 2ML)	200,0	ML		ORAL			23 07 15
7 CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA)	100,0	ML		E.V.			23 07 15
8 CURATIVO	1,0	ML		E.V.			23 07 15
9 SSVV + CCGG	0,0						23 07 15

Reimpresso por:
dia:

paciente não encontrado

Dr. André Gustavo Soares Ximenes
CRM: 12412

ANDRÉ GUSTAVO SOARES XIMENES
CRM: 12412

Assinatura e Carimbo do Profissional

Universitário
ESPERANÇA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA

AV. CAPITÃO JOSE PESSOA, Nº 919 - JAGUARIBE - JOÃO PESSOA PB

CNPJ: 40.980.914/0001-80 TEL: (83) 2108-0707

Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR. (A)
AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO
RG 3581064

FOI ATENDIDO(A) POR DR TEMISTOCLES

DO(A) HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA

NO DIA 30/03/2020 07:10, NECESSITANDO DE 120 DIAS DE REPOUSO,
POR MOTIVO DE DOENÇA.

CID: S420

OBSERVAÇÃO: SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA DIREITA COM
FIXAÇÃO POR PLACA E PARAFUSOS. NA DATA DE HOJE

AUTORIZO O MÉDICO A REGISTRAR O DIAGNÓSTICO CODIFICADO CID E POR EXTENSO NESTE ATESTADO
MÉDICO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

J. Pessoa 30/03/2020 Temistocles de A. R. Filho
LOCAL E DATA ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PB: 7618 / TECT: 15747 / RQE: 5245

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO
ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO Nº 89.312 DE 23/01/84,
E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO.

Hospital Universitário Nova Esperança
Av. Capitão José Pessoa, 919 - Jaguaribe
João Pessoa - PB - Tel.: (83) 2108-0707

Digitizado com CamScanner



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA
Av. Capitão José Pessoa, Nº 919 Jaguaribe - João Pessoa/PB
CNPJ: 40.980.914/0001-80 Tel.: (83) 2108-0707

Hospital Universitário
NOVA ESPERANÇA

Detenção Farmácia ou Droga:

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ENTE: FUNDAÇÃO JOSÉ LEITE DE SOUZA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA CNPJ: 40.980.914/0001-80
AVENIDA CAPITÃO JOSÉ PESSOA, 919 JAGUARIBE - JOÃO PESSOA - PB

DATA: 30 de março de 2020

MÉDICO: TENISTOCLES DE ALMEIDA RIBEIRO FILHO

PACIENTE: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

ENDEREÇO: RUA GERALDO FRANCISCO DOS SANTOS, 106

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

USO ORAL

1- CIPROFLOXACINO 500MG-----02CX ✓ 8 hrs manha e tarde
TOMAR 01 COMP DE 12/12HS POR 15 DIAS Se vai da 14:00hs?

20.00 Mes Unio

Ident. Comprador:

Ident. Fornecedor:

Nome:

RG:

UF:

Data:

Fone:

Cidade:

UF:

Data:

Ass. Farmacêutico / Data

Fone:

Cidade:

UF:

Data:

Ass. Farmacêutico / Data

Tenistocles de A. R. Filho
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGO
CRM-PB: 7618 / TEOT: 15247 / ROR

Tenistocles de A. R. Filho
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGO
CRM-PB: 7618 / TEOT: 15247 / ROR

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA - JOÃO

Hospital Universitário
NOVA ESPERANÇA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA

AV. CAPITÃO JOSE PESSOA, Nº 919 - JAGUARIBE - JOÃO PESSOA PB

CNPJ: 40.980.914/0001-80 TEL: (83) 2108-0707

Paciente...: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO
Data Nasc.: 30/12/1989 Idade: 30

Data Atendimento: 30/03/2020

Sexo....: FEMININO

NºAtend.: 36699

RECEITUÁRIO

DESCRIÇÃO:

USO ORAL

1- MAXSULID 1 - VIOX
TOMAR Q1 COMP DE 12/12HS POR 5 DIAS

2- LISADOR 2 - VIOX
TOMAR Q1 COMP DE 8/8HS

✓ 8 HRS manhã 20:00
10 HRS na noite
5 HRS manhã 11:00 HRS
noite 19:00 HRS

Hospital Universitário Nova Esperança
Av. Capitão José Pessoa, 919 - Jaguaribe
João Pessoa - Paraíba - Tel.: (83) 2108-0707

Temístocles de A. R. Filho
Otorrinolaringologista
CRM 10.172/1997-RDE 326





Hospital Universitário
NOVA ESPERANÇA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA
Av. Capitão José Pessoa, Nº 919 Jaguaribe - João Pessoa/PB
CNPJ: 40.980.914/0001-80 Tel.: (83) 2108-0707

1ª Via Retenção Farmácia ou Drograria

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

FUNDAÇÃO JOSÉ LEITE DE SOUZA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA CNPJ: 40.980.914/0001-80
AVENIDA CAPITÃO JOSÉ PESSOA, 919 JAGUARIBE - JOÃO PESSOA - PB

DATA: 30 de março de 2020

MÉDICO: TENISTOCLES DE ALMEIDA RIBEIRO FILHO

PACIENTE: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

ENDEREÇO: RUA GERALDO FRANCISCO DOS SANTOS 106

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

USO ORAL

1- CLORIDRATO DE TRAMADOL 50MG-----02CX

TOMAR Q1 COMP DE 8/8HS SE DOR INTENSA

Ident. Comprador:

Ident. Fornecedor

Nome:

RG:

Data:

Fone:

Cidade:

UF:

Ass. Farmacêutico / Data

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA - JOÃO PESSOA - PB

Tenistocles de A. Ribeiro
Farmacêutico
CNPJ: 40.980.914/0001-80



Documento de Alta

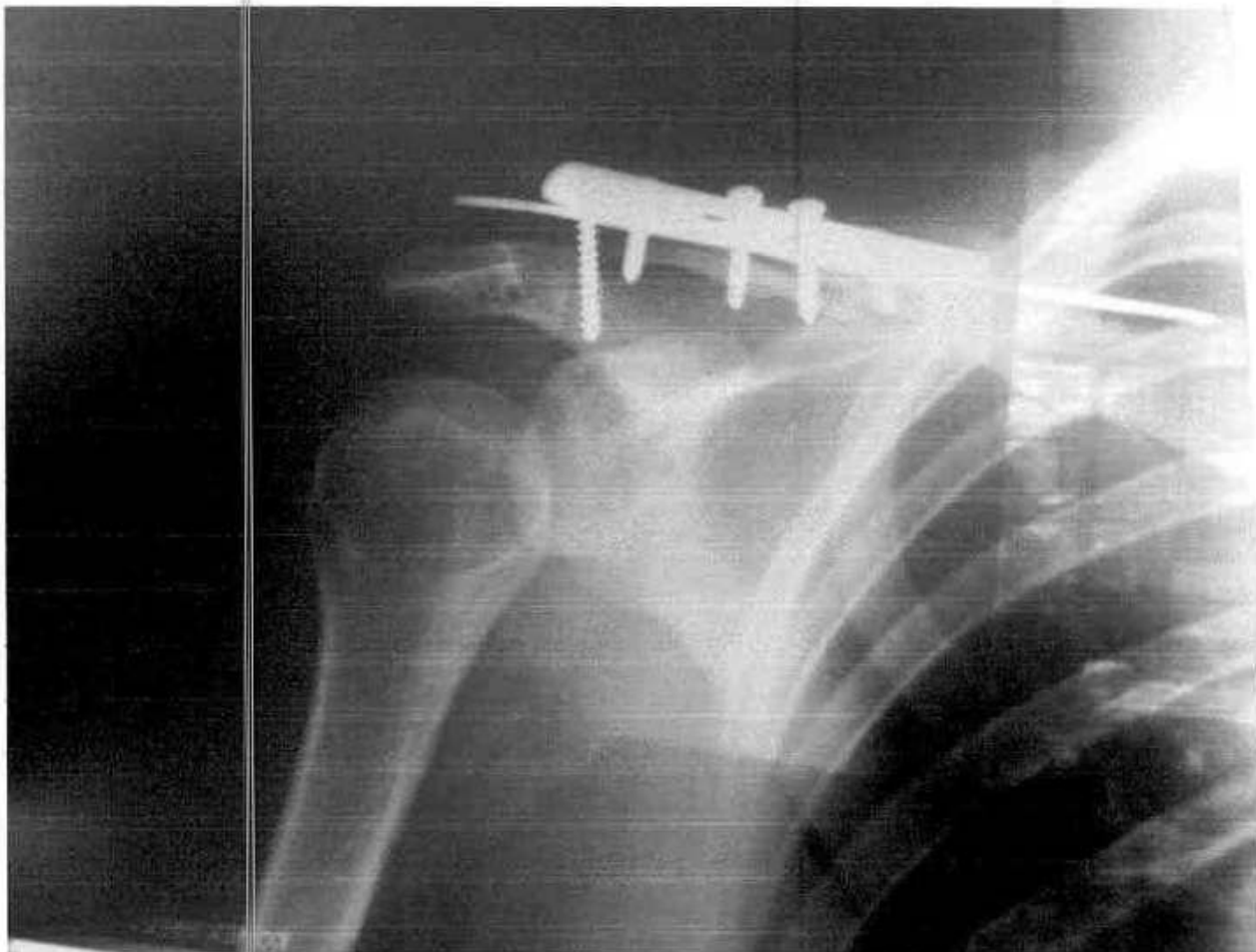
Nome: AMANDA FERREIRA LAURINDO		Número Prontuário: 121869	
Data de Nascimento: 30/12/1989	Sexo: Feminino	Data de Internação: 23/03/2020 18:47:54	Data de Alta: 23/03/2020 20:34:40
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: # ORTOPEDIA QUEDA DE MOTO AS 7 HORAS DA MANHÃ DE HOJE. REFERE DOR NA CLAVICULA/OMBRO DIREITO AO EXAME: BEG, NEUROVASCULAR PRESERVADO, ADM PREJUDICADO PELA DOR RX APRESENTANDO FRATURA DE TERÇO DISTAL DE CLAVÍCULA DIREITA COM DESVIO CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANALGESIA IMOBILIZAÇÃO PRECEPTOR: DR. STEFFERSON OBS: - ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL ORIENTA SOMENTE INTERNAÇÃO POR MOTIVO DE EXTREMA URGÊNCIA DEVIDO A PANDEMIA; - CARTÃO DE RETORNO NO CEREST COM DR. PORTELA;			
Resumo da Internação: # ORTOPEDIA QUEDA DE MOTO AS 7 HORAS DA MANHÃ DE HOJE. REFERE DOR NA CLAVICULA/OMBRO DIREITO AO EXAME: BEG, NEUROVASCULAR PRESERVADO, ADM PREJUDICADO PELA DOR RX APRESENTANDO FRATURA DE TERÇO DISTAL DE CLAVÍCULA DIREITA COM DESVIO CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANALGESIA IMOBILIZAÇÃO PRECEPTOR: DR. STEFFERSON OBS: - ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL ORIENTA SOMENTE INTERNAÇÃO POR MOTIVO DE EXTREMA URGÊNCIA DEVIDO A PANDEMIA; - CARTÃO DE RETORNO NO CEREST COM DR. PORTELA;			
Resultado de Exames: # ORTOPEDIA QUEDA DE MOTO AS 7 HORAS DA MANHÃ DE HOJE. REFERE DOR NA CLAVICULA/OMBRO DIREITO AO EXAME: BEG, NEUROVASCULAR PRESERVADO, ADM PREJUDICADO PELA DOR RX APRESENTANDO FRATURA DE TERÇO DISTAL DE CLAVÍCULA DIREITA COM DESVIO CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANALGESIA IMOBILIZAÇÃO PRECEPTOR: DR. STEFFERSON OBS: - ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL ORIENTA SOMENTE INTERNAÇÃO POR MOTIVO DE EXTREMA URGÊNCIA DEVIDO A PANDEMIA; - CARTÃO DE RETORNO NO CEREST COM DR. PORTELA;			
Tratamento: # ORTOPEDIA QUEDA DE MOTO AS 7 HORAS DA MANHÃ DE HOJE. REFERE DOR NA CLAVICULA/OMBRO DIREITO AO EXAME: BEG, NEUROVASCULAR PRESERVADO, ADM PREJUDICADO PELA DOR RX APRESENTANDO FRATURA DE TERÇO DISTAL DE CLAVÍCULA DIREITA COM DESVIO CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANALGESIA IMOBILIZAÇÃO PRECEPTOR: DR. STEFFERSON OBS: - ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL ORIENTA SOMENTE INTERNAÇÃO POR MOTIVO DE EXTREMA URGÊNCIA DEVIDO A PANDEMIA; - CARTÃO DE RETORNO NO CEREST COM DR. PORTELA;			
Diagnóstico: S42.0 - Fratura da clavícula			
Recomendações: # ORTOPEDIA QUEDA DE MOTO AS 7 HORAS DA MANHÃ DE HOJE. REFERE DOR NA CLAVICULA/OMBRO DIREITO AO EXAME: BEG, NEUROVASCULAR PRESERVADO, ADM PREJUDICADO PELA DOR RX APRESENTANDO FRATURA DE TERÇO DISTAL DE CLAVÍCULA DIREITA COM DESVIO CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANALGESIA IMOBILIZAÇÃO PRECEPTOR: DR. STEFFERSON OBS: - ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL ORIENTA SOMENTE INTERNAÇÃO POR MOTIVO DE EXTREMA URGÊNCIA DEVIDO A PANDEMIA; - CARTÃO DE RETORNO NO CEREST COM DR. PORTELA;			

Data: 23/03/2020

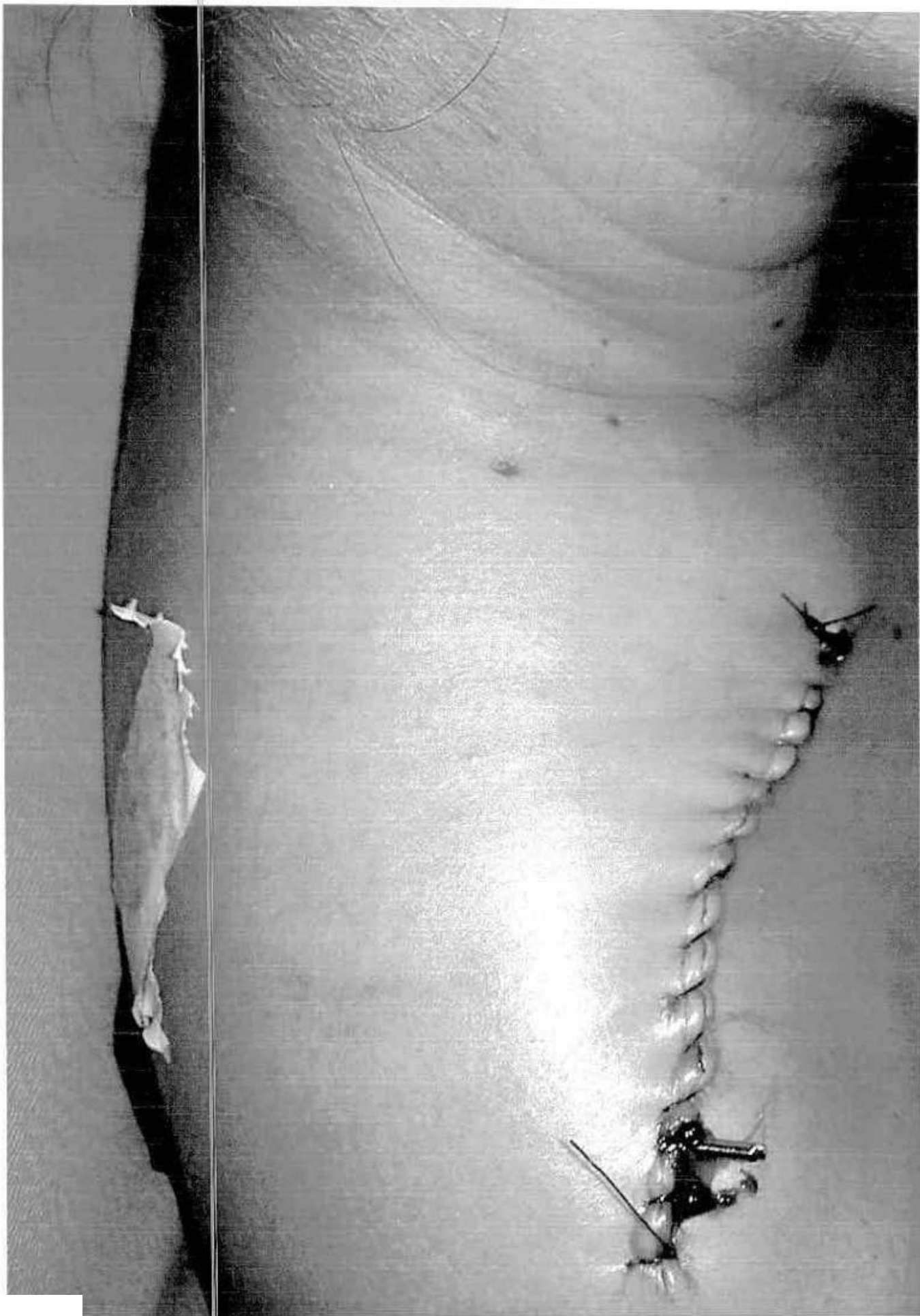
JORGE JOSE SOUSA PINTO
CRM: 12278 - PB

Stefferson Pinheiro Diniz
Traumatologista
CRM: 12112











FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200254581

Data da solicitação: 17/07/2020

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

CPF do beneficiário: 016.486.934-40

Nome do solicitante: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

CPF do solicitante: 016.486.934-40

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 98855-1045

Tel. Comercial: (83) 98708-8728

Tel. Residencial: ()

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

NÃO CONCORDO COM O VALOR RECEBIDO, TENDO EM VISTA QUE MINHA LESÃO FOI GRAVE E ESTOU COM O MEU MEMBRO COMPROMETIDO.

JOAO PESSOA - PB, 23 DE SETEMBRO DE 2020

Local e Data

Amanda Ferreira da Silva Laurindo

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 16:03:05

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011816030463500000036698153>

Número do documento: 21011816030463500000036698153



Temístocles de A. K. FRAU
ORTOPEDISTA E RAUMATOLOGISTA
CRM-PB: 7018 / TRT-11: 11247 / RQE: 5245

26/07/2020

Nome: Aranda Ferreira da Silva
lauro

LAURO MEDICO

A paciente hipotética foi vítima de acidente de motocicleta no dia 23/03/20, socorrida para o HECTSML, onde obtive o diagnóstico de fratura de clavícula D, com indicações de tto. cirúrgico, na ocasião foi socorrida pelo corpo de Bombeiros.

Pct. foi submetida a tto. cirúrgico no HUNÉ, tratada com fixação interna com placa e parafusos. Evoluiu com consolidação da fratura. Pct. não apresenta sequelas atualmente.

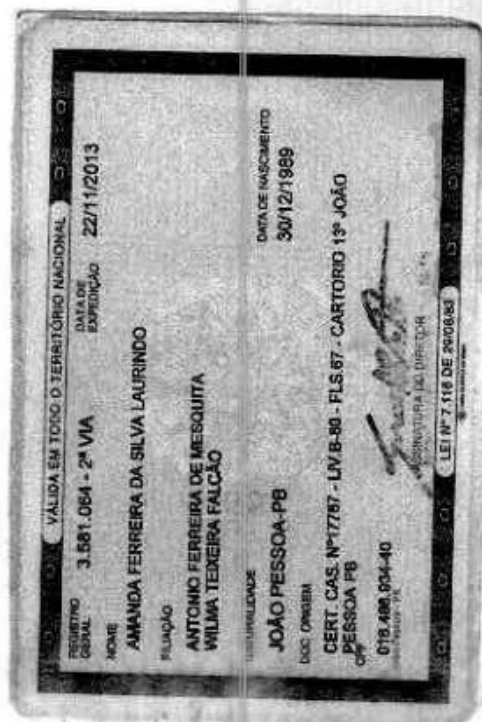
MATRIZ

Av. Dom Pedro II, 690 - Centro

Fones: (83) 3221-3307 / 3221-3661

Digitalizado com CamScanner





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB Nº 01479806777

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CÓD. REN. BR. 2019000016684-6 EXERCÍCIO
1 0033059529-6 00/00000000 2019

NOME
JOBSON ASSUERO S LAURINDO

CPF / CNPJ 09905109480 PLACA NQD5004/PB

NOVO PB 9C2KD0550BR008362 CHASSI

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB. 2011 ANO MI 2011

CAP / POT / CIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANT PRETA

COTA ÚNICA 1º 00/00/0000 VENC. COTA ÚNICA 1º 2º 3º
FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS
A * * * * *

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** \$EGURO P A G O 24/04/201

OBSERVAÇÕES

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

Scanned by CamScanner

DETTRAN

DETTRAN

TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014798067772 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 DATA EMISSÃO
2019 24/04/2019

VIA 1 CPF CNPJ 09905109480 PLACA NQD5004/PB

RENOVAÇÃO 00330595296 MARCA / TIPO VEÍCULO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FISCAL 2011 COT. TARE 9 NP CHASSI 9C2KD0550BR008362

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) ***** IDIA A SER PAG. PELO SEGURO Nº P A G O

PAGAMENTO COTA ÚNICA ☐ PARCELADO ☐ DATA DE QUITAÇÃO 24/04/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.240.600/0001-04

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 16:03:05

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011816030463500000036698153>

Número do documento: 21011816030463500000036698153



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200254581

Data da solicitação: 17/07/2020

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

CPF do beneficiário: 016.486.934-40

Nome do solicitante: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

CPF do solicitante: 016.486.934-40

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 98855-1045
DDD

Tel. Comercial: (83) 98708-8728
DDD

Tel. Residencial: ()
DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

NÃO CONCORDO COM O VALOR RECEBIDO, TENDO EM VISTA QUE MINHA LESÃO FOI GRAVE E ESTOU COM O MEU MEMBRO COMPROMETIDO.

JOAO PESSOA - PB, 23 DE SETEMBRO DE 2020

Local e Data

Amanda Ferreira da Silva Laurindo

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 16:03:05

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011816030463500000036698153>

Número do documento: 21011816030463500000036698153



Temístocles de A. K. FRAU
ORTOPEDISTA E RAUMATOLOGISTA
CRM: 7018 / TRT: 13247 / RQE: 5245

26/07/2020

Nome: Aranda Fuma da Silva
lauro

LAURO MEDICO

A paciente hipotética foi vítima de acidente de motocicleta no dia 23/03/20, socorrida para o HECTSML, onde obtive o diagnóstico de fratura de clavícula D, com indicação de tto. cirúrgico, na ocasião foi socorrida pelo corpo de Bombeiros.

Pct. foi submetida a tto. cirúrgico no HUNÉ, tratada com fixação interna com placa e parafusos. Evoluiu com consolidação da fratura. Pct. não apresenta sequelas atualmente.

MATRIZ

Av. Dom Pedro II, 690 - Centro

Fones: (83) 3221-3307 / 3221-3661

Digitizado com CamScanner



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0200542/20

Vítima: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

CPF: 016.486.934-40

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/03/2020

Titular do CPF: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO : 016.486.934-40

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: 17/07/2020
Nome: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO
CPF: 016.486.934-40

AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

