



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAZ DA REDE MÍNIMA DA PESSOA FÍSICA (MÍNIMA/BENEFICIÁRIO) REPRESERANTE (LIGADO) A MÍNIMA COM CURADORIA

DADOS CADASTRAIS

1. Encolla o(s) sello(s) de cobertura: DANOS (DEPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2. N° do atento no AUS: 018.224.694-71

3 - Ofício de vítima: 4 - Nome completo da vítima: NEIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

5. Informações complementares:

6 - CPF: 018.224.694-71

7 - Profissão: RUA AMÉLIA RIBEIRO

8 - Endereço: 12 - Cláudia

11 - Bairro: CAMPINA GRANDE

13 - Telefone: PB 14 - Celular:

15 - E-mail: (13) 98005-6654

16 - Tel. (000) (13) 98005-6654

17. Nome completo do Representante Legal:

18 - Ofício do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declara, para todos os fins de direito, realizar no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA),

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECURSO INFORMAL SEM RENDA BENEFÍCIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFÍCIO DA INDENIZAÇÃO (IPMS, CURADORIA/UNTRAS)

21 - DADOS BANCÁRIOS:

CONTA POUROS/A Documento para os bancos abertos - Auscultar uma vez/a

Pouco (pct): Banco Central (01) Caixa Econômica Federal (024)

Agência: 0101 Conta: 111121

Agência: Conta: (informe o agência e conta)

(informe o agência e conta)

22 - DECLARAÇÃO DE AGUARDADA DE LAUDO DO IMÓVEL PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA PERMANENTE

Declaro, sob a pena de Morte, que estou impondo o direito de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indemnização.

Não é meu laudo a respeito do acidente ou da minha residência não sendo peritos para fins do Seguro DPVAT ou

O IML que atende a requeiro do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Foi realizada auditoria, visando o cumprimento da exigência do laudo de indenização do Seguro DPVAT, por iniciativa permanente, com base na documentação apresentada, constatando que o imóvel se encontra em ótimo estado de conservação, conforme o laudo da Seguradora Lider para verificação da existência e com base na documentação fornecida de documento de accidente de trânsito, conforme o laudo 6.1947/1, 51.117, declarando que não existindo nenhuma irregularidade na sua concordância com o laudo de indenização emitido pela mesma.

INVALIDEZ PERMANENTE

23 - Estado: Sólo/ra Casal (do Civil) Divorciado Separado judicialmente Vôo 24 - Data do óbito:

civil da vítima: 25 - Vítima: Seu(a) compatriota(s)/filho(s) Nam. Não 27 - Se a vítima sóbria compatriota/filho(s): Sim Não 28 - Óbito de vítima: Sim Não 29 - Vítima falecida: Sim Não 30 - Vítima falecida: Sim Não 31 - Vítima falecida: Sim Não 32 - Vítima falecida: Sim Não 33 - Vítima falecida: Sim Não 34 - Vítima falecida: Sim Não 35 - Vítima falecida: Sim Não 36 - Vítima falecida: Sim Não 37 - Vítima falecida: Sim Não 38 - Vítima falecida: Sim Não 39 - Vítima falecida: Sim Não 40 - Vítima falecida: Sim Não 41 - Vítima falecida: Sim Não 42 - Vítima falecida: Sim Não 43 - Vítima falecida: Sim Não 44 - Vítima falecida: Sim Não 45 - Vítima falecida: Sim Não 46 - Vítima falecida: Sim Não 47 - Vítima falecida: Sim Não 48 - Vítima falecida: Sim Não 49 - Vítima falecida: Sim Não 50 - Vítima falecida: Sim Não 51 - Vítima falecida: Sim Não 52 - Vítima falecida: Sim Não 53 - Vítima falecida: Sim Não 54 - Vítima falecida: Sim Não 55 - Vítima falecida: Sim Não 56 - Vítima falecida: Sim Não 57 - Vítima falecida: Sim Não 58 - Vítima falecida: Sim Não 59 - Vítima falecida: Sim Não 60 - Vítima falecida: Sim Não 61 - Vítima falecida: Sim Não 62 - Vítima falecida: Sim Não 63 - Vítima falecida: Sim Não 64 - Vítima falecida: Sim Não 65 - Vítima falecida: Sim Não 66 - Vítima falecida: Sim Não 67 - Vítima falecida: Sim Não 68 - Vítima falecida: Sim Não 69 - Vítima falecida: Sim Não 70 - Vítima falecida: Sim Não 71 - Vítima falecida: Sim Não 72 - Vítima falecida: Sim Não 73 - Vítima falecida: Sim Não 74 - Vítima falecida: Sim Não 75 - Vítima falecida: Sim Não 76 - Vítima falecida: Sim Não 77 - Vítima falecida: Sim Não 78 - Vítima falecida: Sim Não 79 - Vítima falecida: Sim Não 80 - Vítima falecida: Sim Não 81 - Vítima falecida: Sim Não 82 - Vítima falecida: Sim Não 83 - Vítima falecida: Sim Não 84 - Vítima falecida: Sim Não 85 - Vítima falecida: Sim Não 86 - Vítima falecida: Sim Não 87 - Vítima falecida: Sim Não 88 - Vítima falecida: Sim Não 89 - Vítima falecida: Sim Não 90 - Vítima falecida: Sim Não 91 - Vítima falecida: Sim Não 92 - Vítima falecida: Sim Não 93 - Vítima falecida: Sim Não 94 - Vítima falecida: Sim Não 95 - Vítima falecida: Sim Não 96 - Vítima falecida: Sim Não 97 - Vítima falecida: Sim Não 98 - Vítima falecida: Sim Não 99 - Vítima falecida: Sim Não 100 - Vítima falecida: Sim Não 101 - Vítima falecida: Sim Não 102 - Vítima falecida: Sim Não 103 - Vítima falecida: Sim Não 104 - Vítima falecida: Sim Não 105 - Vítima falecida: Sim Não 106 - Vítima falecida: Sim Não 107 - Vítima falecida: Sim Não 108 - Vítima falecida: Sim Não 109 - Vítima falecida: Sim Não 110 - Vítima falecida: Sim Não 111 - Vítima falecida: Sim Não 112 - Vítima falecida: Sim Não 113 - Vítima falecida: Sim Não 114 - Vítima falecida: Sim Não 115 - Vítima falecida: Sim Não 116 - Vítima falecida: Sim Não 117 - Vítima falecida: Sim Não 118 - Vítima falecida: Sim Não 119 - Vítima falecida: Sim Não 120 - Vítima falecida: Sim Não 121 - Vítima falecida: Sim Não 122 - Vítima falecida: Sim Não 123 - Vítima falecida: Sim Não 124 - Vítima falecida: Sim Não 125 - Vítima falecida: Sim Não 126 - Vítima falecida: Sim Não 127 - Vítima falecida: Sim Não 128 - Vítima falecida: Sim Não 129 - Vítima falecida: Sim Não 130 - Vítima falecida: Sim Não 131 - Vítima falecida: Sim Não 132 - Vítima falecida: Sim Não 133 - Vítima falecida: Sim Não 134 - Vítima falecida: Sim Não 135 - Vítima falecida: Sim Não 136 - Vítima falecida: Sim Não 137 - Vítima falecida: Sim Não 138 - Vítima falecida: Sim Não 139 - Vítima falecida: Sim Não 140 - Vítima falecida: Sim Não 141 - Vítima falecida: Sim Não 142 - Vítima falecida: Sim Não 143 - Vítima falecida: Sim Não 144 - Vítima falecida: Sim Não 145 - Vítima falecida: Sim Não 146 - Vítima falecida: Sim Não 147 - Vítima falecida: Sim Não 148 - Vítima falecida: Sim Não 149 - Vítima falecida: Sim Não 150 - Vítima falecida: Sim Não 151 - Vítima falecida: Sim Não 152 - Vítima falecida: Sim Não 153 - Vítima falecida: Sim Não 154 - Vítima falecida: Sim Não 155 - Vítima falecida: Sim Não 156 - Vítima falecida: Sim Não 157 - Vítima falecida: Sim Não 158 - Vítima falecida: Sim Não 159 - Vítima falecida: Sim Não 160 - Vítima falecida: Sim Não 161 - Vítima falecida: Sim Não 162 - Vítima falecida: Sim Não 163 - Vítima falecida: Sim Não 164 - Vítima falecida: Sim Não 165 - Vítima falecida: Sim Não 166 - Vítima falecida: Sim Não 167 - Vítima falecida: Sim Não 168 - Vítima falecida: Sim Não 169 - Vítima falecida: Sim Não 170 - Vítima falecida: Sim Não 171 - Vítima falecida: Sim Não 172 - Vítima falecida: Sim Não 173 - Vítima falecida: Sim Não 174 - Vítima falecida: Sim Não 175 - Vítima falecida: Sim Não 176 - Vítima falecida: Sim Não 177 - Vítima falecida: Sim Não 178 - Vítima falecida: Sim Não 179 - Vítima falecida: Sim Não 180 - Vítima falecida: Sim Não 181 - Vítima falecida: Sim Não 182 - Vítima falecida: Sim Não 183 - Vítima falecida: Sim Não 184 - Vítima falecida: Sim Não 185 - Vítima falecida: Sim Não 186 - Vítima falecida: Sim Não 187 - Vítima falecida: Sim Não 188 - Vítima falecida: Sim Não 189 - Vítima falecida: Sim Não 190 - Vítima falecida: Sim Não 191 - Vítima falecida: Sim Não 192 - Vítima falecida: Sim Não 193 - Vítima falecida: Sim Não 194 - Vítima falecida: Sim Não 195 - Vítima falecida: Sim Não 196 - Vítima falecida: Sim Não 197 - Vítima falecida: Sim Não 198 - Vítima falecida: Sim Não 199 - Vítima falecida: Sim Não 200 - Vítima falecida: Sim Não 201 - Vítima falecida: Sim Não 202 - Vítima falecida: Sim Não 203 - Vítima falecida: Sim Não 204 - Vítima falecida: Sim Não 205 - Vítima falecida: Sim Não 206 - Vítima falecida: Sim Não 207 - Vítima falecida: Sim Não 208 - Vítima falecida: Sim Não 209 - Vítima falecida: Sim Não 210 - Vítima falecida: Sim Não 211 - Vítima falecida: Sim Não 212 - Vítima falecida: Sim Não 213 - Vítima falecida: Sim Não 214 - Vítima falecida: Sim Não 215 - Vítima falecida: Sim Não 216 - Vítima falecida: Sim Não 217 - Vítima falecida: Sim Não 218 - Vítima falecida: Sim Não 219 - Vítima falecida: Sim Não 220 - Vítima falecida: Sim Não 221 - Vítima falecida: Sim Não 222 - Vítima falecida: Sim Não 223 - Vítima falecida: Sim Não 224 - Vítima falecida: Sim Não 225 - Vítima falecida: Sim Não 226 - Vítima falecida: Sim Não 227 - Vítima falecida: Sim Não 228 - Vítima falecida: Sim Não 229 - Vítima falecida: Sim Não 230 - Vítima falecida: Sim Não 231 - Vítima falecida: Sim Não 232 - Vítima falecida: Sim Não 233 - Vítima falecida: Sim Não 234 - Vítima falecida: Sim Não 235 - Vítima falecida: Sim Não 236 - Vítima falecida: Sim Não 237 - Vítima falecida: Sim Não 238 - Vítima falecida: Sim Não 239 - Vítima falecida: Sim Não 240 - Vítima falecida: Sim Não 241 - Vítima falecida: Sim Não 242 - Vítima falecida: Sim Não 243 - Vítima falecida: Sim Não 244 - Vítima falecida: Sim Não 245 - Vítima falecida: Sim Não 246 - Vítima falecida: Sim Não 247 - Vítima falecida: Sim Não 248 - Vítima falecida: Sim Não 249 - Vítima falecida: Sim Não 250 - Vítima falecida: Sim Não 251 - Vítima falecida: Sim Não 252 - Vítima falecida: Sim Não 253 - Vítima falecida: Sim Não 254 - Vítima falecida: Sim Não 255 - Vítima falecida: Sim Não 256 - Vítima falecida: Sim Não 257 - Vítima falecida: Sim Não 258 - Vítima falecida: Sim Não 259 - Vítima falecida: Sim Não 260 - Vítima falecida: Sim Não 261 - Vítima falecida: Sim Não 262 - Vítima falecida: Sim Não 263 - Vítima falecida: Sim Não 264 - Vítima falecida: Sim Não 265 - Vítima falecida: Sim Não 266 - Vítima falecida: Sim Não 267 - Vítima falecida: Sim Não 268 - Vítima falecida: Sim Não 269 - Vítima falecida: Sim Não 270 - Vítima falecida: Sim Não 271 - Vítima falecida: Sim Não 272 - Vítima falecida: Sim Não 273 - Vítima falecida: Sim Não 274 - Vítima falecida: Sim Não 275 - Vítima falecida: Sim Não 276 - Vítima falecida: Sim Não 277 - Vítima falecida: Sim Não 278 - Vítima falecida: Sim Não 279 - Vítima falecida: Sim Não 280 - Vítima falecida: Sim Não 281 - Vítima falecida: Sim Não 282 - Vítima falecida: Sim Não 283 - Vítima falecida: Sim Não 284 - Vítima falecida: Sim Não 285 - Vítima falecida: Sim Não 286 - Vítima falecida: Sim Não 287 - Vítima falecida: Sim Não 288 - Vítima falecida: Sim Não 289 - Vítima falecida: Sim Não 290 - Vítima falecida: Sim Não 291 - Vítima falecida: Sim Não 292 - Vítima falecida: Sim Não 293 - Vítima falecida: Sim Não 294 - Vítima falecida: Sim Não 295 - Vítima falecida: Sim Não 296 - Vítima falecida: Sim Não 297 - Vítima falecida: Sim Não 298 - Vítima falecida: Sim Não 299 - Vítima falecida: Sim Não 300 - Vítima falecida: Sim Não 301 - Vítima falecida: Sim Não 302 - Vítima falecida: Sim Não 303 - Vítima falecida: Sim Não 304 - Vítima falecida: Sim Não 305 - Vítima falecida: Sim Não 306 - Vítima falecida: Sim Não 307 - Vítima falecida: Sim Não 308 - Vítima falecida: Sim Não 309 - Vítima falecida: Sim Não 310 - Vítima falecida: Sim Não 311 - Vítima falecida: Sim Não 312 - Vítima falecida: Sim Não 313 - Vítima falecida: Sim Não 314 - Vítima falecida: Sim Não 315 - Vítima falecida: Sim Não 316 - Vítima falecida: Sim Não 317 - Vítima falecida: Sim Não 318 - Vítima falecida: Sim Não 319 - Vítima falecida: Sim Não 320 - Vítima falecida: Sim Não 321 - Vítima falecida: Sim Não 322 - Vítima falecida: Sim Não 323 - Vítima falecida: Sim Não 324 - Vítima falecida: Sim Não 325 - Vítima falecida: Sim Não 326 - Vítima falecida: Sim Não 327 - Vítima falecida: Sim Não 328 - Vítima falecida: Sim Não 329 - Vítima falecida: Sim Não 330 - Vítima falecida: Sim Não 331 - Vítima falecida: Sim Não 332 - Vítima falecida: Sim Não 333 - Vítima falecida: Sim Não 334 - Vítima falecida: Sim Não 335 - Vítima falecida: Sim Não 336 - Vítima falecida: Sim Não 337 - Vítima falecida: Sim Não 338 - Vítima falecida: Sim Não 339 - Vítima falecida: Sim Não 340 - Vítima falecida: Sim Não 341 - Vítima falecida: Sim Não 342 - Vítima falecida: Sim Não 343 - Vítima falecida: Sim Não 344 - Vítima falecida: Sim Não 345 - Vítima falecida: Sim Não 346 - Vítima falecida: Sim Não 347 - Vítima falecida: Sim Não 348 - Vítima falecida: Sim Não 349 - Vítima falecida: Sim Não 350 - Vítima falecida: Sim Não 351 - Vítima falecida: Sim Não 352 - Vítima falecida: Sim Não 353 - Vítima falecida: Sim Não 354 - Vítima falecida: Sim Não 355 - Vítima falecida: Sim Não 356 - Vítima falecida: Sim Não 357 - Vítima falecida: Sim Não 358 - Vítima falecida: Sim Não 359 - Vítima falecida: Sim Não 360 - Vítima falecida: Sim Não 361 - Vítima falecida: Sim Não 362 - Vítima falecida: Sim Não 363 - Vítima falecida: Sim Não 364 - Vítima falecida: Sim Não 365 - Vítima falecida: Sim Não 366 -

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, 17 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200290656

Vítima: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

Data do Acidente: 25/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

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



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, 19 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200290656

Vítima: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

Data do Acidente: 25/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação 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



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 Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200290656

Vítima: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

Data do Acidente: 25/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

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



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, 15 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200290656

Vítima: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

Data do Acidente: 25/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002221

Conta: 0000044360-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

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, 09 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200290656

Vítima: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

Data do Acidente: 25/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

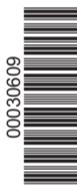
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. 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 Dezembro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200290656

Vítima: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

Data do Acidente: 25/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

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\$ 168,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%
Graduação: Complemento por reanálise 5%
% Invalidez Permanente DPVAT: (5% de 25%) 1,25%
Valor a indenizar: 1,25% x 13.500,00 = R\$ 168,75

Recebedor: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

Valor: R\$ 168,75

Banco: 104

Agência: 000002221

Conta: 0000044360-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3200290656**

Nome do(a) Examinado(a): **NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Amélia Ribeiro, 52, , Campina Grande/PB**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSP/PB / 2114166**

Data e local do acidente: **25/03/2020 - Picuí/PB**

Data e local do exame: **14/12/2020 - João Pessoa/PB**

Coordenadas Geográficas: **latitude: -7.09096 , longitude: -34.83913**

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura da Tíbia Direita.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa e parafusos.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 20°, presença de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração anormal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo direito.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Apresenta edema residual no tornozelo direito, limitação de mobilidade articular e deficit de força motora o referido tornozelo.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

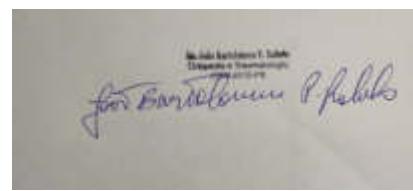
a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:			
<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
2 - N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
036.124.694-71 Nelsonaldo Rodrigues de Souza Dantas			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:		8 - Endereço:	9 - Número:
Motorista		Rua Amelia Rubino	52
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Turim	Campina Grande	PB	58424-136
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (83) 98805-6654		

DADOS CADASTRAIS

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:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 2221	CONTA: 44360	2
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	_____
(Informar o dígito se existir)		

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

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

<input checked="" type="checkbox"/>	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:
<ul style="list-style-type: none"> • 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 Lider 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

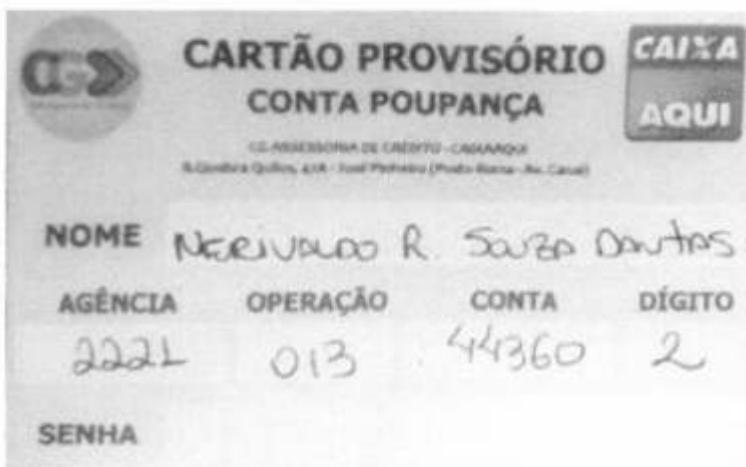
23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:					
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varascer)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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)	38 - 1º Nome: _____
	CPF: _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	39 - 2º Nome: _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	CPF: _____
	Assinatura da testemunha
40 - Local e Data, _____	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



Digitalizada com CamScanner

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 058814.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 058814.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettown Carvalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 16:27 min do dia 12/08/2020, na Delegacia Online, **NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão MOTORISTA, nascido(a) em 28/10/1975, idade 44, estado civil Casado (a), de cor Parda, filho(a) de FRANCISCA DE SOUZA DANTAS e JOSE RODRIGUES DE SOUZA, CPF 036.224.694-71, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Amélia Ribeiro, nº 52, complemento PRÓXIMO AO PARQUE IVANDRO CUNHA LIMA, bairro Três Irmãs, na cidade de Campina Grande/PB. CEP: 58424136, telefone(s) 83 988056654, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 25/03/2020 21:30h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: PB-150, ENTRE A CIDADE DE CARNAÚBA E PICUÍ, ZONA RURAL, Picuí/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Ao sair da sua residencia, conduzindo a motocicleta de marca, HONDA/NXR 160 BROS ESDD , ANO 2015/2015 . DE COR PRETA , PLACA NQK - 4462, CHASSI: 9C2KD0810FR416298, CADASTRADA EM NOME DE ANTONIO MARCELINO FERREIRA, para mostra a motocicleta a um possível comprador, quando chegou na PB-151 que liga a cidade de Carnaúba para Picui - PB, foi vitima de um acidente de transito, o tempo estava muito chuvoso, onde a vitima bateu no buraco e perdeu o controle, vindo a cair e se machucar gravemente, perdendo os sentidos, sendo então socorrido gravemente ferido para o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, em Campina Grande-PB, onde passou por tratamento cirúrgico.

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.

Nerivaldo Rodrigues de Souza Dantas

NERIVALDO RODRIGUES DE

47773CC380FE656DB8C447A12C3F51C7

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) 3612-8613 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 058814.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 058814.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettown Carvalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 16:27 min do dia 12/08/2020, na Delegacia Online, **NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão MOTORISTA, nascido(a) em 28/10/1975, idade 44, estado civil Casado (a), de cor Parda, filho(a) de FRANCISCA DE SOUZA DANTAS e JOSE RODRIGUES DE SOUZA, CPF 036.224.694-71, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Amélia Ribeiro, nº 52, complemento PRÓXIMO AO PARQUE IVANDRO CUNHA LIMA, bairro Três Irmãs, na cidade de Campina Grande/PB. CEP: 58424136, telefone(s) 83 988056654, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 25/03/2020 21:30h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: PB-150, ENTRE A CIDADE DE CARNAÚBA E PICUÍ , ZONA RURAL, Picuí/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Ao sair da sua residencia, conduzindo a motocicleta de marca, HONDA/NXR 160 BROS ESDD , ANO 2015/2015 . DE COR PRETA , PLACA NQK - 4462, CHASSI: 9C2KD0810FR416298, CADASTRADA EM NOME DE ANTONIO MARCELINO FERREIRA, para mostra a motocicleta a um possível comprador, quando chegou na PB-151 que liga a cidade de Carnaúba para Picuí - PB, foi vitima de um acidente de transito, o tempo estava muito chuvoso, onde a vitima bateu no buraco e perdeu o controle, vindo a cair e se machucar gravemente, perdendo os sentidos, sendo então socorrido gravemente ferido para o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, em Campina Grande-PB, onde passou por tratamento cirúrgico.

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.

Nerivaldo Rodrigues de Souza Dantas

NERIVALDO RODRIGUES DE

47773CC380FE656DB8C447A12C3F51C7

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) 3612-8613 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



**Parecer do Boletim de
Ocorrência nº.
058814.01.2020.0.00.704**

**Delegacia Online
Boletim Eletrônico de
Ocorrências**

Caro(a) NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS,

Sua ocorrência de Boletim Emergencial foi DEFERIDO.

Protocolo: 058814.01.2020.0.00.704

Senha: 47773CC3

Declaração a Líder DPVAT

Prezados informo que devido o período de pandemia, as delegacias do Estado da Paraíba não estão fazendo Boletim de Ocorrência de forma presencial. Para que não venham a prejudicar as vítimas de quaisquer que seja as ocorrências, foi criado o Bo emergencial conforme print que segue não se trata de Bo online. Tal documento tem a mesma veracidade de um BO feito em uma delegacia física.

The screenshot shows the homepage of the Delegacia Online website for the State of Paraíba. The header features the logo of the Civil Police of Paraíba and the text "ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL Delegacia Online". Below the header, there are three main sections: "Perguntas" (Questions), "Boletim de Ocorrência" (Occurrences Bulletin), and "Avisos" (Notices). The "Perguntas" section contains links to frequently asked questions about registering occurrences online. The "Boletim de Ocorrência" section lists five types of occurrences: Registro BO (Periodo Emergencial), Acidente de Trânsito, Extravio ou Perda, Furto Simples, and Pessoas Desaparecidas. The "Avisos" section provides information about false communication to the police, which is a crime under Article 340 of the Brazilian Penal Code, with a maximum sentence of 6 months.

Todas as ocorrências registradas passam por análise da delegacia física, e o BO é encaminhado para o e-mail do declarante com protocolo e senha para consultar a veracidade do mesmo. O Bo impresso vem com QRCOD e numeração para consultar a veracidade.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:			
<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
2 - N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
036.124.694-71 <i>Nenivaldo Rodrigues de Souza Dantas</i>			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:	<i>Nenivaldo Rodrigues de Souza Dantas</i>		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
<i>Motorista</i>	<i>Rua Amelia Rubino</i>	<i>52</i>	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
<i>Tribos Irmãos</i>	<i>Campina Grande</i>	<i>PB</i>	<i>58424-136</i>
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): <i>(83) 98805-6654</i>		

DADOS CADASTRAIS

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:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA		R\$1.00 A R\$1.000,00	R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
		R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: <i>2221</i> CONTA: <i>44360</i> <i>2</i>		AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ <i>(Informar o dígito se existir)</i> <i>(Informar o dígito se existir)</i> <i>(Informar o dígito se existir)</i>	

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que: <ul style="list-style-type: none"> • Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou • O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou • O IMI 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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider 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.			

INVALIDEZ
PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE					
23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

40 - Local e Data: *João Pessoa, 14/03/20*

Lidé Rodrigues de Souza Dantas

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



**CARTÃO PROVISÓRIO
CONTA POUPANÇA**

**CAIXA
AQUI**

CG-PESOSSORIA DE CRÉDITO - CACHARQUI
S. Gonçalo Quilos, 418 - José Pinheiro (Ponto Bento - Av. Casal)

NOME Neriuldo R Souza Dantas

AGÊNCIA	OPERAÇÃO	CONTA	DÍGITO
2221	013	44360	2

SENHA

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: 08/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02221

CONTA: 000000044360-2

Nr. da Autenticação 14796C96F2F260D6

BOLETO PARA PAGAMENTO

Este documento serve de comprovante
Descreve todos os detalhes da sua fatura
Identificação do cliente: N° 006.119.809



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãos
Campina Grande / PB - CEP 58423-730
CNPJ 59.600.001-95 - Inscrição Estadual 16.003.339-1

DADOS DO CLIENTE

EGLIANE SILVA RODRIGUES
RUA AMELIA RIBEIRO 52 MOD II Q.II LT 11
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/258167-6

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAR/2020	20/03/2020	168	27/03/2020	R\$ 102,11

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03149,036000 01528,615170 5 82070000010211				
Pagador: EGLIANE SILVA RODRIGUES CNPJ/CPF: 057.797.434-36				
RUA AMELIA RIBEIRO 52 MOD II Q.II LT 11 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número 31490360001528615	Nr Documento 000258167202003	Data Vencimento 27/03/2020	Valor do Documento R\$ 102,11	Valor Pago
BENEFICIÁRIO:ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700 Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				





ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:2134076 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malmáias, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Boleto de Emergência (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

Endereço: AMÉLIA RUEIRO

Cidade: Campina Grande

Nome da Mae: FRANCISCA SOUZA DANTAS

Responsável:

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO QUEDA DE MOTO Hora: 23:39:53

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Acidente

2. Antiparto

3. Avanço

4. Cistos

5. Crise

6. Dorsal

7. Edema

8. Encalhamamento

9. Enfisema subcutâneo

10. Esmagamento

11. Equimose

12. Aumento

13. F. Arma de fogo

14. F. Cartilago

15. F. Corrente

16. F. Corroborante

17. F. Furoto-corroborante

18. F. Perfuro-cortante

19. Fratura óssea fechada

20. Fratura óssea aberta

21. Hematoma

22. Infligimento venoso

23. Lesão

24. Lesão endovenosa

25. Luxação

26. Machucado

27. Incravamento cerebral parcial

28. Objeto entrando

29. Otorragia

30. Paralisia

31. Paréssia

32. Parese

33. Quemadura

34. Rinorrágia

35. Sinal da lesão

36. +

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

Dra. Júlia do Carmo
Dermatologista / Clínica de Traumatologia / Cirurgia do Joelho
CRM-PB 0161 TEC000520

Assinatura e Carimbo do Médico:

Dr. Júlio do Carmo

Dermatologista / Clínica de Traumatologia / Cirurgia do Joelho
CRM-PB 0161 TEC000520

Almeida Soárez
PARAÍBA
Governo do Estado

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAJNA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 05.778.262/0038-52
Av. Ml. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB. CEP: 58432-809
Data: 25/03/2020

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 25/03/2020 HORA : 23:41:39

ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA

MOTIVO: ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: QUEDA DE MOTO

SIANIS DE EMBRIAGUEZ: NAO

DIABETES (SIM (X) NÃO HA5 () SIM (X) NÃO
DEF. MOTORA (SIM () NÃO

MEDICAÇÃO EM USO:
ESTADO GERAL: BOM
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
 () DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
 () IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SÍNTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
 () PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
 () ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
 () EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
AMARELO

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

DESTINO DO PACIENTE _____

_____, às _____;

hs.

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico		
<input type="checkbox"/> Internação (setor)	(Alta hospitalar / <input checked="" type="checkbox"/> Falecida \) Decisão Médica	
<input type="checkbox"/> Transferência a outro SETOR OU HOSPITAL	(Óbito	
<i>Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)</i>		

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Nerivaldo Rodrigues de Souza Dantas DN: 28/10/1975

GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

OI LOTE CONVENIO IDADE REGISTRO

Sala 04 SUS

44 a

2134082

CIRURGIA Prof. cirurg. Clínico de Peleja no fêmur F

CIRURGÃO Dr. Eduardo + Dr. Everaldo + Dr. Matheus

ANESTESIA

Ráqui + sedação

ANESTESIA

Dr. Giovando Jovande

INSTRUMENTADORA

André

DATA

27/03/2020

INICIO

14:30

FIM

09:30

Qty. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

Adrenalina amp.

0,5

Atropina amp.

0,1

0,1 Diazepam amp. midazolam

20

Dimora amp.

0,2

Dolantina amp.

0,1

Efrane ml

0,1

Fenegam amp.

0,1

Fentanil ml

0,1

Inova ml

0,1

Ketalar ml

0,1

0,1 Mercaina 7% ml

0,1

Nubain amp.

0,1

Pavulon amp.

0,1

Protigmine amp.

0,1

Protóxido lítm

0,1

Quelicin ml

0,1

Rapilan amp.

0,1

Thionembutal ml

0,1

Tracrium amp.

0,1

Qty. MEDICAÇÕES

0,1

Água Deslida amp.

0,1

Decadron amp.

0,1

Dipirona amp.

0,2

0,2 Flaxidol amp. Tenoxicam 40 mg

0,4

Flebocortid amp.

0,6

Geramicina amp.

0,1

Glicose amp.

0,1

Glúcon de Cálcio amp.

0,1

Haemacef ml

0,1

Heparoma ml.

0,1

Kanakion amp.

0,1

Lesu amp.

0,1

Mediotriazol

0,1

Plasit amp.

0,1

Prolamina

0,2

Revivan amp.

0,1

Stuprilon amp.

0,1

0,2 Defazina tg

0,1

Qty. MATERIAIS / SOLUÇÕES

0,1

Aguilha desc. 25 x 7

0,1

Aguilha desc. 25 x 28 40x12

0,1

Aguilha desc. 3 x 4,5

0,1

0,3 Aguilha p/ raque n° 25

0,5

Alcool de Enfermagem

0,5

Alcool Iodado ml

0,1

Ataduras de Crepon

0,1

Ataduras de Gessada

0,1

Azul metílico amp.

0,1

Brenaria ml

0,1

CIRURGIA GERAL

de Peleja no fêmur F

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMAGEM

LEITO

Nº PRONTUÁRIO

FOLHA DE
ANESTESIA

DATA: 20/02/00

TIPO SANGUÍNEO

AP. RESPIRATÓRIO

AP CIRCULATORÍO

AP DIGESTIVO

ESTADO MENTAL

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO

ANESTESIAS ANTERIORES

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTESIA

AGENTES ANESTÉSICOS

Líquidos

COUDIGOS

VP ARTERIAL

ANESTESIA: O - OPERAÇÃO

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSIÇÃO

AGENTES

TÉCNICA

OPERAÇÃO

CRURGIÓDES

ANESTESISTAS

OBSERVAÇÕES

Nerivaldo Rodriguez Sojo Amorim 14 M

IDADE: 14 SEXO: M COR:

PRESSÃO ARTERIAL

PULSO

RESPIRAÇÃO

TEMPERATURA

TESTE

ALTURA

HEMOCRITOS

HEMOGLOBINA

GLICEMIA

UREIA

OUTROS

URINA

ASMA

BRONQUITE

ELETROCARDIOGRAMA

AP URINARIO

ATARAXICOS

CORTICOIDES

ESTADO FÍSICO

RISCO

Nege

Hipotensores

Nege

Alta II



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Nerivaldo Rodrigues de S. Janty	dade: 44 anos			
Convênio:	S.U.S.	Data: 27/03/20			
Procedimento:	Trat. Cirurg. CT fixação di tibia Distal F.				
Cirurgião:	Dr. Eduardo	Auxiliar:	Anestesista: Dr. Fernanda		
Inicio:	07:30	Término:	09:30'	Anestesia:	Rague + Sed.

Medicamentos/Materiais	Quantidade
z.i.2 cimugica	

Assinatura Anestesista	 Adelmo Pacheco Pachiques TEC DE ESTADUAL/GFM CRM-SP 115.472
	Circulante

Assinatura Anestesista

~~ADMIS POUR RÉVUE
TAC DE L'ESPRESSO GFM
CINQUANTENAIRE
Circulante~~



Rua Ciclame, 86 - Jardim Atlântico - Olinda - PE
CEP: 53.060-070 - www.tmcirurgica.com.br
Fone: (81) 3431.4960 | 3429.1960 | 99452.1153

6518

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

©DADIE

NOME DO PACIENTE

www.JuniorGuruWeb.com

MAIN

Tel/FAX/E-MAIL

卷之三十一

DO PROCEDIMENTO

GRANDEMO

PRODUTO	REF.	QUANT.	COD. ROMP.
Vidro - Bloco de 30x30		01	
Vidro - Bloco 30x30x40		05	
Vidro - Bloco 3,5x30		04	
Vidro - Bloco 3,5x30		02	
Vidro - Bloco 3,5x40		01	

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

USE/MAPES

AESINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Hungs + Kuhn

Dr. E. W. Western Miller
C. S. M. C., 1900



Número do Prontuário: 88176

DATA DA CIRURGIA: 27/03/2020

Número do Atendimento: 2134082 Clin: ORTOPEDIA I / Enf: 10 / Lei: 2

DESCRICAÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

Data da Internação: 25/03/2020

Atendimento: 2134082

Diagnóstico Pré-Operatório: FX Perna D

Diagnóstico Pós-Operatório: O MESMO

Cirurgia: OSTEOSINTSE Data da Cirurgia: 27/03/2020

Equipe:

Cirurgião: EDUARDO OTAVIO BRAGA MORAIS

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: ANDRE

Anestesista: JOVANDE

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NAO

Descrição da Operação: 01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA

02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MID

03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS

04- INCISOES FACE ANTEROMEDIAL Perna D + DIVULSAO POR PLANOS

05- REDUÇÃO INCRUENTA + FIXACAO PLACA DE BLOQUEIO 6 FUROS

06- SF0,9% + DESBRIDAMENTO

08- FECHAMENTO POR PLANOS + SUTURAS

09- CURATIVOS

Dr. Eldiman Soáres
Médico Traumato
CRM: 695
CPF: 043.079.710-00

Data 27/03/2020

Assinatura/Carimbo
Eldiman Soares De Araujo

Data: 20/03/2020 Horas: 12:59:26

Nome:	Matheus
Sobrenome:	SAUDE
Sexo:	M
Estado:	SAO PAULO

**CAUPO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNACAO HOSPITALAR**

Causa da internação: Lesão de Saneamento

Causa da internação: Lesão de Saneamento

Diagnóstico de Emergência e Trauma DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

CNPJ:

2362856

Diagnóstico de Emergência e Trauma DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

CNPJ:

2362856

Paciente do sexo:

Masculino

Nº de RG (NIS) :

2134082

SUSPENSO DO RENDIMENTO ESSES DE SOUZA DANTAS

Sexo:

Masculino

DATA DE NASCIMENTO:

28/10/1975

SEXO:

Masculino

FAM:

00

Nome completo:

SUSPENSO DO RENDIMENTO ESSES DE SOUZA DANTAS

RG / NIS:

33 988310726

Profissão:

ESTUDANTE

-- AÇÃO CIVIL PREDIAL

Profissão:

ESTUDANTE

-- AÇÃO CIVIL PREDIAL

Profissão:

ESTUDANTE

-- AÇÃO CIVIL PREDIAL

CNPJ:

2203400

PIS:

PR

IEC:

584600002

IDENTIFICAÇÃO DA INTERNACAO

Causa da internação:
Trauma abdominal

Causa da internação:

Trauma abdominal

Causa da internação:

Trauma abdominal

Causa da internação:

Trauma abdominal

Causa da internação:

Trauma abdominal

RENDIMENTO SOLICITADO

PERÍODO DE FERIAS - GRADO 10

01 - DOCUMENTO NÃO DE PROCESSAMENTO ASSISTENTE
988316296777612

Causa da internação:

Trauma abdominal

02 - ANEXO RUSTICO E PROBLEMA CONSOLIDADO

03 - N.S.

28/03/2020

04 - PRESCRIÇÃO E CANCELAMENTO DAS INTERNACOES

Causa da internação:

Trauma abdominal

05 - CANCELAMENTO

06 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

07 - CANCELAMENTO

08 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

09 - CANCELAMENTO

10 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

11 - CANCELAMENTO

12 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

13 - CANCELAMENTO

14 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

15 - CANCELAMENTO

16 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

17 - CANCELAMENTO

18 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

19 - CANCELAMENTO

20 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

21 - CANCELAMENTO

22 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

23 - CANCELAMENTO

24 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

25 - CANCELAMENTO

26 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

27 - CANCELAMENTO

28 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

29 - CANCELAMENTO

30 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

31 - CANCELAMENTO

32 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

33 - CANCELAMENTO

34 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

35 - CANCELAMENTO

36 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

37 - CANCELAMENTO

38 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

39 - CANCELAMENTO

40 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

41 - CANCELAMENTO

42 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

43 - CANCELAMENTO

44 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

45 - CANCELAMENTO

46 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

47 - CANCELAMENTO

48 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

49 - CANCELAMENTO

50 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

51 - CANCELAMENTO

52 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

53 - CANCELAMENTO

54 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

55 - CANCELAMENTO

56 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

57 - CANCELAMENTO

58 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

59 - CANCELAMENTO

60 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

61 - CANCELAMENTO

62 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

63 - CANCELAMENTO

64 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

65 - CANCELAMENTO

66 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

67 - CANCELAMENTO

68 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

69 - CANCELAMENTO

70 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

71 - CANCELAMENTO

72 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

73 - CANCELAMENTO

74 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

75 - CANCELAMENTO

76 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

77 - CANCELAMENTO

78 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

79 - CANCELAMENTO

80 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

81 - CANCELAMENTO

82 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

83 - CANCELAMENTO

84 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

85 - CANCELAMENTO

86 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

87 - CANCELAMENTO

88 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

89 - CANCELAMENTO

90 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

91 - CANCELAMENTO

92 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

93 - CANCELAMENTO

94 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

95 - CANCELAMENTO

96 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

97 - CANCELAMENTO

98 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

99 - CANCELAMENTO

100 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

101 - CANCELAMENTO

102 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

103 - CANCELAMENTO

104 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

105 - CANCELAMENTO

106 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

107 - CANCELAMENTO

108 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

109 - CANCELAMENTO

110 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

111 - CANCELAMENTO

112 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

Causa da internação:

Trauma abdominal

113 - CANCELAMENTO

114 - 06.00 HORAS - 06.00 HORAS

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: **NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS**

Data da Internação: **25/03/2020** Data da Alta: **29/03/2020**

Registro: **2134082**

Tempo de Permanência: **-18347**

Diagnóstico Inicial: **FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA**

Diagnóstico Final: **FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA**

Cirurgia: **EDUARDO** Data: **27/03/2020**

Equipe:

Cirurgião: **EDUARDO OTAVIO BRAGA MORAIS**

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Condições de Alta: **Melhorado**

Data: **29/03/2020**

Assinatura/Carimbo
Schubert Luigi Costa Rodrigues

RESPONSÁVEL : **Schubert Luigi Costa Rodrigues**

DR. SCHUBERT LUIGI COSTA RODRIGUES
CRM-PB 5923
CONCEPÇÃO DO COXIM



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		IDADE:	PRONTUÁRIO:
<i>Nelma de Oliveira</i>	<i>20/02/1960</i>	<i>54</i>	<i>2134032</i>
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ►►		ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA	
PAUSA CIRÚRGICA			
<input checked="" type="checkbox"/> CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
<input checked="" type="checkbox"/> SÍTIO CIRÚRGICO PROCEDIMENTO			
ENTRADA			
<input checked="" type="checkbox"/> CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE			
<ul style="list-style-type: none"> • IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO A SER REALIZADO • CONSENTIMENTO 			
EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS			
<input checked="" type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIÃO: HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSIVEIS PERDAS SANGUÍNEAS?			
<input checked="" type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?			
<input checked="" type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (COMO INSTRUMENTAIS, PROTESES E OUTROS) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?) HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUALQUER PRÉOCUPAÇÃO?			
<input type="checkbox"/> O PACIENTE POSSUI ALERGIA CONHECIDA?			
NÃO SIM			
<input type="checkbox"/> VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?			
NÃO SIM E HA EQUIPAMENTO DISPONIVEL RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)?			
<input checked="" type="checkbox"/> A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?			
SIM NÃO SE APlica AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?			
SIM NÃO SE APlica			

*Assinatura: N. Brumão
Agente nº: 233296-16*



100%

D

Dr .Anuar Murad Filho

Clinica Médica

C.R.M-PB : 8.742

LAUDO MÉDICO :

O paciente NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS é portador do CID : S 82 proveniente de fratura de tibia direita ocasionado por acidente de motocicleta , tendo como seqüela um comprometimento de 50 % do membro afetado.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

30-11-2020

*Dr. Anuar Murad Filho
CRM-PB # 8.742
Médico - CRM-PB # 140C
Av. João da Mata, nº 100
Av. Dr. João Pessoa
João Pessoa - PB*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

DOC. IDENTIDADE: ORG. EMISSOR: UF:

2114166

SSP

PB

CR:

036.224.694-71

DATA NASCIMENTO:
28/10/1975

MUNICÍPIO:

JOSE RODRIGUES DE
SOUZA
FRANCISCA DE SOUZA
DANTAS

PERMISSÃO:



ACC

CAT/HAB

AC

VALIDADE:

17/10/2024

1º MELHORIA:

15/12/2006

Nº REGISTRO:

03997657640

OBSERVAÇÕES:

Nerivaldo Rodrigues de Souza Dantas

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL:

CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO:

21/10/2019

Nerivaldo
Rodrigues de Souza Dantas

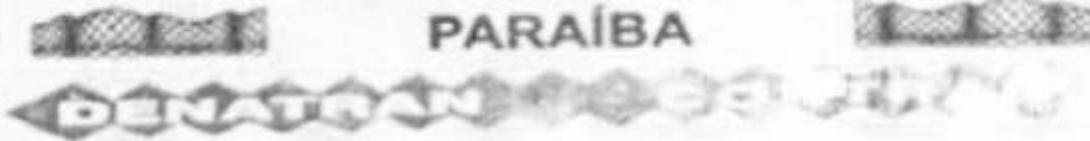
71511845748
PB039104672

ASSINATURA DO EMISSOR

PARAÍBA

PROIBIDO PLASTIFICAR

1838812562



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETTRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOVAN CO. NACIONAL PLS EXERCÍCIO
***** 2020

NOME / ENDEREÇO

PLACA

NQK4462

ESPECIE / TIPO:

PASSA / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL

ALCO/GASOL

MARCA / MODELO:

HONDA/NXR160 BROS

ANO FAB.

2015

ANO MOD.

2015

ESDD

CAP/PODIUM

COR PREDOMINANTE

PRETA

CATEGORIA

PARTICULAR

CLASSIFICAÇÃO

IPVA**A**

DATA VENCIMENTO

30/04/20201^a2^a3^a

Comunicacao de Venda

CAMPINA GRANDE

12/08/2020

NQK4462[Imprimir Consulta](#)

Último Licenciamento: 2020

Proprietário: *****

Placa: **NQK4462**Combustível: **ALCO/GASOL**Marca/Modelo: **HONDA/NXR160 BROS**

ESDD

Espécie/Tipo: **PASSA / MOTOCICLETA**Ano de Fabricação: **2015**Ano Modelo: **2015**Categoria: **PARTICULAR**Cor Predominante: **PRETA**Vencimento Licenciamento: **30/04/2020**

Observação:

Restrição: **Comunicacao de Venda**

Financeira:

Município: **CAMPINA GRANDE**Situação: **EM CIRCULACAO**Data da Consulta: **12/08/2020**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SEGUINTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB

Nº 014957225334

11950150019

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRT 20190100102737-2

COD. RENAVAM

RNTRC

VIA
1

0103947167-3

00/00000000

NOME/ENDEREÇO
ANTONIO MARCELINO FERREIRA
RUA ANTTONIO JOSE FERNANDES 35
S J DA MATA
58100000 CAMPINA GRANDE - PB

CPF/CNPJ
49859736415

PLACA
MOK4462 / PR

NOME ANTERIOR
MARIA MARIZETE ARAUJO SOSA

PLACA ANT/UF
NOVO PB CHASSI
9C2KD0810ER4E6298

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/ NAO APLIC

COMBUSTIVEL
ALCO/GASOL

MARCA/MODELO
HONDA/ NXR160 BROS ESDD

ANO FAB/ ANO MOD
2015 2015

CAP/POT/CIL
2 P/162 /C1

CATEGORIA
PARTIC.

COR PREDOMINANTE
PRETA

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO VALIDO SOMENTE PARA TRANSFERÊNCIA
N. MOTO : KDUB81F416298 GUARDE EM LOCAL SEGURO

LOCAL
CAMPINA GRANDE - PB

DATA
20/11/201

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 036.224.694-71 4 - Nome completo da vítima:
NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS		6 - CPF: 036.224.694-71	
7 - Profissão: MOTORISTA	8 - Endereço: RUA AMELIA RIBEIRO	9 - Número: 52	10 - Complemento:
11 - Bairro: TRES IRMAS	12 - Cidade: RUA AMELIA RIBEIRO	13 - Estado: 52	14 - CEP: 58424-136
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): (83) 98805-6654	

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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: _____

AGÊNCIA: **2221**

CONTA: **44360**

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
---	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima teve nascituro (vá nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

NÃO ALFABETIZADO

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **JOÃO PESSOA, 29/09/2020**

Nerivaldo Rodrigues de Souza Dantas

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200290656 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA **Data do acidente:** 25/03/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
DANTAS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/12/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @1

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200290656 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA **Data do acidente:** 25/03/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
DANTAS

PARECER

Diagnóstico: Fratura da Tíbia Direita.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 20°, presença de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração anormal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa e parafusos. Apresenta edema residual no tornozelo direito, limitação de mobilidade articular e deficit de força motora o referido tornozelo.

Sequelas permanentes: Redução funcional grave do tornozelo direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/12/2020

Conduta mantida: Não

Observações: Indenização em grau intenso do tornozelo D devido ao edema, deficit de força e limitação articular. Vítima já indenizada em 25% de 70%, portanto PI complementar.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Complemento por reanálise - 5 %	1,25%	R\$ 168,75
Total			1,25 %	R\$ 168,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200290656 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA **Data do acidente:** 25/03/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
DANTAS

PARECER

Diagnóstico: Fratura da Tíbia Direita.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 20°, presença de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração anormal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa e parafusos. Apresenta edema residual no tornozelo direito, limitação de mobilidade articular e deficit de força motora o referido tornozelo.

Sequelas permanentes: Redução funcional grave do tornozelo direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/12/2020

Conduta mantida: Não

Observações: Indenização em grau intenso do tornozelo D devido ao edema, deficit de força e limitação articular. Vítima já indenizada em 25% de 70%, portanto PI complementar.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Complemento por reanálise - 5 %	1,25%	R\$ 168,75
		Total	1,25 %	R\$ 168,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200290656 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA **Data do acidente:** 25/03/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
DANTAS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/12/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: @1 - PAGAMENTO COMPLEMENTAR CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DATA: 30/11/2020 DR. ANUAR MURAD FILHO CRM-PB 8742

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200290656 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA **Data do acidente:** 25/03/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
DANTAS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200290656 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA **Data do acidente:** 25/03/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
DANTAS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0227961/20

Número do Sinistro: 3200290656

Vítima: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

CPF: 036.224.694-71

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/03/2020

Titular do CPF: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 24/08/2020
Nome: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS
CPF: 036.224.694-71

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/08/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0227961/20

Número do Sinistro: 3200290656

Vítima: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

CPF: 036.224.694-71

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/03/2020

Titular do CPF: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 30/11/2020
Nome: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS
CPF: 036.224.694-71

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/11/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA