



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou AOU:  3 - CPF da vítima:  016.224.894-71 4 - Nome completo da vítima:  NERVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

5 - Nome completo:  NERVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS 6 - CPF:  016.224.894-71 7 - Profissão:  MOTORISTA 8 - Endereço:  RUA AMÉLIA RIBEIRO 9 - Número:  52 10 - Complemento:

11 - Bairro:  TRÊS IRMÃS 12 - Cidade:  CAMPINA GRANDE 13 - Estado:  PB 14 - CEP:  58424-134 15 - E-mail:  (R) 98605-6654

16 - Nº (DDD):  17 - Nome completo do Representante Legal:  18 - CPF do Representante Legal:  19 - Proibição do Representante Legal:

20 - RENDIMENTO MENSAL DO TITULAR DA CONTRATAÇÃO:  R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 2.000,00 ☐ R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 4.000,00 ☐ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 6.000,00 ☐ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 8.000,00 ☐ R\$ 9.000,00 ☐ R\$ 10.000,00 ☐ R\$ 11.000,00 ☐ R\$ 12.000,00 ☐ R\$ 13.000,00 ☐ R\$ 14.000,00 ☐ R\$ 15.000,00 ☐ R\$ 16.000,00 ☐ R\$ 17.000,00 ☐ R\$ 18.000,00 ☐ R\$ 19.000,00 ☐ R\$ 20.000,00 ☐ R\$ 21.000,00 ☐ R\$ 22.000,00 ☐ R\$ 23.000,00 ☐ R\$ 24.000,00 ☐ R\$ 25.000,00 ☐ R\$ 26.000,00 ☐ R\$ 27.000,00 ☐ R\$ 28.000,00 ☐ R\$ 29.000,00 ☐ R\$ 30.000,00 ☐ R\$ 31.000,00 ☐ R\$ 32.000,00 ☐ R\$ 33.000,00 ☐ R\$ 34.000,00 ☐ R\$ 35.000,00 ☐ R\$ 36.000,00 ☐ R\$ 37.000,00 ☐ R\$ 38.000,00 ☐ R\$ 39.000,00 ☐ R\$ 40.000,00 ☐ R\$ 41.000,00 ☐ R\$ 42.000,00 ☐ R\$ 43.000,00 ☐ R\$ 44.000,00 ☐ R\$ 45.000,00 ☐ R\$ 46.000,00 ☐ R\$ 47.000,00 ☐ R\$ 48.000,00 ☐ R\$ 49.000,00 ☐ R\$ 50.000,00 ☐ R\$ 51.000,00 ☐ R\$ 52.000,00 ☐ R\$ 53.000,00 ☐ R\$ 54.000,00 ☐ R\$ 55.000,00 ☐ R\$ 56.000,00 ☐ R\$ 57.000,00 ☐ R\$ 58.000,00 ☐ R\$ 59.000,00 ☐ R\$ 60.000,00 ☐ R\$ 61.000,00 ☐ R\$ 62.000,00 ☐ R\$ 63.000,00 ☐ R\$ 64.000,00 ☐ R\$ 65.000,00 ☐ R\$ 66.000,00 ☐ R\$ 67.000,00 ☐ R\$ 68.000,00 ☐ R\$ 69.000,00 ☐ R\$ 70.000,00 ☐ R\$ 71.000,00 ☐ R\$ 72.000,00 ☐ R\$ 73.000,00 ☐ R\$ 74.000,00 ☐ R\$ 75.000,00 ☐ R\$ 76.000,00 ☐ R\$ 77.000,00 ☐ R\$ 78.000,00 ☐ R\$ 79.000,00 ☐ R\$ 80.000,00 ☐ R\$ 81.000,00 ☐ R\$ 82.000,00 ☐ R\$ 83.000,00 ☐ R\$ 84.000,00 ☐ R\$ 85.000,00 ☐ R\$ 86.000,00 ☐ R\$ 87.000,00 ☐ R\$ 88.000,00 ☐ R\$ 89.000,00 ☐ R\$ 90.000,00 ☐ R\$ 91.000,00 ☐ R\$ 92.000,00 ☐ R\$ 93.000,00 ☐ R\$ 94.000,00 ☐ R\$ 95.000,00 ☐ R\$ 96.000,00 ☐ R\$ 97.000,00 ☐ R\$ 98.000,00 ☐ R\$ 99.000,00 ☐ R\$ 100.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) Nome do Banco:  BANCO DO BRASIL

22 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) Nome do Banco:  BANCO DO BRASIL

23 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) Nome do Banco:  BANCO DO BRASIL

24 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) Nome do Banco:  BANCO DO BRASIL

25 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) Nome do Banco:  BANCO DO BRASIL

26 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) Nome do Banco:  BANCO DO BRASIL

27 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) Nome do Banco:  BANCO DO BRASIL

28 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) Nome do Banco:  BANCO DO BRASIL

29 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) Nome do Banco:  BANCO DO BRASIL

30 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) Nome do Banco:  BANCO DO BRASIL

31 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) Nome do Banco:  BANCO DO BRASIL

32 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) Nome do Banco:  BANCO DO BRASIL

33 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) Nome do Banco:  BANCO DO BRASIL

34 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) Nome do Banco:  BANCO DO BRASIL

35 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) Nome do Banco:  BANCO DO BRASIL

36 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) Nome do Banco:  BANCO DO BRASIL

37 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) Nome do Banco:  BANCO DO BRASIL

38 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) Nome do Banco:  BANCO DO BRASIL

39 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) Nome do Banco:  BANCO DO BRASIL

40 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) Nome do Banco:  BANCO DO BRASIL

41 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) Nome do Banco:  BANCO DO BRASIL

42 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) Nome do Banco:  BANCO DO BRASIL

43 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) Nome do Banco:  BANCO DO BRASIL

44 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) Nome do Banco:  BANCO DO BRASIL

45 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICÁRIO DA INCENZIÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar o nome) Nome do Banco:  BANCO DO BRASIL

TESTEMUNHAS

46 - Local e Data:  JOÃO PESSOA, 01/09/2020 47 - Assinatura do Representante Legal (se houver):  48 - Assinatura da testemunha (se houver):  49 - Assinatura do Procurador (se houver):

NÃO ATUALIZADO

MORTE

INVALIDEZ PERMANENTE

DADOS CADASTRAIS

---

**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.**

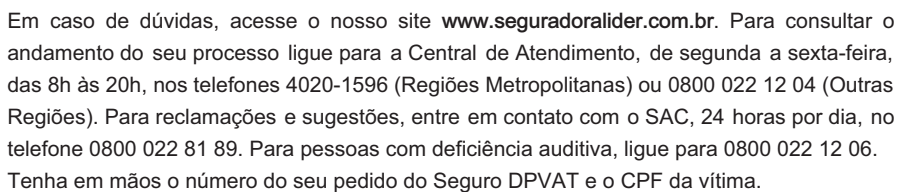
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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



Estamos aqui para Você

---

**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



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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**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

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**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 atrofia 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 pericárdio possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo direito.

IV. Nexos 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 déficit 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:



Handwritten signature: *for Barakman P. P. P.*  
Stamp: *Dr. João Antônio T. Silva*  
*Ortopedia e Traumatologia*  
*CRM 123456*

# 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: 3 - CPF da vítima: 036.224.694-71 4 - Nome completo da vítima: Nivaldo 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: Nivaldo Rodrigues de Souza Dantas 6 - CPF: 036.224.694-71  
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Rua Amélia Ribeiro 9 - Número: 52 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Três Irmãs 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 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:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2221 CONTA: 44360 2 AGÊNCIA: CONTA:  
(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 (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 (verbo)? ☐ 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, João Pessoa, 14/03/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

 **CARTÃO PROVISÓRIO** **CAIXA**  
**CONTA POUPANÇA** **AQUI**

CO-ADMISSÃO DE CRÉDITO - CASUARINA  
R. Góes de Góes, 418 - José Pinheiro (Praça Roma - Av. Canal)

**NOME** Nereivaldo R. Souza Dantas

AGÊNCIA	OPERAÇÃO	CONTA	DÍGITO
2221	013	44360	2

**SENHA**

**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 Bettowen 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 PICUI, ZONA RURAL, Picuí/PB.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Ao sair da sua residência, 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 vítima de um acidente de trânsito, o tempo estava muito chuvoso, onde a vítima 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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

  
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](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3612-8613 (8h-18). E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto: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 Bettowen 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 residência, 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 vítima de um acidente de trânsito, o tempo estava muito chuvoso, onde a vítima 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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

  
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](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3612-8613 (8h-18). E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto: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.



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: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 036.224.694-71 4 - Nome completo da vítima: Nivaldo 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: Nivaldo Rodrigues de Souza Dantas 6 - CPF: 036.224.694-71  
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Rua Amélia Ribeiro 9 - Número: 52 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Três Irmãs 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2221 CONTA: 44360 2 AGÊNCIA: CONTA:   
(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 (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 (verbo)? ☐ 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): \_\_\_\_\_  
35 - CPF 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, João Pessoa, 14/03/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



 **CARTÃO PROVISÓRIO** **CAIXA**  
**CONTA POUPANÇA** **AQUI**

CO-ADMISSÃO DE CRÉDITO - CASUARINA  
R. Góes de Góes, 418 - José Pinheiro (Praça Roma - Av. Canal)

**NOME** Nereivaldo R. Souza Dantas

<b>AGÊNCIA</b>	<b>OPERAÇÃO</b>	<b>CONTA</b>	<b>DÍGITO</b>
<u>2221</u>	<u>013</u>	<u>44360</u>	<u>2</u>

**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



DOI: 10.1016/S0950-2688(01)00019-5





ATTENDIMENTO URGÊNCIA

CLASS. DE RISCO: AMARELO

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

Data: 15/03/2020

Nascimento: 28/10/1975

5:00 PM

entirely arbitrary.

McGill 2011b)

0360-5310(200007)28:7:1-L

Date: 25/03/2020

0 HORN: 23-39-53

o número correspondente ao lado)

1. Acesso
2. Amputação
3. Avulsão
4. Cefaléia
5. Cirurgia
6. Cor
7. Edema
8. Emparelhamento
9. Enfiar/Infiltrar
10. Enfiar/Infiltrar
11. Equilíbrio
12. F. Amarelada
13. F. Alma de toco
14. F. Cefaléia
15. F. Cefaléia
16. F. Cefaléia
17. F. Cefaléia
18. F. Cefaléia
19. Fratura ossa femoral
20. Fratura ossa ilíaca
21. Hérnia
22. Inguinal/Inguinal
23. Inguinal
24. Inguinal
25. Inguinal
26. Inguinal
27. Movimento cervical
28. Objeção
29. Objeção
30. Objeção
31. Objeção
32. Objeção
33. Objeção
34. Objeção
35. Objeção

Grau ( ) 1<sup>o</sup> Grau ( ) 2<sup>o</sup> Grau ( ) 3<sup>o</sup> Grau

Ch. m. 47  
Lunat. 50

1/3



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.269/0038-52  
Av. Mdl. Floriano Peixoto, 4700 - Mafelinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 25/03/2020

Paciente: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS Idade: 044 N° ATEND: 2134076

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

ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA

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

SINAIS DE EMBRIAGUEZ: NAO

SINAIS VITAIS  
HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ( ) SIM (X) NAO HAS ( ) SIM (X) NAO  
DEF. MOTORA ( ) SIM ( ) NAO

ALERGIAS: NEGA  
MEDICAÇÃO EM USO:  
ESTADO GERAL: BOM  
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

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

#### SINTOMAS REFERIDOS

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



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:  
AMARELO

#### CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

DBS: PICULINIR

ENFERMEIRO/COREN  
colhimento

*(assinatura)*

## EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

DESTINO DO PACIENTE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_:\_\_\_\_ hs.

( ) Centro cirurgico

( ) Alta hospitalar / ( ) A revelia

( ) Internacional (setor)

1 ( ) Decisão Médica

( ) Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

( Jobito

Ass, do paciente ou responsável (quando necessário)

## SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <b>Nerivaldo Rodrigues de Souza Dantas</b> DN: 28/10/1975		GOVERNO DA PARAIBA	
QI: <b>—</b>	LEITE: <b>Sala 04</b>	CONVENIO: <b>SUS</b>	IDADE: <b>44a</b>
CIRURGIA: <b>Prost. cirurg. de f. + x.</b>		CIRURGIÃO: <b>Dr. Eduardo + Dr. Everlan + Dr. Matheus</b>	
ANESTESIA: <b>Raqui + sedação</b>		ANESTESIA: <b>Dr. Giovanni Jovande</b>	
INSTRUMENTADORA: <b>Audri</b>	DATA: <b>27/03/2020</b>	INICIO: <b>4:30</b>	FIM: <b>9:30</b>
Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Qtd. FIOS	
Adrenalina amp. <b>01</b>		Catgut cromado Sertix	
Atropina amp.		Catgut cromado Sertix	
<b>01</b> Diazepam amp. <b>midazolam 20</b>		Catgut cromado Sertix	
<b>01</b> Dimore amp. <b>0,2</b>		Catgut Simples	
Dolantina amp.		Catgut Simples Sertix	
Efrane ml		Catgut Simples Sertix	
Fenogam amp.		Catgut Simples Sertix	
Fentanil ml		Cera p/ osso	
Inova ml		Ethibond	
Ketalar ml		Ethibond	
<b>01</b> Mercaina <b>7mida 1% ml</b>		Ethibond	
Nubain amp.		Fio de Algodão Sertix	
Pavulon amp.		Fio de Algodão Sertix	
Prothimine amp.		Fio de Algodão Sutupak	
Protóxido l/m		Fio de Algodão Sutupak	
Quelicin ml		Fila cardíaca	
Rapifen amp.		Mononylon	
Thionembutal ml		<b>02</b> Mononylon <b>2-p</b>	
Tracrium amp.		Prolene Sertix	
Qtd. MEDICAÇÕES		Qtd. SOROS	
<b>01</b> Água Destilada amp.		<b>01</b> Normotérmico fr 500 ml	
<b>01</b> Decadron amp.		<b>02</b> SG Gelado fr 500 ml	
<b>02</b> Dipirona amp.		<b>01</b> SG Hipertérmico fr 500 ml	
<b>02</b> Flaxidol amp. <b>Tenoxicam 04</b>		<b>01</b> SG Ringr fr 500 ml	
<b>06</b> Flaxidol amp.		<b>02</b> SG fr 500 ml <b>2 limpeza</b>	
Flebocortid amp.			
Geramicina amp.			
Glicose amp.			
Glucon de Cálcio amp.			
Haemacei ml			
Heparina ml			
Kanakion amp.			
Lasix amp.			
Medrothinazol.			
Plasil amp.			
Prolamina			
Revivan amp.			
Stuplanon amp.			
<b>02</b> Cefazolina 1g		Qtd. ORTESE E PRÓTESE	
		<b>01</b> Placa de titânio distal	
		<b>08</b> Parafusos	
Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES		Qtd. EQUIPAMENTOS	
Agulha desc. 25 x 7		<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso	
Agulha desc. 25 x 25 <b>40x12</b>		<input type="checkbox"/> Serra	
Agulha desc. 3 x 4,5		<input type="checkbox"/> Desfibrilador	
<b>03</b> Agulha p/ raqui n° <b>25</b>		<input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal	
<b>05</b> Alcool de Enfermagem		<input type="checkbox"/> Fonte de Luz	
Alcool Iodado ml		<input type="checkbox"/> Foco Auxiliar	
Ataduras de Crepon		<input type="checkbox"/> Eletrocautério	
Ataduras de Gessada		<input type="checkbox"/> Oxícapiógrafo	
Azul metileno amp.		<input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor	
Benzina ml		<input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico	

CIRCULANTE RESPONSÁVEL  
**Adriano E. M. Brandão**  
 COREN-PB 233298-TE

<b>HUECCG</b>		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES				ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO		
<b>FOLHA DE ANESTESIA</b>		NOME: <i>Verivaldo Romigunde Sap Jr</i>						IDADE: <i>49</i>	SEXO: <i>M</i>	COR:
DATA: <i>05-20</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	ESPA	ALTURA				
TIPO SANGÜINEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS				
		URINA								
AP. RESPIRATÓRIO						ASMA		BRÔNQUITE		
AP. CIRCULATORIO						ELETROCARDIOGRAMA				
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO					
ESTADO MENTAL			ATAQUE	CORTICOIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES			
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO						ESTADO FÍSICO		RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES										
MEDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO				
<div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;"> <p><b>AGENTES ANESTÉSICOS</b></p> <p><b>LÍQUIDOS</b></p> <p><b>CÓDIGOS</b> VP - ARTERIAL D - PULSO O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA O - OPERAÇÃO</p> </div> <div style="flex: 2;"> </div> <div style="flex: 1; padding-left: 10px;"> <p><b>INDICAÇÃO</b></p> <p>Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____</p> <p>Laringo espasmo: _____ Lenta: _____</p> <p>Náuseas: _____ Vômitos: _____</p> <p>Outros: _____</p> <p><b>MANUTENÇÃO</b></p> <p>ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____</p> <p>Não, por quê? _____</p> <p><b>DESPERTAR</b></p> <p>Reflexos na SO: _____</p> <p>Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____</p> <p>Náuseas: _____ Vômitos: _____</p> <p>Outros: _____</p> <p>Com cânula: _____</p> <p>Paro o Leito: Sim _____ Não _____</p> <p><b>CONDIÇÕES:</b></p> </div> </div>										
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES										
POSICÃO										
AGENTES										
TÉCNICA										
OPERAÇÃO										
CIRURGIÕES										
ANESTESISTAS										
OBSERVAÇÕES										
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRE-OPERATORIAS E PÓS-OPERATORIAS.								PERDA SANGÜÍNEA		



## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica


Paciente:	Nivaldo Rodrigues de S. Santos		Idade:	44 anos
Convênio:	G.U.S.		Data:	27/03/20
Procedimento:	Trat. Cirurg. c/ fixação de tibia distal E.			
Cirurgião:	Dr. Eduardo	Auxiliar:	Anestesista: Dr. Jovande	
Início:	07:30	Término:	09:30'	Anestesia Rague + Sed.

[illegible][illegible]

**Observações:**

Assinatura Anestesista

  
 Alexandre Rodrigues  
 TAC DE EQUIPAMENTOS  
 CRM - RJ 421.177  
 Circulante





**PARAIBA**  
Governo do Estado



**PARAIBA**  
Governo do Estado

Número do Prontuário: 88170 DATA DA CIRURGIA: 27/03/2020

Número do Atendimento: 2134082 Clin: ORTOPEdia 1 / Enf: 10 / Lei: 2

**DESCRIÇÃO CIRÚRGICA**

Nome do Paciente: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

Data da Internação: 25/03/2020

Atendimento: 2134082

Diagnostico Pré-Operatório: FX PERNA D

Diagnostico Pós-Operatório: O MESMO

Cirurgia: OSTEOSINTESE 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- INCISÕES FACE ANTEROMEDIAL PERNA D + DIVULSAO POR PLANOS

05- REDUÇÃO INCRUENTA + FIXAÇÃO PLACA DE BLOQUEIO 6 FUROS

06- SF0,9% + DESBRIDAMENTO

08- FECHAMENTO POR PLANOS + SUTURAS

09- CURATIVOS

Dr. Eldimar Soares  
Médico Traumatologista  
CRM: 6960  
CPF: 1043.079.76

Data 27/03/2020

Assinatura/Carimbo  
Eldimar Soares De Araujo





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

**PARAÍBA**  
Governo do Estado

Data: 29/03/2020  
NOME: Schubert Luigi Costa Rodrigues



*Semear a vida*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

## 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 Costa  
CRM 5523

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

Núcleo de Segurança do Paciente  
TRAUMA - CG

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

*Veru Valdo Rodrigues de Souza Junior*

IDADE:

*44*

PRONTUÁRIO:

*2134082*

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ▶▶

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA  
CIRÚRGICA

ENTRADA

PAUSA CIRÚRGICA

SAÍDA

☒ CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE

- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO A SER REALIZADO
- CONSENTIMENTO

☒ CIRÚRGIO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO  
CONFIRMAM VERBALMENTE

- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO

O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA  
EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A  
EQUIPE:

☒ O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

☒ A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS,  
COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU  
NÃO SE APLICAM

☐ BIÓPCIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME  
DO PACIENTE

☐ HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS  
PARA SER RESOLVIDO

☐ O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA?

*NÃO*

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?

*NÃO*

SIM E HA EQUIPAMENTO DISPONÍVEL

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML

(7 ML/KG EM CRIANÇAS)?

*NÃO*

SIM E HA ACESSO VENOSO ADEQUADO E

PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA  
NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

*SI*

NÃO SE APLICA

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?

*SI*

NÃO SE APLICA

☒ O CIRÚRGIO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE  
ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES  
ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO  
DESTE PACIENTE

*Altair de L. N. Brandão*  
A CONFERIR





*Dr. Anuar Murad Filho*

*Clínica 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  
Médico - CRM-PB 8.742  
Av. Dr. João da Mata, nº 400  
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

CPF DATA NASCIMENTO  
036.224.694-71 28/10/1975

RELACÃO  
JOSE RODRIGUES DE  
SOUZA  
FRANCISCA DE SOUZA  
DANTAS

PERMISSÃO

ACC

CAT HAB  
AC

Nº REGISTRO  
03997657640

VALIDADE  
17/10/2024

1ª HABILITAÇÃO  
15/12/2006

OBSERVAÇÕES

*Nerivaldo Rodrigues de Souza Dantas*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO  
21/10/2019

*Amalá*

71511845748  
PB039104672

ASSINATURA DO EMISSOR

PARAÍBA

DENATRAN

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1838812562

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1838812562

## INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

NQK4462

[Imprimir Consulta](#)

Último Licenciamento: 2020  
 Proprietário: \*\*\*\*\*  
 Placa: NQK4462  
 Combustível: ALCO/GASOL  
 Marca/Modelo: HONDA/NXR160 BROS  
 ESDD  
 Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET  
 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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTERIO DA JUSTICA			
DETRAN - PB		Nº	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
VR	COO. REG. AM	RTS	EXERCICIO
			2020
NOME / ENDEREÇO			
*****			
PLACA		PLACA	
NQK4462			
PLACA ANT. / P		CHASSI	
ESPECIE / TIPO		COMBUSTIVEL	
PASSA / MOTOCICLET		ALCO/GASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB. ANO MOD.	
HONDA/NXR160 BROS		2015 2015	
ESDD		COR PREDOMINANTE	
CAP. POT. / CL.		CATEGORIA	
PARTICULAR		PRETA	
COTA ÚNICA		COTA	
30/04/2020		3º	
PREMIO LICENCIAMENTO		PREMIO TOTAL PREMIO LICENCIAMENTO	
OBSERVAÇÕES			
Comunicacao de Venda			
LOCAL		DATA	
CAMPINA GRANDE		12/08/2020	
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB

Nº 014957225334

44968150019

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRT 20190100102737-2

VIA

COD. RENAVAL

RNTRC

1

0103941167-3

00/00000000

NOME/ENDEREÇO

ANTONIO MARCELINO FERREIRA

RUA ANTONIO JOSE FERNANDES 35

53 DA MATA

58100000 CAMPINA GRANDE-PB

CPF/CNPJ

PLACA

49850730415

NOK4462/PB

NOME ANTERIOR

MARIA MARIZETE ARAUJO SOUSA

PLACA ANT/UF

CHASSI

NOVO

PB

9CZKD0810ER416298

ESPECIE TIPO

COMBUSTIVEL

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

ALCO/GASOL

MARCA/MODELO

ANO FAB

ANO MOD

HONDA/NXR160 BROS ESDD

2015

2015

CAP/POT/CIL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

2 P/162 /C1

PARTIC.

PRETA

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMINIO

DOCUMENTO VALIDO SOMENTE PARA TRANSFERENCIA

GUARDE EM LOCAL SEGURO

N. MOTOR : KD08E1F416298

LOCAL

DATA

CAMPINA GRANDE-PB

20/11/2015

# 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: 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 Nº 445/2012

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:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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: 2221 CONTA: 44360 2  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ 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: ☐ 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 (vários)? ☐ 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 - 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 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
*Nerivaldo Rodrigues de Souza Dantas*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

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

**Data da análise:** 08/12/2020

**Valoração 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 DANTAS **Data do acidente:** 25/03/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## 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 atrofia 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 déficit 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, déficit 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 DANTAS **Data do acidente:** 25/03/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## 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 atrofia 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 déficit 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, déficit 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 DANTAS **Data do acidente:** 25/03/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 08/12/2020

**Valoração 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 DANTAS **Data do acidente:** 25/03/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## 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 DANTAS **Data do acidente:** 25/03/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## 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 DAN

**CPF:** 036.224.694-71

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 25/03/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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 DAN

**CPF:** 036.224.694-71

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 25/03/2020

**Titular do CPF:** NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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