
Rio de Janeiro, 10 de Junho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210160542

Vítima: ANTONIO BENTO ROCHA

Data do Acidente: 12/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANTONIO BENTO ROCHA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 13/09/2020, emitido pelo Dr. ANDRÉ GUSTAVO BARBOSA LIMA CRM nº 3040 - PB, da Instituição HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha *uma* das coberturas:



DANS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do contrato ou ASL

3 - CPF de vítima:

4 - Nome completo de vítima:

025 986 164-21 Antonio Bento da Rocha

REGISTRO DAS INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSIP Nº 086/2013

5 - Nome completo:

Antonio Bento da Rocha

6 - CPF:

025 986 164-21

7 - Profissão:

Rocero

8 - Endereço:

Sítio Agua Branca

9 - Número:

512

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Anjo Rural

12 - Cidade:

São Miguel do Tapu

13 - Estado:

PA

14 - CEP:

53 33 4000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(83) 98355-1045

ENDEREÇO DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 9 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 - RENDAS MENSAL DO TITULAR DA COBERTURA:



RECUSO INFORMAR



R\$1,00 A R\$1.000,00



R\$1.501,00 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:



REEMBOLSO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPEANÇA (Somente para os bancos citados. Assinale uma opção)

☐ Banco do Brasil

☐ Caixa

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (100)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0922

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 23049

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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 SOBRENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que esta impossibilidade de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):



Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou



O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou



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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOBRENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (ou Civil)



Divorçado



Separado judicialmente



Víuvo

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:



Sim



Não

30 - Vítima deixou nascituro (vive/não vive)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:



Sim



Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?



Sim



Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura do vítima/beneficiário (dedeente)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00430.01.2021.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00430.01.2021.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:20 horas do dia 26 de maio de 2021, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Aldrovilli Grisi Dantas, matrícula 1684761, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Antonio Bento da Rocha**, conhecido(a) por Turino, CPF nº 025.986.164-21, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Josefa Maria Chaves e Abdon Bento Rocha, natural de São Miguel de Taipu/PB, nascido(a) em 13/01/1963 (58 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Água Branca, Nº S/N, complemento CASA NA ZONA RURAL, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo da Igreja Evangélica Assembléia de Deus, na cidade de São Miguel de Taipu/PB, telefone(s) para contato (83) 98855-1045.

Dados do(s) Fatos:

Local: Pb - 082, nº S/N, Via Pública, Em Frente Ao Autódromo Internacional da Paraíba, São Miguel de Taipu/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 12/09/20 18:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo NXR 150 BROS ES, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2011/2011, UF: PB, placa NQ1-5065, chassi 9C2KD0550BR010031, renavam 0032722876-8, características gerais: Veículo Em Nome de André Soares da Rocha e Demais Dados No C.r.l.v.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

AFIRMA O DECLARANTE QUE QUANDO ESTAVA DE CARONA NO VEÍCULO QUE ERA PILOTADO PELO SEU FILHO NO LOCAL, DATA E HORA, TUDO JÁ DESCRIMINADO ANTERIORMENTE ACIMA, FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE APÓS O CONDUTOR DO VEÍCULO ATINGIR UNS RESTOS DE METRALHAS EXISTENTES NO LOCAL DO ACIDENTE, RESTOS ESTES PROVENIENTE DA REFORMA DA VIA DE CIRCULAÇÃO DE VEÍCULOS, SENDO QUE APÓS A COLISÃO, O SEU FILHO PERDEU O CONTROLE DO SEU VEÍCULO E AMBOS VIERAM A CAIR E SE MACHUCAREM SÉRIAMENTE, SENDO QUE O DECLARANTE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA NA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS PERTINENTES AO CASO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL, E COMO O DECLARANTE PRETENDE DAR ENTRADA PARA O RECEBIMENTO DO SEGURO "D.P.V.A.T." AO QUAL FAZ JUS, VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI. OBSERVAÇÃO: ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL TEM APENAS A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS A CONTAR DESTA DATA, PORÉM O MESMO PODERÁ SER REVALIDADO POR APENAS MAIS DUAS (02) VEZES EM QUALQUER DATA FUTURA E EM QUALQUER DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DESTE ESTADO.

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

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

referida é verdade. Dou fé.

Lucena PB, 26 de maio de 2021.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

ANTONIO BENTO DA ROCHA
Noticiante





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha *uma* das coberturas:



DANS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do contrato ou ASL

3 - CPF de vítima:

4 - Nome completo de vítima:

025 986 164-21 Antonio Bento da Rocha

REGISTRO DAS INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSIP Nº 086/2013

5 - Nome completo:

Antonio Bento da Rocha

6 - CPF:

025 986 164-21

7 - Profissão:

Rocero

8 - Endereço:

Sítio Agua Branca

9 - Número:

512

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Anjo Rural

12 - Cidade:

São Miguel do Tapu

13 - Estado:

PA

14 - CEP:

53 33 4000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(83) 98355-1045

ENDEREÇO DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 9 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 - RENDAS MENSAL DO TITULAR DA COBERTURA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ REEMBOLSO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPEANÇA (Somente para os bancos citados. Assinale uma opção)

☐ Banco do Brasil

☐ Caixa

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (100)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0922

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 23049

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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 SOBRENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que esta impossibilidade de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOBRENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Fallecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vive/não vive)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Fallecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura do vítima/beneficiário (dedeente)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

MARIA DE FÁTIMA SOARES DA ROCHA
SIT. ÁGUA BRANCA, S/A - ÁREA RURAL
SÃO MIGUEL DE TAPUÍ/PB CEP: 58334-000 (AO 113)

CPF/CNPJ/RANI: 045.208.434-21

Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: FRESNTE B1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: MONOFÁSICO
Fórmula: 14 - 10 - 43 - 1460 Nº Medidor: 00008400071

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O

 VALOR DA FATURA
R\$ 47,09

 REFERÊNCIA
Set / 2020

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

 UNIDADE
5/152

 VENCIMENTO
29

 PRAZO
3



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
ANEXO - Hospital - Laceria



Seu nome aqui
PARAIBA
Governo do Estado

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

Boletim de Atendimento: 1256804



Identificação do paciente

CS 1534112	Nome ANTONIO BENTO DA ROCHA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 13/01/1963	Idade 57 anos 7 meses 30 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião
Mãe JOSEFA MARIA CHAVES	Pai ABDON BENTO ROCHA		Prontuário
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)		
DDD Celular 53	Celular 587184277	DDD	Telefone
Tipo documento CPF	Número documento (2598516421)	Nº Cns 700609967244967	
Local de procedência SAO MIGUEL DE TAIPU		Tipo MUNICIPIO	UF PB
Etnia	Naturalidade SAO MIGUEL DE TAIPU	CBO/R	

Endereço

CEP 58334000	Município de residência SAO MIGUEL DE TAIPU	UF PB	Logradouro AGUA BRANCA
Número SH	Complemento	Bairro ZONA RURAL	

Admissão

Data e Hora 12/09/2020 23:32:36	Número da pulseira 1000007792785	Convênio SUS
Especialidade CIP/URGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou JOSENILO		

Sinais Vitais

Ta X	mmHg	Pulso	Temperatura
---------	------	-------	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos	
Diagnóstico	CID
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA	Tempo

Imprimir



ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DE TAIPU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Antonio Berto da Rocha Idade: 57u Sexo: M
Endereço: _____ Telefone p/ Contato: _____

Procedência do Paciente: São Miguel de Taipu
Motivo do Encaminhamento: Análise da cirurgia geral

PA: 180 x 100 Hgt: 157 Temperatura: - Spo2: 94% Bpm: 78 bpm

Medicação Realizada:

- a) _____
b) _____
c) _____
d) _____

Histórico Clínico

Paciente, 57a, vítima de queda de moto há +/- 30min com TCE
leve. Encontra-se alerta e orientado. Nega perda do consciência,
amnésia ou náuseas. Relata afasia e náusea durante a internação.
Presença de ferimento contuso em couro cabeludo e em
fronte, além de hematoma em região periorbitária direita.

→ HD = TCE leve

Dr. Davi Lima Medeiros
Médico
CRM-PB 12743

Ass. do(a) Médico(a) Responsável / Carimbo

São Miguel de Taipu - PB, 12 / 09 / 2020

Cp. S. C. EN 154217

Ass. do(a) Enfermeiro(a) de Plantão

Rua 22 de Abril, S/N - Centro - São Miguel de Taipu - PB - CEP: 58.334-000

Tel: (83) 98741-5474



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



Seus todos
PARAIBA
Governo do Estado

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

Paciente ANTONIO BENTO DA ROCHA	BAE 1256804	Data/Hora Entrada 12/09/2020 23:32:36	Data Baixa
Data de nascimento 13/01/1963	Idade 57a 8m	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987184277
Mse JOSEFA MARIA CHAVES		CNS 700609967244967	Prontuário
Endereço AGUA BRANCA, SN	Bairro ZONA RURAL	Município SAO MIGUEL DE ITAIPU	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EDINILSON CARLOS PEREIRA	Nº Cons. Regional 9058/PB
Data/Hora Classificação 12/09/2020 23:32:36		Data/Hora Prescrição 13/09/2020 00:02:14	

ANAMNESE

PCTE TRAZIDO POR UNIDADE BÁSICA, PROVENIENTE DE SÃO MIGUEL DE ITAIPU, VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO HA MAIS OU MENOS 4H. NEGA USO DE CAPACETE. NÃO SABE PRECISAR O MECANISMO DO TRAUMA, FEZ USO DE ÁLCOOL. REFERE CEFALÉIA GENERALIZADA, DOR IMPORTANTE EM REGIÃO INFRA ORBITARIA A DIR, EGB, GSW 15/15, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, AAA. AO EXAME: SE EVIDENCIA ABRASÕES EM REGIÃO OCCIPITAL, PARIETAL A DIR, FERIDA CRUENTA EM REGIÃO SUPERCILIAR A DIR, ASSOCIADO A HEMATOMA ORBICULAR DO MESMO LADO. EPISTAXE BILATERAL. NEGA QUEIXAS TORACO-ABDOMINAL CD; SOLITO TC DE CRANIO E FACE PARECER DA NCR E BMF ALTA DA CIR GERAL

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

CID10

S09.9 - Traumatismo não especificado da cabeça

Conduta

Em observação

Enfermeiro


EDINILSON CARLOS PEREIRA
(: 9058/PB)

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 12/09/2020 23:32:36



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Seamos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ANTONIO BENTO DA ROCHA	1256804	12/09/2020 23:32:36	
Data de nascimento	Sexo	CNS	Telefone de Contato
13/01/1963	57a 8m	700609967244967	(83) 987184277
Mãe			Prontuário
JOSEFA MARIA CHAVES			
Endereço	Bairro	Município	UF
AGUA BRANCA, SN	ZONA RURAL	SAO MIGUEL DE TAIPU	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEIXA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA	3040/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
12/09/2020 23:32:36		13/09/2020 00:45:21	

ANAMNESE

#BMF# PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, SEM CAPACETE, INGERIU BEBIDA ALCOOLICA. NEGA DESMAIO, VÔMITO, ALERGIAS MEDICAMENTOSAS E DOENÇAS DE BASE, NO MOMENTO CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, VERBALIZANDO, NORMOCORADO, AFEBRIL AO TOQUE, EM EGB AO EXAME FISICO APRESENTA FCC EM REGIÃO SUPERCILIAR D, EDEMA E HEMATOMA INFRAORBITAL D, ACUIDADE VISUAL E MOVIMENTOS OCULARES PRESERVADOS, MOVIMENTOS MANDIBULARES MANTIDOS, BOA ABERTURA DE BOCA, OCLUSÃO ESTÁVEL, TC: APRESENTA FRATURA DE ARCO ZIGOMATICO D E REBORDO INFRAORBITÁRIO D. CD: 1 AGUARDANDO SALA PARA SUTURA 2 PRESCRIÇÃO PARA CASA 3 AOS CUIDADOS DA BMF + NCR

CID10

S02.4 - Fratura dos ossos maxilares e maxilares

Conduta

Em observação


Andre Gustavo Barbosa Luna
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
CRO 3040 PB

Enfermeiro

ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA
(: 3040/PB)

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 12/09/2020 23:32:36



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



PARAÍBA
Governo do Estado

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

Paciente ANTONIO BENTO DA ROCHA	BAE 1251804	Data/Hora Entrada 12/09/2020 23:32:36	Data Baixa 2020-09-13 02:00:28.0
Data de nascimento 13/01/1963	Idade 57a 8m	Sexo Masculino	CNS 700609967244967
Mãe JOSEFA MARIA CHAVES			Telefone de Contato (83) 987184277
Endereço AGUA BRANCA, SN	Bairro ZONA RURAL	Município SAO MIGUEL DE ITAIPU	Prontuário
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA	UF PB
Data/Hora Classificação 12/09/2020 23:32:36		Data/Hora Prescrição 13/09/2020 02:00:37	Nº Cons: Regional 3040/PB

ANAMNESE

PCTE TRAZIDO POR UNIDADE BÁSICA, PROVENIENTE DE SÃO MIGUEL DE ITAIPU, VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO HA MAIS OU MENOS 4H. NEGA USO DE CAPACETE. NÃO SABE PRECISAR O MECANISMO DO TRAUMA, FEZ USO DE ALCOOL. REFERE CEFALÉIA GENERALIZADA. DOR IMPORTANTE EM REGIÃO INFRA ORBITÁRIA A DIR. EGB. GSW 15/15, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, AAA. AO EXAME: SE EVIDENCIA ABRASÕES EM REGIÃO OCCIPITAL, PARIETAL A DIR, FERIDA CRUENTA EM REGIÃO SUPERCILIAR A DIR. ASSOCIADO A HEMATOMA ORBITAR DO MESMO LADO. EPISTAXE BILATERAL. NEGA QUEIXAS TORACO-ABDOMINAL CD: SOLITO TC DE CRANIO E FACE PARECER DA NCR E BMF ALTA DA CIR GERAL

(13/09/2020 00:02:14-EDNILSON CARLOS PEREIRA)

#BMF# PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, SEM CAPACETE, INGERIU BEBIDA ALCOÓLICA, NEGA DESMAIO, VÔMITO, ALERGIAS MEDICAMENTOSAS E DOENÇAS DE BASE. NO MOMENTO CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, VERBALIZANDO, NORMOCORADO, AFEBRIL AO TOQUE. EM EGB AO EXAME FÍSICO APRESENTA FCC EM REGIÃO SUPERCILIAR D, EDEMA E HEMATOMA INFRAORBITAL D, ACUIDADE VISUAL E MOVIMENTOS OCULARES PRESERVADOS, MOVIMENTOS MANDIBULARES MANTIDOS, BOA ABERTURA DE BOCA, OCLUSÃO ESTÁVEL. TC. APRESENTA FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO D E REBORDO INFRAORBITÁRIO D. CD: 1. AGUARDANDO SALA PARA SUTURA 2. PRESCRIÇÃO PARA CASA 3. AOS CUIDADOS DA BMF + NCR

(13/09/2020 00:45:21-ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA)

#NCR# ACIDENTE MOTOCICLISTICO #GCS 15, PIFR, SEM DEFICITS FOCAIS #TC DE CRANIO SEM ALTERAÇÕES RELACIONADAS AO TCE #CD:ALTA NCR

(13/09/2020 01:14:54-GUSTAVO VICTOR NEVES PORTOI)

#BMF# EM TEMPO SUTURA REALIZADA EM REGIÃO DO SUPERCÍLIO DIREITO. CD: 1.SUTURA 2. PRESCRIÇÃO PARA CASA 3. ORIENTAÇÃO 4. ALTA DA BMF

(13/09/2020 02:00:37-ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

CID10

S02.4 - Fratura dos ossos maxilares e maxilares

S09.9 - Traumatismo não especificado da cabeça

Dados coletados anteriormente ☐ utilizar na impressão?

Conduta

Alta médica

Alta

Usuário
ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA

Motivo da alta
ALTA HOSPITALAR

Data e Hora
13/09/2020 02:00:28

Observações:

André Gustavo Barbosa Luna
Cirurgião Bucal-Maxilo-Facial
CRO 3040 PB



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Seus todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031990
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente ANTONIO BENTO DA ROCHA	BAE 1256804	Data/Hora Entrada 12/09/2020 23:32:36	Data Baixa
Data de nascimento 13/01/1963	Idade 57a 8m	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987184277
Mãe JOS EFA MARIA CHAVES		CNS 700609967244967	Prontuário
Endereço AGUA BRANCA, SN	Bairro ZONA RURAL	Município SAO MIGUEL DE TAIPU	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO	Nº Cons. Regional 7650/PB
Data/Hora Classificação 12/09/2020 23:32:36		Data/Hora Prescrição 13/09/2020 01:14:54	

ANAMNESE

#NCR #ACIDENTE MOTOCICLISTICO #GCS 15, PIFR, SEM DEFICITS FOCAIS #TC DE CRANIO SEM ALTERAÇÕES RELACIONADAS AO
TCE #CD.ALTA NCR

Conduta

Em observação

Enfermeiro


GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO
(CRM: 7650/PB)

Bolém registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 12/09/2020 23:32:36



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma



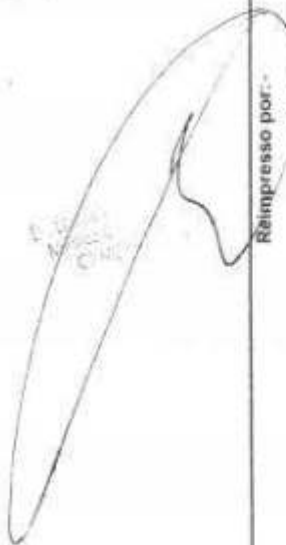
REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM Nº: 687897

Nome	CNS	Idade
ANTONIO BENTO DA ROCHA	700609967244967	
Data de Nascimento	Boletim Emergência	Prontuário
13/01/1963	1256804	
Material a examinar		
Seção:		
SALA DE ESTABILIZAÇÃO		
Data Prescrição:		
13/09/2020 00:02:14		

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

TOMOGRAFIA
Crânio (base)
13/09/2020
RA...
Marta Patricia S. Gomes
Radiologia
CRTR-028621

Reimpresso por:  dia: 

Assinatura e Carimbo do Profissional

Se imprimir, copiar e colar para imprimir e assinar em branco

NCM T 2000



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA


HEFESIL

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Antonio Bento
da Mooka

DATA DO ATENDIMENTO: 13 09 2020

Nº PRONTUÁRIO: 1356804 FICHA: _____

MÉDICO (CARIMBO): _____
André Gustavo de Sousa Lima
Cirurgião Bucal-Maxilo-facial
CRM 3040 PB

DIAGNÓSTICO: Ex de Úlcera Sigmoide
PROCEDIMENTO: Exatoma Gortitel D.

TTO encaminhado

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA


HETSMIL

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Antônio Bento
da Mooka

DATA DO ATENDIMENTO: 13 09 2020

Nº PRONTUÁRIO: 1256804 FICHA: _____

MÉDICO (CARIMBO): _____
André Gustavo de Barros Luna
Cirurgião Bucal-Maxilo-Facial
CRO 3040-PB

DIAGNÓSTICO: Fx da Enca zigomáticos D
PROCEDIMENTO: Curativo Cirúrgico

TTD Camuflado

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

830.324

-2 VIA

DATA DE
EXPEDIÇÃO

07/01/2020

NOME

ANTONIO BENTO DA ROCHA

FILIAÇÃO

AEDON BENTO ROCHA

JOSÉ A MARIA CHAVES

NATURALIDADE

SÃO MIGUEL DE TAIPU-PB

DATA DE NASCIMENTO

13/01/1963

LUGAR DE ORIGEM

CASAM N.2871 FLS.167 LIV.B 08

CARTORIO PILAR PB

CPF

025.986.164-21

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 LEI 08/83

Carteira do Nucleo de Identificação
Carteira Criminal

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

V-02

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

P-148

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Antonio Bento da Rocha

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO



-IDENTIFICAÇÃO

VITIMA _____
 DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VITIMA _____
 PORTADOR EM INDICACAO _____
 QUALIFICACAO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUBO PARA TISCO COM
 A VITIMA E _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR _____
 Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
 CIDADE _____ UF _____ CEP _____
 E-MAIL _____

HALESSON (70) SMÅRA GÅRD, RÖDINGEN 100 METERE.

• - DOCUMENTOS BASICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () RESCOTO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- () CARTÃO DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTÃO DE TRABALHO OU CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CRI DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- () MANIFESTAÇÃO DE REAPRESENTAR O LAUDO DO IML - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE GERAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ, MESMAMENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETEM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU PROVAÇÃO DE RESIDÊNCIA (FOTOCOPIA)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CANCELAMENTO DE INDEVIDUZAÇÃO DA VÍTIMA (FOTOCOPIA) COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CUPOM DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTÃO DE TRABALHO OU CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COMA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (COMA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CONFORMAÇÃO DA RESIDÊNCIA EM RELAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (COMA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DETALHADO DA RESIDÊNCIA (FOLHA)
- QUESTÃO REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VOTANTE MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAIMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA ESTATUÍDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TENDIMENTO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO FIELMO ASSISTENTE, IMPLANTANDO AS LESÕES DESCRITAS EM DECOMPOSIÇÃO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CONTOPOHENTES (FOTOGRAFIAS E LESÕES) DAS PESSOAS AFETADAS HOSPITALARES QUANTAS
- () NOTAS FOLHAS (PARÁGRAFOS E LESÕES) DE FARMACIA ACORPOMANOS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROMISSO DE PESQUISA DA MORTE DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESERVAÇÃO ABREVIADA)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / ORÇAMENTO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS RELACIONADOS, TAL COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- 1) ATRIBUÍDA DE FORTITUDE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOMEM, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA MACHADO DE HABILITAÇÃO (CARTA SIMPLES E LEGÍVEL)
- 2) CDF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOMEM (CARTA SIMPLES E LEGÍVEL)
- 3) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOMEM (CARTA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- 4) CÓDIGO REPRESENTANTE LEGAL E QUEDA REPRESENTA A VITUALIDADE DE A 15 ANOS (PODE SER EM QUALQUER IDADE)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- [illegible]

PARÂMETRO DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE	DATA
------------------------------------	------

RESPONSIVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGUNDA O

References

1

1

1

ACKNOWLEDGMENTS

Anthony
De Pace

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210160542 **Cidade:** São Miguel de Taipu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO BENTO ROCHA **Data do acidente:** 12/09/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/06/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ASSOALHO DO ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: **AMD500 NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210160542 **Cidade:** São Miguel de Taipu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO BENTO ROCHA **Data do acidente:** 12/09/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/06/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: .

Resultados terapêuticos: .

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: **AMD500

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0128874/21

Vítima: ANTONIO BENTO ROCHA

CPF: 025.986.164-21

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 12/09/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO BENTO ROCHA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIO BENTO ROCHA : 025.986.164-21

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 01/06/2021
Nome: ANTONIO BENTO ROCHA
CPF: 025.986.164-21

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/06/2021
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

ANTONIO BENTO ROCHA

MARCELA DO CARMO DE LIMA