

Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **SIVALDO VICENTE DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180288712**

Vitima: **SIVALDO VICENTE DA SILVA**

Data do Acidente: **01/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180288712**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- DUT faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

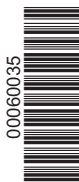
Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13015589



Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: SIVALDO VICENTE DA SILVA

Nº Sinistro: 3180288712

Vitima: SIVALDO VICENTE DA SILVA

Data do Acidente: 01/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180288712**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13017006





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

Rio de Janeiro, 24 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180288712

Vítima: SIVALDO VICENTE DA SILVA

Data do Acidente: 01/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), SIVALDO VICENTE DA SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

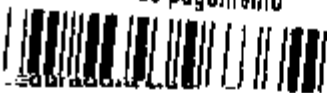
Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, SIVALDO VIRENTE DA SILVA, BRASILEIRO, SOLTEIRO, GARF
 COORDENADOR(A) DO RGNº 3.208.019 EXPEDIDO POR SSDS/PB EM 09/11/2018 E
 CPF 073554634-33 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO GARF
 E RENDA MENSAL DE R\$ 958,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA SIVALDO VIRENTE DA SILVA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 443/2012, que trata da prevenção à lavagem do dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 234 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2009-5 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1003142-8

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

MAMANGUARA, 05 de JANEIRO

de 2018

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou Ligue para o SAC DPVAT 0800-0222204.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 003/2018

Ocorrência nº. 0817/2018

*Inu
cabo*



Aos 9 dias do MAIO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Policia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **SIMONE QUIRO DE SÁ MACIEIRA**, Delegado(a) de Policia Civil, comigo, escrevã(o) Ad Hoc EURIBES FAGUNDES DE OLIVEIRA, aí, por volta 09h:13min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

SIVALDO VICENTE DA SILVA, conhecido por -, Identidade nº 3208019-2VIAº-SSP/PB, CPF nº 07555465477, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: solteiro(a), profissão: funcionario publico, filho(a) de Manoel João De Souza E Severina Vicente Da Silva, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 14/08/1986, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Travessa Do Rosario, 529, Centro, tendo como ponto de referência: -, fone(s) para contato: (83) 991339343.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Policia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRANSITO;
- 2) DATA DO FATO: 01/01/2018, segunda-feira; <
- 3) HORÁRIO: 11h:0min;
- 4) LOCAL: EM FRENTE AO BANCO DO BRASIL DE MAMANGUAPE-PB.

5) DESCRIÇÃO DO VEÍCULO:

TIPO: MOTOCICLETA; MARCA: HONDA NXR BROS FS; MODELO: 150; PLACA: NPW6601-PB;
CHASSI: 9C2KDB550DR110836; COR: Vermelha; ANO/MODELO: 2012/2013;
LICENCIADO EM NOME DE: DO COMUNICANTE.

6) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE no dia e local acima descrito o comunicante foi vitima de um acidente de transito em frente ao banco do brasil de Mamanguape-PB; QUE o comunicante foi socorrido pelo seu irmão de carro particular para o Hospital regional de Mamanguape-PB e em seguida encaminhado para o "TRAUMINHA" e la o comunicante teve todo atendimento Hospitalar; QUE o comunicante passou 04(quatro) dias internos; QUE o comunicante teve em seu "LAUDO" CID S82.6 FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO ESQ; QUE o comunicante se encaminhou a essa delegacia de policia para registrar.

8) OBSERVAÇÕES:

não consta.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

Sivaldo Vicente da Silva

SIVALDO VICENTE DA SILVA
Comunicante

[Assinatura]
Ad Hoc Euribes Fagundes De Oliveira
Escrivão Ad Hoc - Matrícula nº 5764

15-JUN-2018 11:53 472319 1/1
SERVIDOR LIDER DPVST 02



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

SIVALDO VIRENTE DA SILVA portador da carteira de
identidade nº 3.208.019 e inscrito no CPF/MF sob o nº 075.534.684-27
residente e domiciliado na R. ARIOSVALDO R. COSTA
cidade MAMANGUAPE, Estado PARAIBA, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de
prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo
superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de
invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração
permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico
Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a
correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº
6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia
concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu
conteúdo.

Sivaldo Virente da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

MAMANGUAPE/PB, 05/01/2018.

Local e data



RAO

CERTIDÃO

Nº. 0476/2018

Atendendo solicitação de DANIEL VIEIRA SMITH e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº90827 e Prontuário nº 2018.01.000075, pertencentes a **SIVALDO VICENTE DA SILVA** que foi atendido dia 01/01/2018 às 15H37min, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tornozelo unimaleolar do tornozelo esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 03/01/2018 com alta médica dia 04/01/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 15 de março de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



SIVALDO VIRENTE DA SILVA, BRASILEIRO, SOLTEIRO,
no nº 3.208.019, data de expedição 09/11/2018, Órgão SSDS/PB

CPF nº 075.554.654-77, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA ARIOSVALDO R. COSTA</u>
Número	<u>529</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>MAMANGUAPE (CENTRO)</u>
Cidade	<u>MAMANGUAPE</u>
Estado	<u>PARÁIBA</u>
CEP	<u>58280-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 987125439</u>
E-mail	<u>DVSEPC@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: MAMANGUAPE - PB, 05/01/2018

Assinatura do Declarante: Sivaldo Virente da Silva

150
70
10[illegible]

Accepted: 1999-07-26

7555465477

5/1560313-7

Abstract

En el primer semestre de 1997, el 40% de los estudiantes de la Facultad de Ingeniería de la Universidad de Chile, en la carrera de Ingeniería Industrial, se graduó con un promedio de 10 o más en la asignatura de Matemática. Este porcentaje se comparó con el porcentaje de estudiantes que se graduó con un promedio de 10 o más en la asignatura de Matemática en el primer semestre de 1996, el cual fue de 35%.

363,03

VENCIMENTO
01/01/2018

29

Historico de Consumo (E14.5)

RESERVADO AO FISCO

Indicadores de Qualidade

Valor do EUSTO (Pa) 10 (2017) R\$ 17,22

Faturas em atraso

- O cancelamento da cobrança e a emissão da fatura sem esta cobrança podem ser solicitados a qualquer momento na distribuidora



Declaração do Proprietário do Veículo

SIVALDO VIRENTE DA SILVA, BRASILEIRO, SOLTEIRO
RG nº 3.208.019, data de expedição 09/11/2011
Órgão SSDS/PB, portador do CPF nº 075.554.654-77, com
domicílio na cidade de MAMANGUAPE, no Estado de
PARAÍBA, onde reside na (Rua/Avenida/Estrada)
R. ARIOSVALDO R. COSTA, nº 075,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima SIVALDO VIRENTE DA SILVA cujo o condutor era
SIVALDO VIRENTE DA SILVA

Veículo: HONDA
Modelo: NXR150 BROS ES
Ano: 2012/2012
Placa: NFW 6601/PB
Chassi: 9CZKD0SS0DR110836
Data do Acidente: 01/01/2018
Local e Data: MAMANGUAPE/PB, 05/01/2018

Sivaldo Virente da Silva
Assinatura do Declarante

Sivaldo Virente da Silva

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 90827 Atd: Nao Regula
Data: 01/01/2018
Hora: 15:37:16
Recepcionista: ANA CARLA LYRA DOS S
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.01.000075

Nome: SIVALDO VICENTE DA SILVA

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3208019 Fone: 91217315

Natural: MAMANGUAPE/PB Data Nasc.: 14/08/1986 Id: 31 ano(s)

Documentacao medico - hospitalar

End.: TRAVESSA DO ROSARIO, 529 NAO TROUXE CARTAO DO SUS

Bairro: CENTRO Cidade: MAMANGUAPE UF: PB

Mae: SEVERINA VICENTE DA SILVA

Pai: MANOEL JOAO DE SOUZA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupacao: SECRETARIO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: SEGUNDO GRAU INCOMPLETO

Resp.: SIVALDO VICENTE DA SILVA

Trat/Doc. Responsavel: 91217315 / IDENTIDADE: 3208019

Endencia: HOSPITAL HOSP.GERAL DE MAMANGUAPE

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2:

[X] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

TRAUMA DE TORNOZELO E

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

Dr. Karley Sarmiento
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 5602

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo) .

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

Nome: <i>Sivaldo Vicente da Silva</i>				Registro:	
Idade: <i>31a</i>	Sexo: <i>Masc</i>	Cor:	Clínica: <i>Traumatol</i>	EMP:	LR:
Data: <i>01/01/2018</i>			Cirurgião: <i>Alexandre Galvão</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>			2º Assistente:		
Anestesista: <i>Imbelloni</i>			Instrumentador: <i>Tânia</i>		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura do Maléolo Lateral esquerdo</i>					<i>S82.6</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Osteossíntese do Tornozelo</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA**Posição e Preparo:***Paciente em decúbito dorsal sob anestesia**Realizado garroteamento de membro inferior**Assepsia + Antissepsia**Aposição de campos cirúrgicos estéreis***Incisão:***Incisão em região lateral do tornozelo esquerdo**Dissecção por planos até foco de fratura**Hemostasia com eletrocautério***Achados:***Visualização de fratura do maléolo lateral***Conduta:***Realizada manobra de redução**Redução de fragmentos ósseos com uso de intensificador de imagem**Aposição de 01 Placa 1/3 tubular 3.5mm + 04 parafusos corticais + 02 parafusos maleolares**Realizado RX controle**Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%***Fechamento:***Fechamento por planos de planos musculares, subcutâneo e pele**Curativo**Tala bota gessada***OBS:**Data: 03 / 01 / 18

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9428 SSTO 4603

MÉDICO/CRM

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME Sivaldo Vicente da Silva				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 31 anos	SEXO Masc	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 01/01/2018		DATA DE ALTA 04/01/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA 03 dias	
DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura do Maléolo Lateral do tornozelo Esq.				CID S82.6	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo lateral					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO				COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES) Paciente portador(a) de fratura de maléolo lateral foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...					
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: Ciprofloxacina, Pradaxa (100mg) e Profenid					
RETORNO: Ao posto de saúde em 15 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 15 dias para revisão.					
DATA 04.01.2018				ASS. MÉDICO / C.R.M. Dr. Alexandre Galvão Ortopedia e Traumatologia CRM 9128 SBO 9603	
Este documento destina-se à comprovação de atendimento nos locais para DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					



ATESTADO MÉDICO

Atesto pára os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Sivaldo Vicente da Silva portador(a) da identidade RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 9 horas, portador(a) da patologia CID-10 S.82.6, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 60 (sesenta) dias, a partir desta data. 03/05/2018

João Pessoa, 04/05/18

Dr. Tiago Bruno F. Pinheiro
MÉDICO

Assinatura do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(a) _____ a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO



CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Sivaldo Vicente
da Silva

DATA DO ATENDIMENTO: 03/01/18

Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA: _____

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Gahia

DIAGNÓSTICO: Fx Maleolo lat (E)

PROCEDIMENTO: osteossíntese

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO.



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

JOSE DA SILVA

11/03/1996

11/03/1996

11/03/1996 FLS. 200V 1 IV. 023
CENÁRIO MAMANGUAPÉ-PE

074.554.654-77

LEI N° 7.116 DE 29.03.03

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA DEFESA SOCIAL

IDENTIFICAÇÃO

Carlos S. Silva

ASSISTENTE SOCIAL

V-02

P-236




REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO Nº 012710478155
VIA 0050823891-7 00/00000000-2016

STIVALDO VICENTE DA SILVA

0755546597-7 NPA NPW6601/PB

NOVOAANT/JFPB 902KD0550DR10836

PAS/MOTOCICLETA/NOO APLIC ALCOOL/GASOL

HONDA/NXR150 BROS ES

2012/9 902KD0550DR10836

TPVA BAGAEM 3060562016

1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO 902KD0550DR10836

SEM RESERVA DE DOMENIO

17/08/2016

DATA 13684

142

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012710478155 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SIVALDO VICENTE DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

2016 17/08/2016

EXERCICIO DATA EMISSAO

SIVALDO VICENTE DA SILVA

PLACA

RENAVAM

07555465477

NPW6601/PB

00509338917

HONDA/NXR150 BROS ES

PRÊMIO TARIFÁRIO

2012/9 (R\$) 9

902KD0550DR10836 DO SEGURO (R\$)

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

SEGURO P A G O

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

COTA UNICA

PARTICULAR

SECURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.508/0001-04

13684-1399409201606017

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

AS.: 0225636/18
Vítima: SIVALDO VICENTE DA SILVA
CPF: 075.554.654-77

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 01/01/2018
Titular do CPF: SIVALDO VICENTE DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



SIVALDO VICENTE DA SILVA : 075.554.654-77

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 15/06/2018
Nome: SIVALDO VICENTE DA SILVA
CPF/CNPJ: 075.554.654-77

Data do cadastramento: 22/06/2018
Nome: Patrícia Aleixo Silva
CPF: 068.560.787-12

SIVALDO VICENTE DA SILVA

Patrícia Aleixo Silva



Seguradora Líder - DPVAT



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Silvestre Vicente da Silva
DATA DO ACIDENTE 01/01/2018 CPF DA VÍTIMA 015.554.654-77
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL CUIO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR R. Aristóteles R. Costa
Nº 629 COMPLEMENTO _____ BA/RIO _____
CIDADE Maragogipe UF PE CEP 58280-000
E-MAIL clvape@gmail.com TELEFONE (82) 99133-9343

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VÍTIMA, FRETADOR DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE AUSÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFO: MANO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 33.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO: WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 032 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
IDENTIDADE 3.908.049.55319
ASSINATURA Silvestre Vicente da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 07/06/18 MATR. CORREIOS 8977147
NOME MARCOS DE SOUSA E SILVA
ASSINATURA _____

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>
Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>
Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Lider, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Lider except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Lider. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Fróes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RE5: Produção: 13/03/2018

Intencionalmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Respeitosamente,

Arthur Fróes
Gerente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br

55 21 3861-4286



seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 21º andar
Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-904