



Seguradora Líder • DPVAT

Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2016

Carta nº: 9681472

A/C: JOAO BATISTA VIEIRA DE ALMEIDA

Sinistro: 3160534634 ASL-0916987/16
Vitima: JOAO BATISTA VIEIRA DE ALMEIDA
Data Acidente: 31/01/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2016

Carta nº: 9691601

A/C: JOAO BATISTA VIEIRA DE ALMEIDA

Sinistro: 3160534634 ASL-0916987/16
Vítima: JOAO BATISTA VIEIRA DE ALMEIDA
Data Acidente: 31/01/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 05 de Outubro de 2016

Carta nº: 9828549

A/C: JOAO BATISTA VIEIRA DE ALMEIDA

Sinistro: 3160534634 ASL-0916987/16
Vítima: JOAO BATISTA VIEIRA DE ALMEIDA
Data Acidente: 31/01/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOAO BATISTA VIEIRA DE ALMEIDA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000732

Conta: 000002286-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDEN



AT

Nº 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, João Batista Vieira de Almeida
 PORTADOR(A) DO RG Nº 1.150.859 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 09/08/1988
 CPF 723094584-49 / CNPJ 0000000000-000000-00, PROFISSÃO Agricultor
 E RENDA MENSAL DE R\$ Reclusão NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA João Batista Vieira de Almeida, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS. Almeida.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de 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 Lotéticas 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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0732 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 02296 - 3

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.

Deposito de 02 de Maio de 2016 João Batista Vieira de Almeida
 Santos/PB 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 0800-0221204.

CG CORRETORA DE SEGURO

Adriana Cirne

Data: 12/08

CAIXA Loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

063-656304562-0

03/MAR/2016

HORA DE 15:35:10

LOT: 13.20452 8
LOCALIDADE: BRELJO DOS SANTOS
AG. VINCULADA: 3510

TERM: 051005

CONTROLE: 492037244

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0732 013 00002286 3

JOAO BATISTA V ALMEIDA

VALOR : 5,00

ESTE RECIBO E VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

063 656304562-0

VIA DO CLIENTE

MBM
SEGURADORA

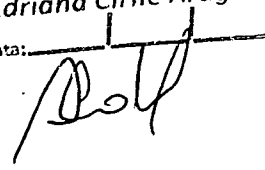
08 JUN 2016

DPVAT/RJ

CG CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Adriana Cirne Aragão

Data:



**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

Nome do(a) Examinado(a): Joao Batista Vieira de Almeida
Endereço do(a) Examinado(a): R Projetada, S/N
Novo Horizonte Brejo dos Santos PB CEP: 58880-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 1150859
Data local do exame: [24/09/2016] Pombal [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
- TRAUMA CONTUSO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO. TRAUMA DE FACE COM PERDA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS. AO EXAME BOM ESTADO GERAL. AUSÊNCIA DE DÉFICIT COGNITIVO OU MOTOR. MARCHA LIVRE E NORMAL. PERDA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS. MMSS SEM ALTERAÇÃO DO TÔNUS E TROFISMO MUSCULAR. COM LIMITE LEVE DA ADM DO OMBRO DIREITO. CREPTAÇÕES GROSSEIRAS EM OMBRO DIREITO.**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(X) Sim () Não
- Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(X) Sim () Não
- Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
- NO MOMENTO REFERE DOR E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO BRAÇO DIREITO.
Data da alta: 31/03/2016
REALIZADO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO. NEGA FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA.
Complicações: NDN**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
- Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
- LIMITE LEVE DA ADM DO OMBRO DIREITO.**
- Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o 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 (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> <p>() "Exame não permite conclusão"
<i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
Ombro - Lado Direito
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
- () Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Rosana B. Duarte de Paiva
Dr.ª Rosana B. Duarte de Paiva
Médica - CRM 4183-PB/CREMEPE 19914
CPF: 587.738.514-34



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2015
Ocorrência nº. 253/2016

Aos VINTE E TRÊS dias de FEVEREIRO de DOIS MIL E DEZESSEIS, nesta cidade de CATOLÉ DO ROCHA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). DEMETRIUS PATRICIO DE L. MELO ; Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, ai, por volta 14h:20min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

JOÃO BATISTA VIEIRA DE ALMEIDA ✓, conhecido por PIQUENO, Identidade nº 1.150.859-SSS/RN , CPF nº 723094584-49, nacionalidade brasileiro , estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Francisco Alves De Almeida Rita Vieira Xavier , natural de Alexandria /RN, nascido(a) em 04/04/1967 (48 anos de idade), do sexo MASCULINO, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada S/N Novo Horizonte , tendo como ponto de referência: , na cidade de BREJO DOS SANTOS , fone(s) para contato: (83) 9-9977-1036.

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 Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) DATA DO FATO: 31 de janeiro de 2015;
- 3) HORÁRIO: 14h:0min;
- 4) LOCAL: SÍTIO PILAR MUNICÍPIO BREJO DOS SANTOS ;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: HOSPITAL REGIONAL DE CATOLE DO ROCHA-PB ;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO ;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? NÃO

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

HONDA /CG 125 TITAN KS , VERDE , ANO/MOD 2002/2002 , MOB 0305/PB , CHASSI 9C2JC30102R210640,
LICENCIADO NOME DE JOÃO BATISTA VIEIRA DE ALMEIDA .

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

LAVOIZIER DE MELO SILVA, CPF 761.266.504-25. RG 1.183.053. SSP/ PB ENDE: PROJETADA, NOVO HORIZONTE - BREJO DOS SANTOS /PB
VALDELICI VIEIRA DA SILVA N RG 1.207.989 SSP/ PB RUA FRANCISCO PEREIRA DE LIMA, 121 JOSE CALIXTO BREJO DOS SANTOS -PB

8) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE VINHA CONDUZINDO A MOTO EM DIREÇÃO AO SÍTIO PILAR, QUANDO UM ANIMAL (JUMENTO) SAIU DE DENTRO DO MATO E CONDUTOR COLIDIDO COM ANIMAL, CHEGANDO A CAIR DA MOTO SOFRENDO SUSPEITA DE FRATURA COMO CONSTA NA FICHA DE ATENDIMENTO DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CATOLÉ DO ROCHA. NADA MAIS A CONSIGUIR

9) OBSERVAÇÕES:

ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE TRINTA DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).

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

CG CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Adriano: O que é aragão

Data:

Agosto 1958

JOÃO BATISTA VIEIRA DE ALMEIDA
Comunicante

Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 182.047-8

ARTIFICIO, conforme estatui o Art. 2º do Decreto
Lei nº 2.146 de 25 de Abril de 1940, que a presente
cópia fotostática está igual ao original que me foi
apresentado e conferi, do fê.
Catolé do Rocha 23 de 02 de 2016

TABELIÃO

Dr. José Marques Razzari
Escravidão

Ex. 4. Digital: 4 CX 23661-4
Consulte a autenticidade em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

ACX23661-RMA3



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, João Batista Vieira de Almeida,
portador da carteira de identidade nº 1.150.859 e inscrito no
CPF nº 723.094.584-49, residente e domiciliado na
Rua Projetada Sme - Novo Horizonte - 58880-000.
Brejo dos Santos, Cidade Brejo dos Santos,
Estado PB, 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.

João Batista Vieira de Almeida

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação



Brejo dos Santos/PB - 23/03/2016.

Local e data

CG CORRETORA DE SEGUROS L:

Adriana Cirne Aragão

Data: 23/03/2016

[Assinatura]



PREFEITURA MUNICIPAL DE CATOLÉ DO ROCHA - PB
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: USB07

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA 31/01/26	OCORRÊNCIA Nº 0024	PACIENTE / USUÁRIO Joaquim Bolívar Vieira de Almeida	IDADE	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA PB 323 - Brega dos Sentes		BAIRRO Zona Rural	MÉDICO REGULADOR Augusto	
APOIO NO LOCAL: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE/BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:				
QTA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTROS:				

TIPO DE AGRAVO

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA _____ METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

MOTIVO DE TRANSPORTE

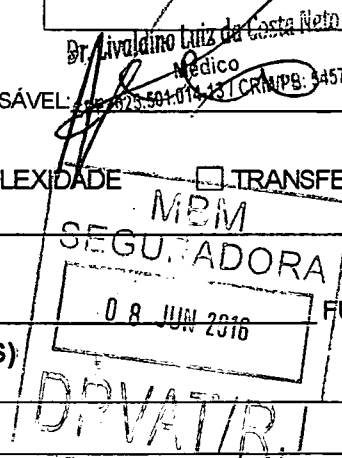
☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

Dor no M.S.D. + Vômito



DADOS VITAIS

VAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30irpm ☐ <30irpm / PULSO RADICAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☒ >90mm Hg ☐ <90mm Hg
PA: 120 x 90 FC: 85 FR: - TEMP: - °C GLICEMIA: - mg/dl - E. Com a: 15 SpO2s/O2: 98% SpO2d/O2: -

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Desobstrução Ineficaz das VAA	<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Cardiopulmonar Ineficaz
<input type="checkbox"/> Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída	<input type="checkbox"/> Disreflexia Autônoma	<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz
<input type="checkbox"/> Comunicação Verbal Prejudicada	<input checked="" type="checkbox"/> Dor Aguda	<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Renal Ineficaz
<input type="checkbox"/> Confusão Aguda	<input type="checkbox"/> Hipertermia	<input type="checkbox"/> Termorregulação Ineficaz
<input type="checkbox"/> Deambulação Prejudicada	<input type="checkbox"/> Hipotermia	<input type="checkbox"/> Troca de Gases Prejudicada
<input type="checkbox"/> Débito Cardíaco Diminuído	<input type="checkbox"/> Integridade da Pele Prejudicada	<input type="checkbox"/> Ventilação Espontânea Prejudicada
<input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/> Integridade Tissular Prejudicada	<input type="checkbox"/> Volume de Líquidos Eficientes
<input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Medo	<input type="checkbox"/> Volume Excessivo de Líquidos
<input type="checkbox"/> Incontinência Intestinal	<input type="checkbox"/> Intolerância a Atividade	<input type="checkbox"/> Retenção Urinária
<input type="checkbox"/> Eliminação Urinária Prejudicada	<input type="checkbox"/> Mucosa Oral Prejudicada	<input type="checkbox"/> Percepção Sensorial Perturbada
<input type="checkbox"/> Padrão Respiratório Ineficaz	<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz	<input type="checkbox"/> Interação Social Prejudicada
<input type="checkbox"/> Outros		

INTERVENÇÕES

SSVU + Imobilização em prancha rígida + Colar Cervical + Imobilização com tala do M.S.D.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente consciente, orientada, vítima de Colisão Rod. x Automóvel, com suspeita de fratura no M.S.D. No momento a mesma estava sem consciência. Imobilizado de acordo com o protocolo e realizado A.V. com S.R.L. por Regulação Médica, encaminhado ao H.P.C.R.

CG CORRETORA DE SEGUROS LTDA
Adriana Cirne Aragão
Data: 31/01/26

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

01 Soro Ringier lactado 02 pacote de gaze esteril
01 Jaleco do 01 Bola de papelão
01 Equipamento de Soro
04 Algodões

CG CORRETORA DE SEGURANÇA

E.C.G.

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☒ NÃO REALIZADO

Adriana Cirne Aragão

Data: _____

EXAME NEUROLÓGICO

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL _____ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICOS

Adriana Cirne
Data: _____
[Assinatura]

PROCEDIMENTOS

<input type="checkbox"/> DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS	<input checked="" type="checkbox"/> PUNÇÃO VENOSA	<input type="checkbox"/> DRENAGEM TORÁCICA
<input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL-"AMBU")	<input checked="" type="checkbox"/> TALAS/TRACÃO	<input type="checkbox"/> INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (02)
<input type="checkbox"/> MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA	<input type="checkbox"/> OROTRAQUEAL	<input type="checkbox"/> Sonda VESICAL
<input type="checkbox"/> CRICOTIREIDOSTOMIA	<input type="checkbox"/> Sonda GÁSTRICA	<input type="checkbox"/> SEDAÇÃO
<input type="checkbox"/> CÂNULA OROFARÍNGEA	<input type="checkbox"/> RESPIRADOR	<input type="checkbox"/> CURATIVO
<input type="checkbox"/> INTUBAÇÃO NASO/ROTRAQUEAL	<input type="checkbox"/> DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO	<input checked="" type="checkbox"/> COLAR CERVICAL
<input type="checkbox"/> CONTROLE DE HEMORRAGIA	<input checked="" type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS	
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS: Prancha rígida		

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

01 Soro Ringier lactado

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO

☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

☒ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA

NOME: _____ R.G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT.: _____

ENFERMEIRO(A): Misael Popel COREN: 366.353 MAT.: Misael Rafael de Lima

AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: _____ COREN: _____ MAT.: COREN/PB: 366.353
CNS: 165453790820018

CONDUTOR: Indole COREN: _____ MAT.: _____

JOAO BATISTA VIEIRA DE ALMEIDA
RUA PROJETADA, S/N - NOVO HORIZONTE
BREJO DOS SANTOS / PB CEP: 58880000 (AG: 245)

Classe/Subcl: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 5 - 250 - 515 - 300
Nº medidor: 00008311981

Referência: Fev/2018
Emissão: 10/02/2018

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Ox 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690
CNPJ 09.036.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000.361.473
Código para Dúvida Automática: 000148 66 724



Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/1465572-4

Fev/2016

Canal de contato

Apresentação

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
- Redução do valor da bandeira vermelha para o patamar 1, R\$ 3,00 a cada 100 kWh consumidos, vigente a partir de 01/02/2016

10/02/2016

Data prevista da próxima leitura

10/03/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

72309458448

Insc. Est.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
11/01/16	4417	10/02/16	4498	1

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 05/02/2016 PAGAS
OBRIGADO!

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30kWh-BR	30	0,14483	4,33
Consumo - 31 a 100kWh-BR	48	0,24794	12,14
Adic. B. Vermelha			1,58
Subsídio			18,13
ICMS			13,36
PIS			0,69
COFINS			3,20
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
JUROS DE MORA 01/2016			0,05
MULTA 01/2016			1,00
Devolução Subsídio			-18,13

Histórico de Consumo (kWh)

Jan/16	102
Dez/15	86
Nov/15	83
Out/15	88
Set/15	85
Ago/15	74
Jul/15	69
Jun/15	65
Mai/15	51
Abr/15	69
Mar/15	87
Fev/15	55

Média dos últimos meses
77 kWh

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	53,45	25,00	13,36
PIS	53,45	1,3000	0,69
COFINS	53,45	6,0000	3,20

VENCIMENTO
17/02/2016

TOTAL A PAGAR
R\$ 36,36

b39d.6e7d.0095.0b8c.5f91.b58d.3f9b.ec4e.

Indicadores de Qualidade 12/2015 - Catolé do Rocha

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	7,30	0,00
DIC TRIMESTRAL	14,53	
DIC ANUAL	29,06	
FIC MENSAL	3,60	0,00
FIC TRIMESTRAL	7,22	
FIC ANUAL	14,45	
DNIC	4,14	0,00
DICRI	12,22	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	12,08	22,17
Compra de Energia	18,34	35,48
Serviço de Transmissão	0,84	1,73
Encargos Setoriais	3,83	7,03
Impostos Diretos e Encargos	18,30	33,58
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	54,48	100,00

Valor do EUSD (Ref. 12/2015) R\$ 9,57

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 18,13

CG CORPORAÇÃO DE SEGUROS LTDA

Adriana Carneiro

Data:

PARAIBA

Roteiro: 5 - 250 - 515 - 300

VENCIMENTO
17/02/2016

TOTAL A PAGAR
R\$ 36,36



ESTADO D
SECRETARI..



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

NIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):
ÓDIGO DA UNIDADE: 2613476CNPJ/CPF: 08.778.267/0027-08
OME: HOSPITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES
NDEREÇO: RUA JOSÉ FACUNDO DE LIRA B: GATO PRETO Nº 433 CPE: 58.802.180.
MUNICÍPIO: SOUSA ESTADO: PARAÍBAUF:PB

ACIENTE: João Batista Vieira de Almeida
US: 124.047.7473.0002 IDADE: 38 SEXO: M RACA: 01
ATA NASC: 04/04/67 PROFISSÃO: Copilador
NDEREÇO: R. Profeta da
AIRRO: Manoel Luiz MUNICÍPIO: Bxpo dos Santos
STADO: PB CEP: 58.880.600 DOCUMENTO: RG 1.150.859
ATA DO ATENDIMENTO: 31/04/16 COD. MUNICÍPIO: 25.02.90
ONTATO 83998166519 Mãe Rita Vieira Xavier
acompanhante:

NAMNESE DE EXAME FÍSICO SUMÁRIO:

PAUENTE VÍTIMA DE TRAUMA, COM SINAIS
DE MAUHA FRATUR + DOR NO Membro DIREITO

AMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

RESULTADOS

16:00
A: 140 x 90 mmHg
GT: 152 mg/dL 06:00 L
A: 130 x 100

ATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECUSOS

Ins 1000 + Ins 20
MORONA DIAP + AD (en) 10
MAQU DIAP + AD (en) 20
MORONA DIAP + AD (en) 20

AGNÓSTICO /CID

TRAUMA STIMO

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA

CONSULTA BASICA (PAB):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

ORTOPEDIA PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO:

- ☒ 01- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERG
☐ 02- PRIMEIRA CONSULTA; (ELETIVA)
☐ 03- CONSULTA SUBSEQUENTE; (ELETIVA)
☐ 04- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGENCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE
☐ 05- VACINAÇÃO DE ROTINA
☐ 06- VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);
☐ 07- VACINAÇÃO DE CAMPANHA;
☐ 08- PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE
☐ 09- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

020404051-2532

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

- ☒ 01- PRESCRIT ☐ SERVAÇÃO ☐ IDÊNCIA INTERN ☐
☐ 02- APLICADA ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ BITO ☐ UTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: 0205020046-225320

CÓDIGO PROCEDIMENTOCBO IDADE
013011060629 225125
0204030170 225320
0204010080 225320
0204040016 225320

Recepcionista:

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(S) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

POLEGAR DIRETA

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO

CG CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Adriana Cirne Aragão

Data: 16/04

Cirurgia Quel 11:20h

PC refusa de um
flanco D; não hemostático

Oro max:

doença flácida
e molares

Ad: dieta livre

- JF 019 x 1000ml 11

- T12 AT12 20g H2O 1C 22 22

12/12h

- Observação G.H.

Dr. Felipe G. Cordeiro Feitoza
CIR. GERAL/MASTOLOGIA
CRM 6024

CG CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Adriana Cirne Aragão

Data: 12/12

Cirurgia Quel 18h

PC com quimo
de dor ocular.

Ad: Alta cir. Quel

- Observação domiciliar

- Obs. ortopneia

Dr. Felipe G. Cordeiro Feitoza
CIR. GERAL/MASTOLOGIA
CRM 6024

06:00

P.A. = 130 x 100 mmHg

HGT = 140 mg/dl

* 03-01-18

Alta de cirurgia

TC normal

Dr. Ismar Gonçalves Melo Jr.
CIR. GERAL/ENDOSCOPIA
CRM-98 6422

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

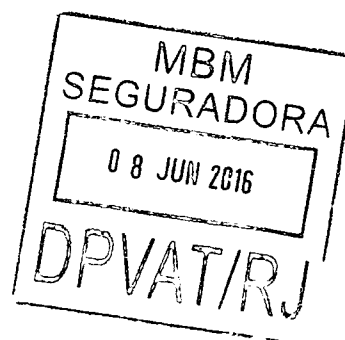
Paciente : João Batista V. de Almeida Idade: 48 anos Data: 01/02/2016
Médico solicitante: Dr. Diego Galdino
Setor: amarela

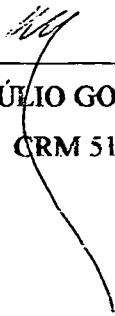
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN LAUDO

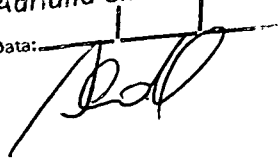
- Fígado apresenta aumento difuso de sua ecogenicidade (sem formações nodulares focais).
- Vesícula biliar de topografia usual.
- Ausência de cálculo vesicular.
- Canal hepático e canal colédoco de calibres normais.
- Pâncreas mal visibilizado por excesso de gás intestinal em sua topografia.
- Rim direito, apresenta dilatação discreta do sistema pielo-calicial médio, por acúmulo de líquido homogêneo.
- Rim esquerdo, apresentando topografia, textura do seio renal e textura córtico-medular normais.
- Baço de textura sólida homogênea.
- Veia cava inferior e aorta abdominal mal visibilizadas por excesso de gás intestinal em suas topografias.
- Cavidade peritoneal, no momento, sem evidências de líquido livre, pelo método ecográfico.
- Bexiga pouco repleta.

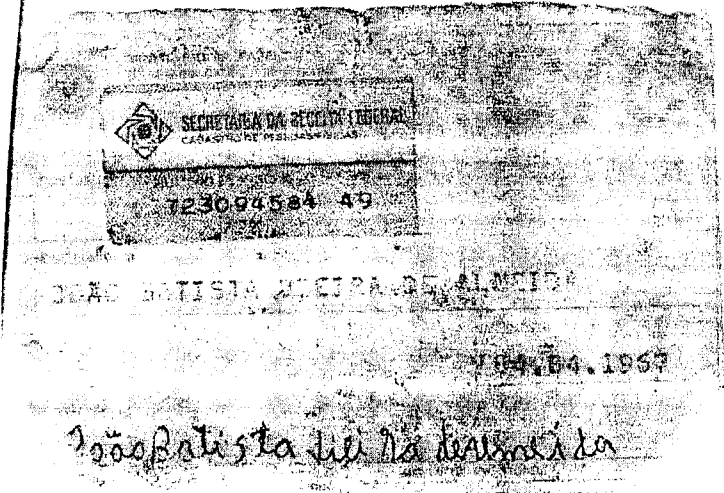
CONCLUSÃO:

- Esteatose hepática moderada (grau II).
- Dilatação discreta do sistema pielo-calicial renal direito.

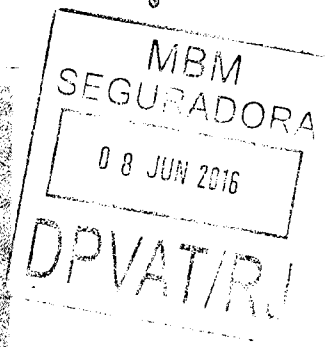
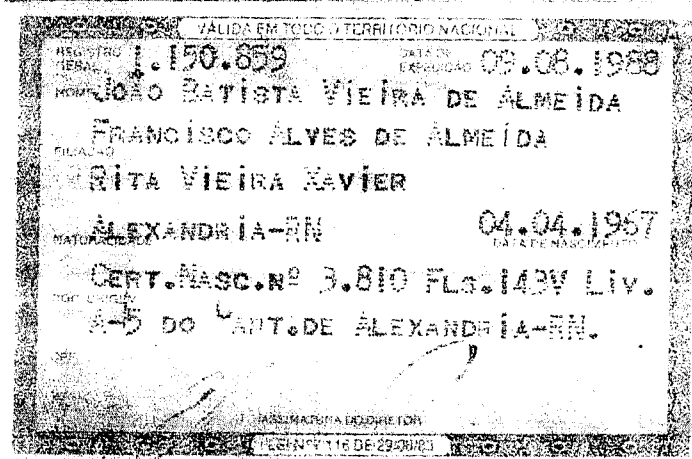



DR. MARCO TÚLIO GOMES B. GONÇALVES
CRM 5113/PB

ADRIANA CIRNE ARAGÃO DE SEGUROS LTDA
Adriana Cirne Aragão
Data: 




Vlt. 3
09



CG CORRETORA DE SEGUROS LTDA
Adriana Cirne Aragão
Data:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0916987/16
Vítima: JOAO BATISTA VIEIRA DE ALMEIDA
CPF: 723.094.584-49

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 31/01/2015
Titular do CPF: JOAO BATISTA VIEIRA DE ALMEIDA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOAO BATISTA VIEIRA DE ALMEIDA : 723.094.584-49

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.

Portador da documentação entregue

Data: 08/06/2016
Nome: JOAO BATISTA VIEIRA DE ALMEIDA
CPF : 723.094.584-49

JOAO BATISTA VIEIRA DE ALMEIDA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 08/06/2016
Nome: Adriana Cirne Aragao
CPF: 885.178.454-04

Adriana Cirne Aragao

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0916987/16
Vítima: JOAO BATISTA VIEIRA DE ALMEIDA
CPF: 723.094.584-49

Data do Acidente: 31/01/2015
CPF de: Próprio Titular do CPF: JOAO BATISTA VIEIRA DE ALMEIDA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOAO BATISTA VIEIRA DE ALMEIDA : 723.094.584-49

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.

Portador da documentação entregue

Data: 08/06/2016
Nome: JOAO BATISTA VIEIRA DE ALMEIDA
CPF/CNPJ: 723.094.584-49

JOAO BATISTA VIEIRA DE ALMEIDA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 08/06/2016
Nome: Adriana Cirne Aragao
CPF: 885.178.454-04

Adriana Cirne Aragao



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA João Batista Vieira de Almeida
DATA DO ACIDENTE 31/01/2016 CPF DA VÍTIMA 723.094.584-49
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Projetada
Nº 519 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Novo Horizonte
CIDADE Brejo dos Santos UF PB CEP 58880-000
E-MAIL _____ TELEFONE () _____

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)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (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 CONFIRMEM 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, INFORMANDO 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 CONFIRMEM 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

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. 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 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.MBMDPVAT.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS 0800 541 2555

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 02/05/2016
CPF 723.094.584-49
ASSINATURA João Batista Vieira de Almeida

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
NOME Adriana Cirne Aragão
Data: _____
ASSINATURA [Assinatura]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PB Nº 012298175227
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA - COD. RENAVAM 1 0078428481 - EXERCÍCIO 2016

JOAO BATISTA VIEIRA DE ALMEIDA

72309458449 PLACA MOB0305/PB

PLACA ANT. / CHASSI
NOVO PB 9C2JC30102R210640

ESPECIE/TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAO APPLIC COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 TITAN KS ANO FAB. 2002 ANO MOD. 2002

CAP / POT / CIL 2 P/124 /CI CATEGORIA PARTIC COA PREDOMINANTE VERDE

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º VENC / COTAS
IPVA PAGO EM 24/02/2016
FAIXA IPVA. PARCELAMENTO / COTAS 2º
A ***** 0 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 24/02/2016

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO
VEIC. COM ACORDO DE PARCELAMENTO

BREJO DOS SANTOS - PB DATA 25/02/2016

36633 33928

DPVAT/RJ
08 JUN 2016
MBM
SEGURADORA

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012298175227 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2016 25/02/2016

VIA - CPF / CNPJ PLACA
1 72309458449 MOB0305/PB

RENAVAM MARCA / MODELO
0078428481 HONDA/CG 125 TITAN KS

ANO FAB. COTA ÚNICA Nº CHASSI
2002 9 9C2JC30102R210640

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)
***** SEGURO P A G O

PAGAMENTO DATA DE OUTRAÇÃO
COTA ÚNICA PARCELADO 24/02/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

33928-0912289-20160225

CG CORRETOIRA DE SEGUROS LTDA

Adriana Cirne Aragão

Data:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160534634 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO BATISTA VIEIRA DE ALMEIDA **Data do acidente:** 31/01/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/09/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NO OMBRO DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA(BAM INCONCLUSIVO)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160534634 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO BATISTA VIEIRA DE ALMEIDA **Data do acidente:** 31/01/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO. TRAUMA DE FACE COM PERDA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME BOM ESTADO GERAL. AUSÊNCIA DE DÉFICIT COGNITIVO OU MOTOR. MARCHA LIVRE E NORMAL. PERDA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS. MAS SEM ALTERAÇÃO DO TÔNUS E TROFISMO MUSCULAR. COM LIMITE LEVE DA ADM DO OMBRO DIREITO. CREPITAÇÕES GROSSEIRAS EM OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO, NÃO REALIZOU FISIOTERAPIA .

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 24/09/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rosana Bezerra Duarte de Paiva

CRM do médico: 4183

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

