



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 inicio 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,





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.

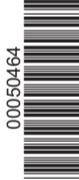
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio 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 n°: 9828549

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.: 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

Autorização de pagamento



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 SSPIPB EM 09/08/1988
 CPF 793094584-99 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO Agricultor
 E RENDA MENSAL DE R\$ Recurso 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 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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0732 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 02276 - 3

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

Brasília, 02 de Maio de 2016 João Batista Vieira de Almeida
Santos IPB 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:

Caixa Econômica Federal

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
LOCAL IDADE: BRLJO DOS SANTOS
AG. VINCULADA: J510
CONTROLE: 492037244

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0732 013 00002286 3

JOAO BATTISTA V ALMEIDA

VÁLOR : 5,00

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

063 656304562-0

VIA DO CLIENTE



CG CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Adriana Cirne Aragão

Data:

Adriana Cirne Aragão
Data: 11/06/2016

**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. MMSM 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 (*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

"Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

Ombro - Lado Direito

% do dano: 10% residual **(X) 25% leve**
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

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)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Rosana Bezerra Duarte de Paiva
Dr. Rosana B. Duarte de Paiva
Médica - CRM 4183-PB/CREMEPE 1994
CPF: 587.738.514-34



GOVERNO DA PARAÍBA

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, escrivã(o) do seu cargo, áí, 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: SITIO PILAR MUNICIPIO 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 CONDUZIÁ 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/VITIMA 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 BATISTÀ 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 SITIO 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 SAUDE DO MUNICIPIO DE CATOLÉ DO ROCHA. NADA MAIS A CONSIQUINAR

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, escrivã(o) que digitei.

CG CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Adriana Marques Bragaão

Data:

JOÃO BATISTA VIEIRA DE ALMEIDA

Comunicante

Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 182.047-8

ATESTÍFICO, conforme estatui o Art. 2º da Decreto
Lei nº 2.149 de 25 de Abril de 1949, que a presente
cópia fotostática está igual ao original que se
apresentado e conferi, do fó.

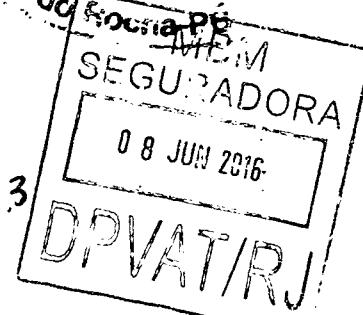
Catolé do Rocha 23 de 02 de 2016

TARELIÃO

Carlos Marques Bragaão
Escrivão

Ex-Digital: ACX23661-RMA3

Consulte a autenticidade em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>





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 Projeta da Sime - Novo Horizonte - 58880-000, 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 LTDA

Adriana Cirne Aragão

Data:



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

Comprovação de ato declaratório
0005



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: USB 07

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA 31/01/26	OCORRÊNCIA N° 0029	PACIENTE / USUÁRIO João Botelho Vieira de Almeida	IDADE	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA PB 323 - Bairro das Serras		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"/> CPTAN <input type="checkbox"/> STRANS <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 AGRADO

<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:
<input type="checkbox"/> OUTROS:	

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

Br. Juvolino Luiz da Costa Neto
Médico

CRN/PB: 5457

MOTIVO DE TRANSPORTE

APOIO DIAGNÓSTICO SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE TRANSFERÊNCIA SIMPLES
 OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

Dores M.S.D + Vérulas

MBM
SEGURADORA

08 JUN 2016

DR. VAFIRI

DADOS VITAIS

WAA: LIVRE OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: >30ipm <30ipm / 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/02 _____ % SpO2d/02 _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ansiedade | <input type="checkbox"/> Desobstrução Ineficaz das WAA | <input type="checkbox"/> Perfusion Tissular Cardiopulmonar ineficaz |
| <input type="checkbox"/> Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída | <input type="checkbox"/> Disreflexia Autônoma | <input type="checkbox"/> Perfusion Tissular Gastrointestinal ineficaz |
| <input type="checkbox"/> Comunicação Verbal Prejudicada | <input checked="" type="checkbox"/> Dor Aguda | <input type="checkbox"/> Perfusion 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 Deficientes |
| <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"/> Perfusion Tissular Cerebral Ineficaz | <input type="checkbox"/> Interção Social Prejudicada |
| <input type="checkbox"/> Outros | | |

INTERVENÇÕES

SSU V + Imobilização em prancha rígida + Colar Cervical +
Imobilização com Tela de M.S.D.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente consciente, orientado, vítima de colisão hor. x animal,
com suspeita de lesão no M.S.D. No momento o mesmo
estava sem capacete. Imobilizado de acordo com o protocolo
e realizado A.V.P com S.R.L poi regulagem médica, encaminhado ao H.R.C.D.

EG CORRETORA DE SEGUROS LTDA
Adriana Cirne Aragão
Data: 01/02/2016

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

01 Soro Ringer Lactado 01 pacote de gaze estéril
 01 gelco do 01 Tala de papelão
 01 Equipo de Sons
 04 Algodões

CG CORRETORA DE SEGUROS

Adriana Cirne Aragão

Data: _____

E.C.G

 NORMAL ALTERADO NÃO REALIZADO**EXAME NEUROLÓGICO** AGITAÇÃO SONOLÊNCIA COMA CONVULSÃO OTORRAGIA RIGIDEZ MIDRÍASE**EXAME GINECO-OBSTÉTRICO** ABORTAMENTO HEMORRAGIA VAGINAL NORMAL _____ SEMANAS TRABALHO DE PARTO OUTROS: _____**DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS****DIAGNÓSTICOS**

Adriana Cirne

Data: _____

Adp

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/TRAÇÃO | <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/OROTRAQUEAL | <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: <i>Prova de rigidez</i> | | |

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

01 Soro Ringer 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 ELEVAÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)**RECUSA**

NOME: _____ R.G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT.: _____
 ENFERMEIRO(A): *Misael Rafael* COREN: *366.353* MAT.: *Misael Rafael de Lima*
 Enfermeiro
 COREN/PB: 366.353

AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: _____ COREN: _____ MAT.: _____
 CNS: 165458760820018

CONDUTOR: *Indale* COREN: _____ MAT.: _____



SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ESTADO DE
SECRETARIA
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL



NÍDADe 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 N° 433 CPE: 58.802.180.

MUNICÍPIO: SOUSA

ESTADO: PARAÍBA/UF:PB

PACIENTE: *João Batista) Vivero de Almeida*

US: 2613476747930002 IDADE: 58 SEXO: M RACA: 01

DATA NASC: 09/04/67 PROFISSÃO: *Agricultor*

ENDEREÇO: *R Prolíndia*

BAIRRO: *Manoel Luiz* MUNICÍPIO: *Belo dos Prazeres*

ESTADO: PB CEP: 58.880.600 DOCUMENTO: RG: 1.150.859

DATA DO ATENDIMENTO: 31/01/16 COD. MUNICÍPIO: 95.0240

CONTATO: 83998366519 Mãe: *Rita Vivero Souza*

acompanhante:

NAMNESE DE EXAME FÍSICO SUMÁRIO:

PAUTANTE VÍTIMA DE INSUMO, COM SINTOMAS

DE MASTIGA FRAUDE E DOR NO RABO/PROTEÍNA

AMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

OR	1
VRN	1
SEGURADO	1
JUN	1
08	1
SE	1

RESULTADOS

16:00

A: 140 x 90 mmHg

GT: 15.2 mg/dL 06:00

A: 130 x 100

ATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECUSOS

3 re 100/1 re 1/20 1/20 1/20
extensas diazepam + 100 re 1/20 1/20
100 mg diazepam + 100 re 1/20 1/20
100 mg diazepam + 100 re 1/20 1/20

AGNÓSTICO / CID

DR. DIAZEPAM 100 mg

Documentação médica Hospitalar
00000000000000000000000000000000

14.50
CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA

CONSULTA BÁSICA (PAB):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

ORTOPEDIA

TIPO DE ATENDIMENTO:

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

0205020046-225320

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

- 01- PRESCRIT SERVAÇÃO IDÊNCIA INTERN
 02- APLICADA OUTRO HOSPITAL BITO OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: 0205020046-225320

CÓDIGO PROCEDIMENTOCBO

0301161606249	2251125	1
02040301170	225320	1
020401010180	225320	1
02040101016	225320	1

Recepção:

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

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

<i>Salvador Vivero Souza</i>	<i>POLEGAR DIREITO</i>
<i>Salvador Vivero Souza</i>	<i>POLEGAR ESQUERDO</i>
<i>Salvador Vivero Souza</i>	<i>ASS. DO REVISOR</i>

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR
ADMINISTRATIVO-CARIMBO

Cirurgia Gel 11:20h

Pc refere dor em
flor a d; nexo hemostatico

Do max:

dolor em flôrdo
e mudoler

Ad: dicto livre

- IFROR x 1000ml 10

- T12ATL 20g 700ml x 22
12/12h

- Observações

6h

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

CG CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Adriana Cirne Aragão

Data:

Red

Cirurgia Gel 18h

Pc com queime
de dor ouvindo.

Ad: Alta ar. Gel

- Liberação domiciliar
- Objet. ortopédico

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

06:00

P.A = 130 x 500mmHg
HGT = 140 mg/dl

* 03-02-16

Alta de Cirurgia

TC normal

Tomar Contrações Melo 1/2
Geral / Endoscopia
CRM-95 6422

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Paciente : Joaão 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

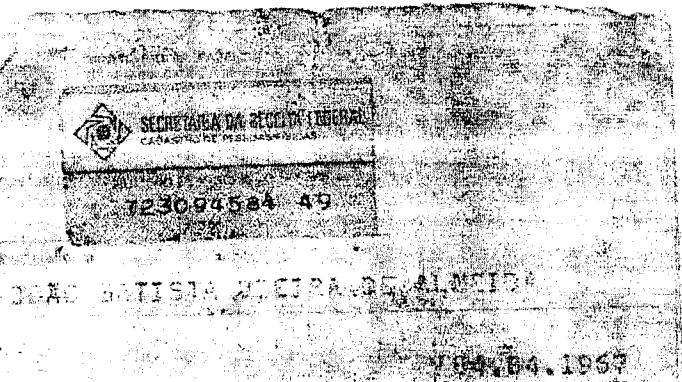
CRM 5113/PB

MBM SEGURADORA LTDA

Adriana Cirne Aragão

Data:

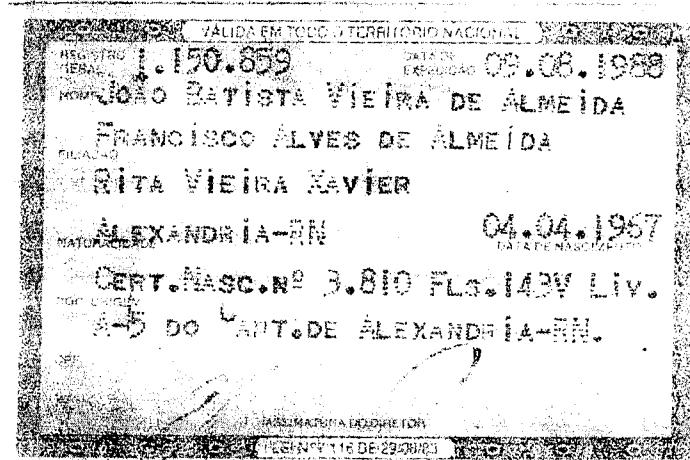
[Handwritten signature]



João Batista Vieira de Almeida

VIT.3

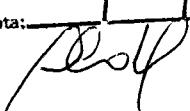
09



CG CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Adriana Cirne Aragão

Data: 11/06/2016





PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

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 médica-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

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 08/06/2016

Nome: JOAO BATISTA VIEIRA DE ALMEIDA
CPF : 723.094.584-49

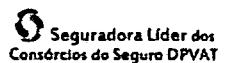
Data: 08/06/2016

Nome: Adriana Cirne Aragao
CPF: 885.178.454-04

JOAO BATISTA VIEIRA DE ALMEIDA

Adriana Cirne Aragao

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



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 médica-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

Responsável pelo recebimento na seguradora

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

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

JOAO BATISTA VIEIRA DE ALMEIDA

Adriana Cirne Aragao

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA João Batista Vieira de Almeida
 DATA DO ACIDENTE 31/01/2015 CPF DA VÍTIMA 723.094.584-49

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTEESCO COM
 A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Projetado

Nº 510 COMPLEMENTO BAIRRO Novo Horizonte

CIDADE Brejo dos Santos UF PB CEP 58 880-000

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) Exame
 SAMU
 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, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO Depósito

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, TAISS 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 SEGURODORA
 OU CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DATA Adriana Cirne Afagão

NOME Data:

ASSINATURA Pop

João Batista Vieira de Almeida Pop Adriana Cirne Afagão

575739

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 012298175227

VIA: COD. RENAVAM: 007842848144-094000000000
1 007842848144-094000000000 2016

JOAO BATISTA VIEIRA DE ALMEIDA

PLACA: MOB0305/PB
PLACA ANTO: 72309458449
Nº CHASSI: 9C2JC30102R210640
ESPECIE/VEIC: PAS/MOTOCICLE/ MOTO/CICLO
COMBUSTÍVEL: GASOLINA
MARA / MODELO: HONDA/CG 125. TITAN KS
ANO FAB.: 2002 ANO MOD.: 2002
CAP / POT / CIL: 2 P/124 /CI CATEGORIA: PARTIC
COP / PREDOMINANTE: VERDE
COTA ÚNICA: IPVA PAGO EM: 24/02/2016
VENC. COTA ÚNICA: 1^º
FAIXA IPVA: 0
PARCELAMENTO / COTAS: 2^º
A: 3^º
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$): * * * * *
IOF (R\$): * * * * *
PRÉMIO TOTAL (R\$): * * * * *
DATA DE PAGAMENTO: 24/02/2016
SEGURADO: PAGO
OBSERVAÇÕES:
SEM RESERVA DE DOMÍNIO
VEIC. COM ACORDO DE PARCELAMENTO
0
BREJO DOS SANTOS - PB
DATA: 25/02/2016
36633 33928

DPVAT/R
MBM
SEGURADORA
08 JUN 2016

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU FOR 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: 2016 DATA-EMISSÃO: 25/02/2016

VIA: 72309458449 CPF / CNPJ: MOB0305/PB

RENAVAM: 007842848144-094000000000 MARCA / MODELO: HONDA/CG 125. TITAN KS
Nº CHASSI: 9C2JC30102R210640

ANO FAB.: 2002 CANTARIE: 9
COP / PREDOMINANTE: VERDE

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$): * * * * *
DENATRAN (R\$): * * * * *
CUSTO DO SEGURO (R\$): * * * * *
FNS (R\$): * * * * *
CUSTO DO BILHETE (R\$): * * * * *
IOF (R\$): * * * * *
TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$): PAGO
PAGAMENTO: PAGO
DATA DE OUTAÇÃO: 24/02/2016
COTA ÚNICA: PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

33928-0912289-20160225

CG CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Adriana Cirne Aragão
Data: 20/02/2016

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

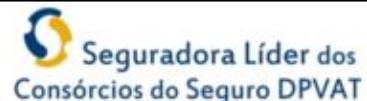
CRM do médico: 52.86271-1

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 AO EXAME BOM ESTADO GERAL. AUSÊNCIA DE DÉFICIT COGNITIVO OU MOTOR. MARCHA LIVRE E NORMAL.
médico pericial: 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: