

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150762057 **Cidade:** Marizópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO MARTINS DOS SANTOS **Data do acidente:** 11/04/2015 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Vítima sofreu escoriações múltiplas no corpo.

Descrição do exame médico pericial: Vítima relata dor no joelho esquerdo ao deambular. Ao exame: Encontra-se bem, sem limitação de movimentos nos membros superiores, sem limitação nem edema no mesmo. Não há sequelas permanentes.

Resultados terapêuticos: Foi medicado e dado alta. Não há sequelas permanentes.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 18/09/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: João Merez Bandeira de Sousa

CRM do médico: 5401

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

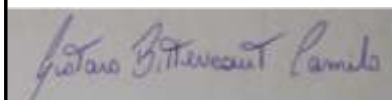
ACE Gestão de Saúde Ltda.

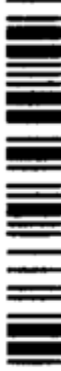
Médico revisor: GUSTAVO B CAMILO

CRM do médico: 52.94275-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Seguradora Líder - DPVAT

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. Recomendase o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Francisco Matheus dos SantosPORTADOR(A) DO RG Nº 001415647 EM 24 / 04 / 12 EEXPEDIDO POR SSP/ENCPF 009699334-24 / CNPJ 00000000-00 - PROFISSÃO

E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O INSMO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Sussep 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 podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
- Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- 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 depósitos;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

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.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo, junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

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

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

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.

Santos-PB 29 de Abril de 2015

LOCAL E DATA

FRANCISCO MAIN SP DSSANT

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

INVESTPREV

- 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 lesões) e reembolso 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 SAC DPVAT 0800-0721204.

Caixa Econômica Federal

SAC 0360 726 0101
CAFIUDORIA 0800 725 7474

107-392705116-2

17/ABR/2015

HORA DE 13:39:36

101: 13.18256-7

TERM: 04357

LOCALIDADE: APARECIDA

CONTROLE: 623000073

AG. VINCULADA: 0556

DEPOSITO EM DINHEIRO

0558 013 00046740-9

FRANCISCO MARTINS DOS SANTOS

VALOR

5,00

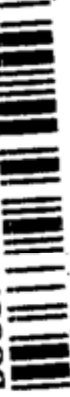
ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPOSITO

107-392705116-2

CÓPIA DO CLIENTE

INVESTPREV

29 AGO. 2015



ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL

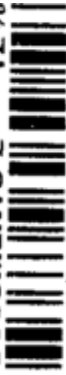
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE MARIZÓPOLIS/PBCERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL - Nº 022/2015NATUREZA: ACIDENTE DE TRÂNSITO.DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registros de Ocorrências nº 04, nele encontrei Registro de Ocorrência Policial, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos seis (06) dias do mês de maio(05) do ano de dois mil e quinze (2015), nesta cidade de Marizópolis/PB, na Delegacia de Polícia Civil, presente a autoridade policial Delegado de Polícia Civil Dr. Francisco Cláudio Beserra, comigo, escrivão de seu cargo no final assinado e declarado, compareceu: **FRANCISCO MARTINS DE SOUSA**, brasileiro, casado, agricultor, natural de São Fernando/RN, com 52 anos de idade, RG (carteira de identidade) nº 001.415.647 SSP/RN, CPF (cadastro de pessoas físicas) nº 009.699.574-24, filho de Patrocínio Martins dos Santos e de Francisca Lopes, residente no sítio Bai Mouto, s/ nº, Bairro: Área Rural, Cidade: Aparecida/ PB. Declara: Que no dia 11 de abril de 2015, por volta das 17h00, conduzia uma motocicleta Honda/C 100 Biz ES, ano/mod. 2000/2000, cor verde, placa MCG 6049/PB, chassi 9C2HA0710YR257545, licenciada em nome de Claudineia dos Santos Sousa, pela rodovia estadual que dar acesso a cidade de São Francisco, levando como passageira a sua esposa **MARIA DE FÁTIMA PEREIRA ALEXANDRE**, portadora do CPF 031.908.674-70, quando um veículo de marca e condutor não identificado, colidiu na traseira da moto, jogando o declarante e sua esposa fora da pista de rolamento. Afirma que devido a queda o declarante teve escoriações em MIE e sua esposa teve dor na região lombar, sendo socorrido pelo Samu conduzindo-os para o Hospital Regional de Sousa, onde receberam cuidados médicos. Nada mais a declarar, ciente das imputações contidas no artigo 299, do CPB, depois de lido e achado conforme, espoco a certidão. O referido é verdade. Dou fé Marizópolis/PB, 06 de maio de 2015.

DECLARANTE: FMA nº 0156700011m1107 do Samu

INVESTPREV

29 AGO. 2015



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Francisco Martins dos Santos portador da carteira de identidade nº 001415647 e inscrito no CPF/MF sob o nº 009699574-24 residente e domiciliado na Sit Bai morto declaro, sob as penas da lei, que Cidade Opavinda Estado Pernambuco para os fins de requerimento de estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para o 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
- (X) 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.

FRANCISCO MARTINS DOS SANTOS

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Sava-Pb, 29 de Abril de 2015

Local e data

INVESTPREV

29 AGO. 2015



Secretaria Municipal de Saúde

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192

Sousa, 24 Abril de 2015.

Ao Sr.(a)

Em resposta a vossa solicitação recebida em 23 de Abril de 2015 passa a informar o que seque:

Nº da ocorrência: 0038

Vitima: Francisco Martins dos Santos

Sexo: Masculino

Data: 11/04/15

Local da Ocorrência: ***

Médico Intervencionista: Dr Chico de Clota

Viatura: USB02

Condutor: Jose Filho

Téc. Enfermagem: Bruno

Enfermeiro: Jose Lins

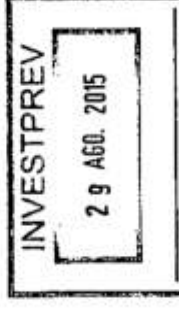
Natureza da Ocorrência: USB02 acionada para atendimento a vitima colisão-carro x moto . No local vitima sentada, consciente, orientado , Glasgow 15 , apresentando escoriações em MIE , sem sinais de fraturas . Imobilizado em prancha rígida e membros, colar cervical mais AVP com SRL e encaminhado a HRS, sob- regulação medica para avaliação.

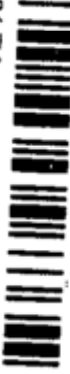
Renata Soares Virginio

Renata Soares Virginio

Coordenadora Administrativa

Renata Soares Virginio
Diretora Administrativa





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco Martins dos SantosRG nº 001415647, data de expedição 24/04/12 Órgão SSP/RN

CPF nº 009699574-24, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que residô no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praca)	<u>Rua Rei Mato</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Aracá Rural</u>
Cidade	<u>Apucarana</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>58823-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 8181-8197 / 93446560 / 99194307</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me:

Local e Data: Souza - 29 de Abril de 2015Assinatura do Declarante: FRANCISCO MARTINS DOS SANTOS

INVESTPREV

29 AGO. 2015

**DECLARAÇÃO À SEGURADORA LÍDER, RESPONSÁVEL
PELOS CONSÓRCIOS DPVAT.**

Cidade: Sousa, UF: PB, Data: 05 de 06 de 2015.
Nome: Francisco Martins dos Santos.
Profissão: Agricultor.
Estado Civil: casado.
CPF: 009.699.574-24.
Nascimento: 27.04.1963.
Natural de: São Fernando/RN.
Endereço: Rua Boa Morio, 5N, Aparecida - PB.
Benefício pleiteado: Invalidez.

Dados do

Veículo: Planta / C100 Brz, UGR06, ANO / MODELO 2000,
PLACA MOG-6049, CHASSI 9C2HA0710YR257545

Data do Acidente: 11.04.2015.

Em razão de exigência feita pela Seguradora Líder, responsável pelos consórcios DPVAT, venho através de o presente documento, informar a impossibilidade da localização do proprietário do veículo, visto que o mesmo foi procurado e não localizado. O Referido é verdade.

*Francisco Martins dos Santos

Assinatura

2.438.406

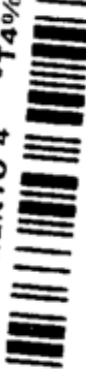
RG:

INVESTPREV

29 AGO. 2015

DOCUMENTO 4

-T4%-



CARTÓRIO NOTARIAL - REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS | PROTESTO DE TÍTULOS
2º OFÍCIO DE SOUSA - PB
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
FRANCISCO MARTINS DOS SANTOS
Em test. da verdade, Sousa - PB 08/06/2015 08:22:30
Antonio Gonçalves de Azevedas Neto - ESCRIVÃO
(2015-002025) EML-RS 17.737 F88FEN-RS 0123 FEB-RS 0123 ISS-RS 0123
SOL. DIGITAL: RPPS123P-RS123P

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / APERFEIÇOAMENTO USF: 02

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA		Sexo ☒ Masc. ☐ Fem.	
Data 23/04/15	Ocorrência nº 0038	Idade 30	Estado RJ
		Profiss. / Ocupação FARMACIA	Medico Registrado
Local da Ocorrência		Bairro	
☐ Anexo no Local	☐ PAI	☐ Relato / Bônus	☐ Relato / Fato
☐ Relato / Fato	☐ Relato / Fato	☐ Relato / Fato	☐ Relato / Fato

TRAUMA

DESTINO: 14-PS
RESPONSÁVEL: [Assinatura]
OBS: [Assinatura]
☐ SIM ☐ NÃO

TEMPO DE RESPOSTA - HORÁRIO: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO - TIPO DE AGRADO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

CINEMÁTICA CAUSA
☐ QUEDA < 5m ☐ QUEDA > 5m ☒ QUEDA PRÓPRIA ALTURA ☒ QUEDA DE MOTO ☐ SEM CAPACETE NO ACIDENTE ☐ CAPACETE DE TIPO POR TERCEIRO
☐ COLISÃO FRONTAL ☐ COLISÃO LATERAL ☒ COLISÃO TRASEIRA ☐ ATROPELAMENTO ☐ CARRO ☐ MOTO ☐ BICICLETA ☒ CARRO X MOTO
☐ MOTO X MOTO ☐ CARRO X ÔNIBUS ☐ CAPOTRAMENHO ☐ DESACERTO DE SEGURANÇA ☐ CN TR0¹ 2 3 4 5 6 7
☐ NÚMERO DE VÍTIMAS NO LOCAL _____ OU DENTRO DO VEÍCULO _____ AIR BAG NÃO ACIONADO ☐ DIR ☐ ESQ
☐ AFOGAMENTO GRUPO _____ QUEIMADURA GRAU _____ CHOQUE ELÉTRICO ☐ DESAMALHEITO ☐ FIB ☐ FMF
☐ OUTRO: _____
☐ ACIDENTE DE ESPORTE ☐ AGRESSÃO FÍSICA
☐ INTOXICAÇÃO E HIGIENIZAÇÃO DE ☐ ESCORPIÃO ☐ ARLEMA ☐ COBRA ☐ ARACUDA
☐ ENVENENAMENTO POR _____

EXAME FÍSICO MÉDICO

EXAME FÍSICO MÉDICO

ENCONTADO ☐ DECUBITO LATERAL ☐ DORSAL ☐ VENTRAL ☒ SUPINO ☐ DEBILIDADE ☐ DEAMBULANDO

EM CIMA DE: _____ OUTRO: _____

Nível de Consciência ☒ CONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☐ ALGO DE ORIENTADO ☐ HALITO FÉTICO ☐ SONOLÊNCIA

☐ INCONSCIENTE ☐ AGITADO ☐ COMA ☐ OUTRO: CLAUSTRADO

Quirrel: ☐ DOR / LOCAL: _____ ☐ PARESTESIA / LOCAL: _____ ☐ OUTRA: _____

LESIONES APRESENTADAS:

☒ ESCORIAÇÕES / LOCAL: M.H. II ☐ RUPTURA MUSCULAR / LOCAL: _____

☐ CORTE / LOCAL: _____ ☐ CANGAÇA / LOCAL: _____

☐ PERFURAÇÃO / LOCAL: _____ ☐ DOR MUSCULAR / LOCAL: _____

☐ CONTUSÃO ARTICULAR / LOCAL: _____ ☐ EDEMA / LOCAL: _____

☐ CONTUSÃO MUSCULAR / LOCAL: _____ ☐ HEMATOMA / LOCAL: _____

☐ LUXAÇÃO / LOCAL: _____ ☐ ESTERNEO / LOCAL: _____

DADOS VITAIS

V.V.A.: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÇÃO / RESPIRAÇÃO: PR INICIAL 17 ☐ 10mm Front: ☒ PRECURE ☐ ALISANTE
 FC INICIAL 95 ☒ bom FC Final ☐ $\times 90$ ☐ $\times 90$ ☐ $\times 90$ $P.R. = 140$ ☒ 200 ± 10 ☐
 RÁDIO RESPIRATÓRIO ☒ REGULAR ☐ IRREGULAR PERÍODOS: ☐ 2 SEGUNDOS - NAUM ☐ 2 SEGUNDOS - SATURAÇÃO 95 %

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

☐ Diagnósticos de Enfermagem:	☐ RISCO PARA QUAQUE	☐ ANGIOSPASMO PRE-EXISTENTE
☐ CAPACIDADE ADAPTIVA INTRACRANIANA DIMINUIDA	☐ DE SOBRESIMPLIFICAÇÃO EFICAZ DAS VÍAS	☐ MANUTENÇÃO RESPIRATÓRIA EFICAZ
☐ COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	☐ DISREFLEXIA AUTÔNOMA	☐ PERFUSÃO TISSULAR CARDIOPULMONAR EFICAZ
☐ CONFUSÃO AGUDA	☐ DOR AGUDA	☐ PERFUSÃO TISSULAR CEREBRAL EFICAZ
☐ MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	☒ INTERCERTEZ DA PELE PREJUDICADA	☐ TROCA DE GASES PREJUDICADA
☐ DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO	☐ INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA	☐ VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

[illegible]

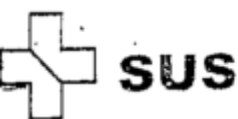
INVESTPREV

~~Case 2:9-A60-2015~~

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO:	Coren	Coren	Coren
CONDOMINIO:	Coren	Coren	Coren

RECUSA	
NOME	RAJ
ASSINATURA	
TESTEMUNHA	TESTEMUNHA



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):
CÓDIGO DA UNIDADE: 2613476 CNPJ/CPF 08.778.268/0027-08
NOME: HOSPITAL DEPUTADO MANOEL G. DE ABRANTES
ENDEREÇO: Rua José Facundo de Lira, 433 CEP: 58.802-180
MUNICÍPIO SOUSA ESTADO: Paraíba UF 25
PACIENTE:
NOME: Juvenal dos Santos
SEXO: masc IDADE: 61 anos DATA DE NASCIMENTO: 1/1/1954
DOCUMENTO: _____ PROFISSÃO: _____
END: _____
MUNICÍPIO: _____ UF: PB CEP: _____
DATA DO ATENDIMENTO: 11/04/2015 CÓDIGO DO MUNICÍPIO: _____

HISTÓRICO E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Paciente de 61 anos de
idade de sexo masculino
onde após 10 dias de

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

Exame físico
RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

Coltarem 75 mg
A local + Sutura + Curas
DIAGNÓSTICO / CID: E. respiratório

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA

CONSULTA BÁSICA (PAB):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

Sutura
Análise

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO

- ☐ 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA;
☐ 02 - PRIMEIRA CONSULTA;
☐ 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE;
☐ 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA 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.

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

- ☐ 01 - PRESCRITA ☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNO
☐ 02 - APLICADA ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ ÓBITO ☐ OUTRO

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

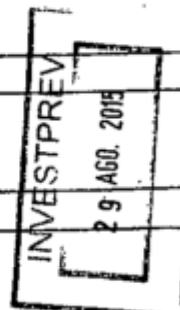
ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) - Carimbo(s)

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

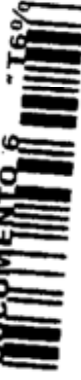
OU PEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - Carimbo

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - Carimbo



DOCUMENTO 6



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 9167853787

DETRAN - PB

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM - RPT - 2011090005090 - EXERCÍCIO

1 75647955-0 00/00000000 2011

NOME

CLAUDINEIA DOS SANTOS SAUSA

PLACA

MOG6049/PB

OFFICINHA

0706665934776

CHASSI

9C2HA0710YR257545

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

ESPECIE TIPO

PAS/MOTONETA/NAO APLIC

MARCA/MODELO

HONDA/CL100 BIZ ES

CAP/POT/CL

2 P/91 /CI

CATEGORIA

PARTIC

VENC/COTAS

1º 16/08/2011

2º

3º

FADA/TPVA

***** 0

PARCELAMENTO/COTAS

PRÊMIO TAMB. LÍQUO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

30/05/2011

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

12.000,00 (doze mil reais)

12.000,00 (doze mil reais)

12.000,00 (doze mil reais)

12.000,00 (doze mil reais)

12.000,00 (doze mil reais)

12.000,00 (doze mil reais)

12.000,00 (doze mil reais)

12.000,00 (doze mil reais)

12.000,00 (doze mil reais)

12.000,00 (doze mil reais)

12.000,00 (doze mil reais)

12.000,00 (doze mil reais)

12.000,00 (doze mil reais)

12.000,00 (doze mil reais)

12.000,00 (doze mil reais)

12.000,00 (doze mil reais)

12.000,00 (doze mil reais)

12.000,00 (doze mil reais)

12.000,00 (doze mil reais)

12.000,00 (doze mil reais)

12.000,00 (doze mil reais)

12.000,00 (doze mil reais)

12.000,00 (doze mil reais)

12.000,00 (doze mil reais)

12.000,00 (doze mil reais)

12.000,00 (doze mil reais)

12.000,00 (doze mil reais)

12.000,00 (doze mil reais)

12.000,00 (doze mil reais)

12.000,00 (doze mil reais)

12.000,00 (doze mil reais)

12.000,00 (doze mil reais)

12.000,00 (doze mil reais)

12.000,00 (doze mil reais)

12.000,00 (doze mil reais)

12.000,00 (doze mil reais)

12.000,00 (doze mil reais)

INVESTPREV

29 AGO. 2015



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

Vítima Francisco Martins dos Santos

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE () _____

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU 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

DOCUMENTO 7 - 17%



- 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 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 (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA

(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 VARIARÁ 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 VARIARÁ 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURADORTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE _____

ASSINATURA _____

IDENTIDADE _____

DATA _____

ASSINATURA _____

NOME _____

DATA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA _____



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

009.699.574-24

Nome

FRANCISCO MARTINS DOS SANTOS

Nascimento

27/04/1963



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL
NOME

001.415.647

DATA DE
Emissão

24/04/2012

FRANCISCO MARTINS DOS SANTOS

FILIAÇÃO

PATROCÍNIO MARTINS DOS SANTOS

FRANCISCA LOPES

NATURALIDADE

SÃO FERNANDO RN

DATA DE NASCIMENTO

27/04/1963

DOC. ORIGEM

CERT. DE CASAMENTO L-86

F-141 RS-1284

JUCURUTU RN-CARTÓRIO ÚNICO

CPF

009.699.574-24

2a. VIA

Assinatura

LEI Nº 7.116 DE 25/08/83

ITEP-RN

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

Francisco Martins dos Santos



POLEGAR DIREITO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2015

Carta nº: 7719471

A/C: FRANCISCO MARTINS DOS SANTOS

Sinistro: 3150762057
Vitima: FRANCISCO MARTINS DOS SANTOS
Data Acidente: 11/04/2015
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 Investprev Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2015

Carta nº: 7802551

A/C: FRANCISCO MARTINS DOS SANTOS

Sinistro: 3150762057
Vítima: FRANCISCO MARTINS DOS SANTOS
Data Acidente: 11/04/2015
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, 28 de Setembro de 2015

Carta nº: 7897722

A/C: FRANCISCO MARTINS DOS SANTOS

Sinistro: 3150762057
Vitima: FRANCISCO MARTINS DOS SANTOS
Data Acidente: 11/04/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

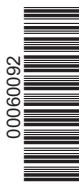
Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150762057 **Cidade:** Marizópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO MARTINS DOS SANTOS **Data do acidente:** 11/04/2015 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/09/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FERIMENTO EM PE ESQUERDO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTO INCONCLUSIVO

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

Visão Médica Ltda

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150762057 **Cidade:** Marizópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO MARTINS DOS SANTOS **Data do acidente:** 11/04/2015 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Vítima sofreu escoriações múltiplas no corpo.

Descrição do exame médico pericial: Vítima relata dor no joelho esquerdo ao deambular. Ao exame: Encontra-se bem, sem limitação de movimentos nos membros superiores, sem limitação nem edema no mesmo. Não há sequelas permanentes.

Resultados terapêuticos: Foi medicado e dado alta. Não há sequelas permanentes.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 18/09/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: João Merez Bandeira de Sousa

CRM do médico: 5401

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

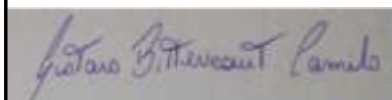
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: GUSTAVO B CAMILO

CRM do médico: 52.94275-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**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): **FRANCISCO MARTINS DOS SANTOS** Sinistro: **3150762057** Data: **11/04/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **SIT BOI MORTO, S/N, A C - AREA RURAL - Aparecida - PB - CEP 58823-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /RN**] **001415647**

Data local do exame: [**18/09/2015**] **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)
Vítima sofreu escoriações múltiplas no corpo. Vítima relata dor no joelho esquerdo ao deambular. Ao exame: Encontra-se bem, sem limitação de movimentos nos membros superiores, sem limitação nem edema no mesmo. Não há sequelas permanentes.

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.
Foi medicado e dado alta. Não há sequelas permanentes.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [] Sim [**X**] 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.

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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

(**X**) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

% 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.


Dr. João Merez B. de Sousa
Tit. Esp. Abramet N° 2223
CRM 5401
Médico do Tráfego

João Merez Bandeira de Sousa - CRM: 5401 - PB