

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: ROBERTWAL NUNES ROSADO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180576521

Vítima: ROBERTWAL NUNES ROSADO DA SILVA

Data do Acidente: 07/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180576521**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

0443029/38

CPF da vítima:

077.205.014-70

Nome completo da vítima:

Roberto Wal Nunes Rondon de Silve

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Roberto Wal Nunes Rondon de Silve

Profissão:

Banista

Endereço:

Avenida Presidente Tancredo Neves

CPF:

077.205.014-70

Barrio:

Bairro do Ipiranga

Cidade:

João Pessoa

Número:

V-6

Complemento:

E-mail:

Abnacajete@gmail.com

Estado:

PB

CEP:

58000-000

Tel.(DDD):

83 991928028

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

0729

CONTA: 25045

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso distorde o seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: Jacob Pessoa

Nome: Roberto Wal Nunes Rondon de Silve

CPF: 077.205.014-70

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: 07-DEZ-2018

CPF: _____

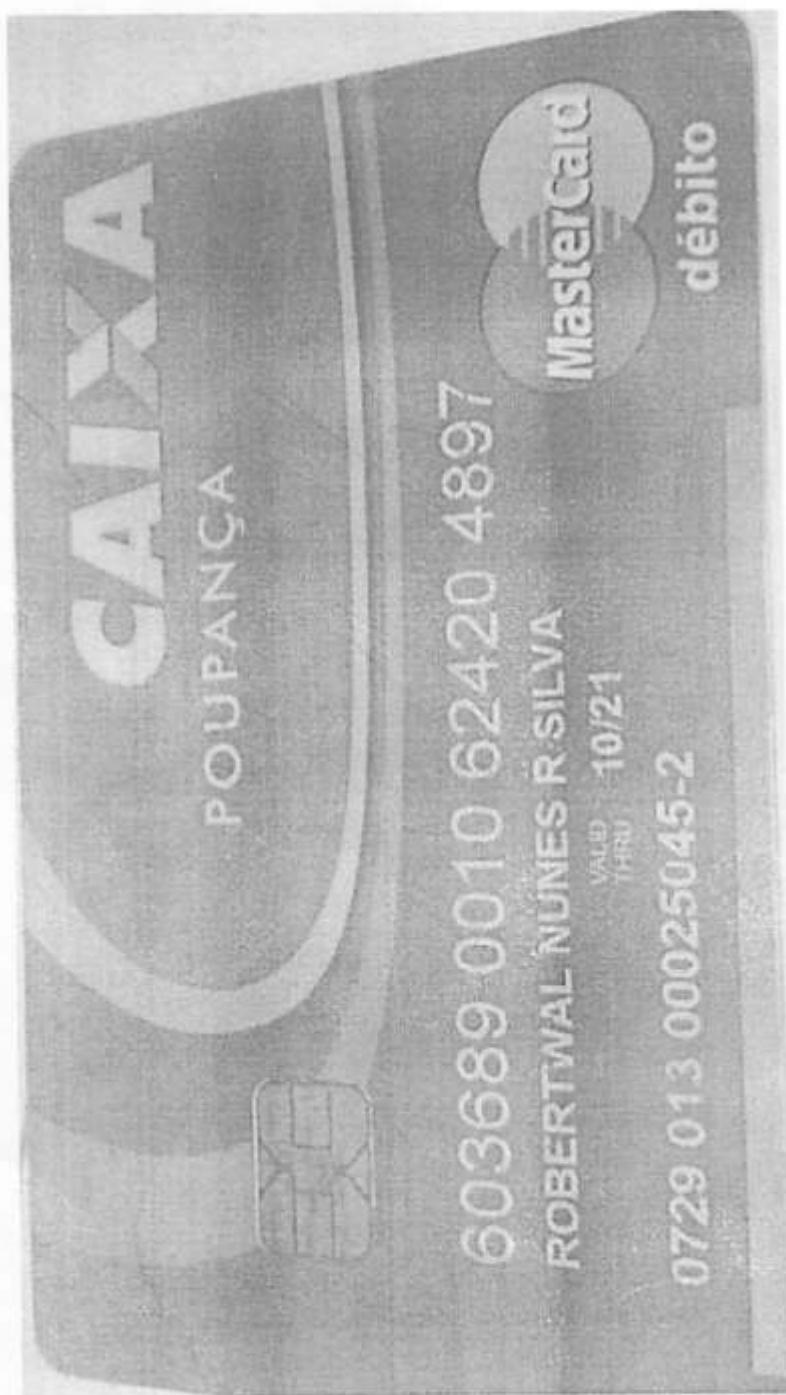
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

[*] A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00974.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00974.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:26 horas do dia 23 de maio de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Robertwal Nunes Rosado da Silva**, CNH nº 05234660350, CPF nº 077.205.014-70, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Barista, filho(a) de Maria de Fátima Alves da Silva e Roberval Rosado da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 13/11/1986 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Presidente Tancredo Neves, Nº 6, bairro Bairro dos Ipês, tendo como ponto de referência Mercadinho Jumbinho, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98850-7578.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Tancredo Neves, Próximo Ao Primos Importados, João Pessoa/PB, bairro Mandacaru; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/12/16 17:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 125 FAN KS, COR PRETA, ANO 2011/2012, PLACA OEV7820/PB, CHASSI 9C2JC4110CR431872, DE PROPRIEDADE DO NOTICIANTE, pela Av. Tancredo Neves quando colidiu na lateral esquerda do AUTOMÓVEL VW/GOL, BRANCO, placa não identificada, o qual fez uma manobra pela contra-mão e cruzou à frente do noticiante; Que a condutora permaneceu no local; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELA DR^a JOACILA BRAGA BRANDÃO, CRM 1741/PB, DATADO DE 24.02.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena para onde foi socorrido pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente.

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

João Pessoa/PB, 23 de maio de 2017.

FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação

ROBERTWAL NUNES ROSADO DA SILVA
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
0443029/38	077.205.034-70	Roberto Wilton Nunes Roncelo de Siqueira		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		CPF:	077.205.034-70	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:	
Banista	Avenida Presidente Tancredo Neves	N-6	-	
Bairro:	Cidade:	PB	CEP: 58000000	
E-mail:	Tel.(DDD): 83991928028			
Abraconete@gmail.com				

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

- RECURO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0729

CONTA: 25045

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 37, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: Jacob Ferreira

Nome: Roberto Wilton Nunes Roncelo de Siqueira
 CPF: 077.205.034-70

(*) Assinatura de quem assina o RG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: 17 DEZ. 2018

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 701/034, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1527075, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente ROBERTWAL NUNES ROSADO DA SILVA idade 30 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão Carro x Moto) no dia 07/12/2016, na Av. Tancredo Neves, Bairro: Mandacarú - João Pessoa - aproximadamente às 17:50 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 16 de Janeiro de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto

Estatístico

CREB/RN 10171

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



MARIA DE FÁTIMA ALVES DA SILVA
AV. FESTA DA REDONDEZA, 6 - BLOCO 165
CAO PESSOA/PB CEP. 58010-016

卷之三十一 附录 三十一

EMERG 34 PARABIA CIGT P SHOOBEDY VANGA GA
TREZ CIGT REBUT VANGA GA CIGT VANGA
CIGT VANGA GA

UC (Unidade Consumidora):

3-116039-9

Canal's control



Anterior

卷之三

Contents

Consumo

卷之三

Demonstrative

601 Consumo de Bens	30.000	0.00	540	0	30.000	0.00	540
602 Consumo - 51 - MATERIAIS	70.000	0.00	540	0	70.000	0.00	540
603 Consumo - 52 - SERVICO	100.000	0.00	540	0	100.000	0.00	540
604 NC Bens	77.38	0.00	540	0	77.38	0.00	540
605 NC Bens	8.52	0.02	540	0	8.52	0.02	540
610 Servicos	0.45	0.45	540	0	0.45	0.45	540
	57.31	57.31	540	0	57.31	57.31	540
LANCAMENTOS E SERVICOS							
607 CONTRIB SERVILUM PUBLICA	5.81	0.02	0	0.00	0.06	0.05	0.00
608 FROSCEN MORA 02/2018	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
609 FROSCEN MORA 03/2018	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
610 FROSCEN MORA 04/2018	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
611 Servicos Fornecedores	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ROBERTWAL NUNES ROSADO DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	13/11/86
NOME DA MÃE	MARIA DE FATIMA ALVES DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	966.124
PRONTUÁRIO N.º	XXXXXXXXXXXXXX
DATA DO ATENDIMENTO	07/12/16
HORA DO ATENDIMENTO	18:52
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTO
DIAGNÓSTICO (S)	TCE LEVE + CONTUSÕES MÚLTIPLAS
CID 10	V 23 + T 01.8 + S 09.9

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE COLISÃO VEÍCULO X MOTO, RESGATADO PELO SAMU, EM USO DE CAPACETE (SIC), COM QUEIXA DE CERVICALGIA E DOR NO TORNOZELO DIREITO. GLASGOW 15 + ESCORIAÇÕES EM MMSS + DOR E EDEMA EM TORNOZELO E PÉ DIREITO E NO QUADRIL DIREITO. RELATO DE DESMAIO DURANTE O TRAUMA.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

USG DE ABDOMEM TOTAL- FAST

TC DE CRÂNIO

RX DE TÓRAX

RX DE BACIA

RX DE COLUNA CERVICAL

RX DE TORNOZELO DIREITO

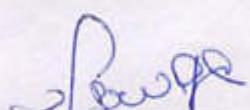


TRATAMENTO

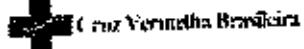
PACIENTE COM TCE LEVE + CONTUSÕES DE QUADRIL DIREITO E TORNOZELO DIREITO. AVALIADO POR NCR + COT + MEDICAÇÃO.

ALTA HOSPITALAR: 08/12/2016

DATA DA EMISSÃO: 24/02/2017


Dr. Joacila Braga Brandão
CRM: 1741/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, an -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 968124



Identificação do paciente

ID 1113836	Nome ROBERTWAL NUNES ROSADO DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 13/11/1988	Idade 30 anos 24 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Mãe MARIA DE FÁTIMA ALVES DA SILVA				Pai ROBERVAL ROSADO DA SILVA
Escolaridade MÉDIO COMPLETO				Responsável (Panarésco) IRALDE DO NASCIMENTO - ESPÓS(A)
DDD Móvel	Fone Móvel		DDD Fijo	Fone Fijo
Tipo documento CNH	Número documento 05234660380		Nº Crs 209869478190000	
Local de procedência PADRE ZE			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOÃO PESSOA		CEP/R	

Endereço

CEP 58026720	Município da residência JOÃO PESSOA	UF PB	Logradouro ANTÔNIO VITORINO DE SOUZA
Número 06	Complemento AVENIDA TRANQUEDO NEVES		Bairro IPÊS

Admissão

Data e Hora 07/12/2016 18:52:04	Número de paciente 1000004660025	Comunicação SUS
------------------------------------	-------------------------------------	--------------------

Especialidade
CLÍNICA GERAL

Classificação de risco

Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO
------------------------------------	--	---------------------------------------

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Piano de saída Não	Veio de ambulância Sim	Tratada Não
Modo de transporte SAMU		Quem transportou NAO INFORMADO	

Sinais Vitais

PA 130	x 80	mmHg	P脉	Temperatura
-----------	---------	------	----	-------------

Exames complementares

Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []	07 DEZ 2016
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------	-------------

Dados clínicos
07.12.16 (6:00)

(23:29)

CT crânio: Sangue	intervenção	TOMOGRAFIA
-------------------	-------------	------------

Diagnóstico

Atendido por
MAYARA LACERDA ARAUJO RIBEIRO

CT col. crânio: Sangue	imprimir	Tipo 07/12/16
		Exa... 07/12/16
		Mora... 22:45

Dr. Ricardo L. L. Ribeiro
Médico de Emergência
Neurocirurgião
CRM 6628



07 DEZ 2016

COLLECTOR DA SECRETARIA

Além da nec
estava com convuls
e perda

19/12

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

LOBB000468025 BE: 88612
ROBERTO MUNIZ ROSADO DA SILVA
DT. NASC.: 13/11/1988
HAKI MUNIZ DA FONSECA ALVES DA SILVA
END.: RUA MIG VITORINO DO SENA
N. 86 - IPASE
JORD PESSOA
PONTE: (1)
CELLULAR: (1)
TOADE: 30
DT. ENTRADA:

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
08/10/16		# evasão geral + 00:50h
		Paciente com lesões de acidente de motocicleta nf ± fer (edema cravo) apresenta imobilização em MDT e escoriações em MME. Repete perda de consciente e taquicardia. Glasgow 15. Nega vómitos.
		Reverte melhora da consciente. Noto tare queixas torácicas; nem dor à palpagem do tórax. Abdome - péssimo - fedido - indolor à palpagem.
		Chuva - se de dor em S2 ODE, mas não apresenta deformidade, nem deformidade.
		é avaliado e liberado pelo Ortopedia e Neuro.
		FAST com frônudo livre.
		No Rx de tórax, não identificam lesões de arcos costais; deram nome de pneumotórax?
		cond = liberado de evasão geral
		<i>R. L. L.</i>
		Ana Virginia L. da Costa Cirurgia Geral CRM-4417
		LITE PESSOA 07 DEZ. 2016 COOPERADORA DE SAÚDE



Atendimento: 000000190409

Idade: 30 anos

Paciente: ROBERTWAL NUNES R DA SILVA

Data: 07/12/2016

- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Estrutura óssea anatômica.

Materlai amorfo, com densidade de partes moles nas cavidades paranasais, sugestivo de secreção.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 07/12/2016 23:22.



Dra. Phydiás L. F. de Carvalho
CRM: 6933- PB



Das Verwaltungswesen



Hospital Estadual de Emergência e Trauma Santista Humberto Lucena

ACQUAIMENTO: 80 -- CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 966124



Dr. Riccardo R. Lanza
Neurochirurgia
C.R.M. 6628

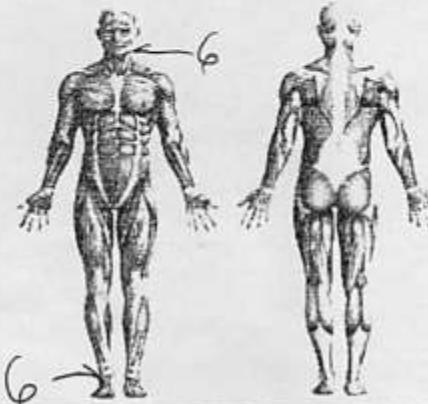
I de 1

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: Não Sim: _____
 MEDICAMENTOS: Não Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: Não Sim: _____
 PATOLOGIA: Não Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: Não Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado



1. Abrasão
 2. Amputação
 3. Avulsão
 4. Contusão
 5. Crepitação
 6. Dor
 7. Edema
 8. Empalamento
 9. Efisema subcutâneo
 10. Esmagamento
 11. Equimose
 12. F. Arma Branca
 13. F. Arma de Fogo
 14. F. Contuso
 15. F. Cortante
 16. F. Corto-Contuso
 17. F. Perfuro-Contuso
 18. F. Perfuro-Cortante
 19. Fratura Óssea Fechada
 20. Fratura Óssea Aberta
 21. Hematoma
 22. Ingurgitamento Nervoso
 23. Laceração
 24. Lesão Tendínea
 25. Luxação
 26. Mordedura
 27. Movimento torácico paradoxal
 28. Objeto Engravidado
 29. Otorragia
 30. Paralisia
 31. Paresia
 32. Parestesia
 33. Queimadura
 34. Rinorragia
 35. Sinal de Isquemia
 36.

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: 1º grau 2º grau 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

- Radiografias Lavado peritoneal
 Ultrassonografia (FAST) Gasometria arterial
 Tomografia computadorizada Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	1) S109. 100 ml a	26	Dr. Adalberto Vando Filho
2	2) Tetraparalise 100 ml + 100 ml SF a -> 26		Médico CRM/PR 9298
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9	9) SAT 9000 UI IN dose única + 2 h de observação após admissão	26	Dr. Eveline Abrantes
10			Médico CRM/PR 9431

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da Cirurgia Geral / Urocirurgia
 Solicito parecer da _____

DESTINO DO PACIENTE Centro cirúrgico Transferência (unidade de saúde) _____
 DATA 08/12/16 Internado (setor) _____
 SAÍDA 02/00 Alta hospitalar Decisão médica A pedido A revália Desistência
 HORAS: 02.00 Óbito Até 48 hs. Após 48 hs. Família IML SVO

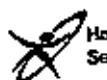
Ana Virginia L. da Costa
Cirurgia Geral
CRM-4417

ASSIN

ATURA/CARIMBO

ATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSIN



Hospital Estadual do Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

ADENDO 00 - CNES: 123312 - Tela

Boletim de Atendimento: 988124



Identificação do paciente				Sexo Masculino
ID 1113936	Nome ROBERTWAL NUNES ROSADO DA SILVA		Raigião NAO INFORMADA	Prontuário
Data de nascimento 13/11/1988	Idade 30 anos 24 dias	Estado civil CASADO(A)	Pai ROBERVAL ROSADO DA SILVA	
Mãe MARIA DE FATIMA ALVES DA SILVA			Responsável (Parentesco) IRALDE DO NASCIMENTO - ESPOSA(A)	
Escolaridade MÉDIO COMPLETO			DDD Fijo	Fone Fijo
DDD Móvel	Fone Móvel	Nº Crs 209969478160000		
Tipo documento CNH	Número documento 06234660350	Tipo BAIRRO		UF PB
Local de procedência PADRE ZE			CBO/R	
Email	Naturalidade JOÃO PESSOA			
Endereço				
CEP 58028720	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB	Logradouro ANTÔNIO VITÓRIO DE SOUZA	
Número 05	Complemento AVENIDA TRANQUEDO NEVES	Bairro IPÉS		
Admissão				
Data e Hora 07/12/2016 18:52:04	Número da pautina 1000004660025	Comenda SUS		
Especialidade CLÍNICA GERAL			Clinica CLÍNICA TRAUMA E GERAL	Origem do paciente RUA
Classificação de risco			Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA			
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vôo de ambulância Sim	Trauma Não	
Modo de transporte SAMU			Quem transportou NAO INFORMADO	
Sinais Vitais				
PA 130 x 110 mmHg	P脉	Temperatura		
Exames complementares				
Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos DT-12-07-12 (23:29) CT crânio : Sem fratura, Sem hemorragia				
Diagnóstico	Tomografia TOMOGRAFIA Tomo... 07/12/16			
Atendido por RAYARA LACERDA ARAUJO RIBEIRO	Imprimir			

Dr. Ricardo Neuenschwander
CRM 5628

ARAUJO RIBEIRO Imprimir
T col. Convicto: San
1680-81

Aut in new
estima Cela convain
t p'nes.

CD.	
TOMOGRAFIA	
Tempo	
07/12/16	
DATA	07/12/16
HORA	22:45
NOTA TEC. RAD.	Wellington W. P. de Almeida Tec. em Radiologia

1 88 1



Atendimento: 000000190409

Idade: 30 anos

Paciente: ROBERTIVAL NUNES R DA SILVA

Data: 07/12/2016

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Estudo dirigido ao trauma.

Ausencia de sinais de fraturas.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 07/12/2016 23:22.



Dra. Phydias L. F. de Carvalho
CRM: 6933- PB



Atendimento: 000000190196

Idade: 30 anos

Paciente: ROBERTWAL NUNES R DA SILVA

Data: 07/12/2016

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL

Figado, baço, rins e pâncreas sem sinal de lesões parenquimatosas relacionadas ao trauma ecograficamente detectáveis no atual estudo.

Bexiga com boa repleção, com paredes regulares e conteúdo anecóide.

Ausência de líquido livre na cavidade abdominal durante a realização deste exame.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Ultrassonografia FAST sem alterações apreciáveis.

** A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais e critério clínico.*



Este laudo foi liberado em 07/12/2016 20:56.


Dra. Melissa M. Leite Ferranti
CRM 6513 - PB

01 folheado: 07/12/2016

e paciente tomen quenda il resto
e feita dor no desenho direito
e abr folegos abertos
ao exame fizico dor + edema
intenso no pé e folegos direitos
e folegos laterais
ante o final do exame
contraria de bolso contralado abr
folegos abertos.

Sua Senhora (filha Bobo).

Alta da ortopedica

Dr. Rômulo Soárez de Castro
033.002833 / CRM/PB 281
CPF: 181.533.592-03



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Robert Luiz Número 2902619 de 01/07/2016
 DATA DO ACIDENTE 07/12/2016 CPF DA VÍTIMA 077.205.034-40
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR 66 VÍTIMA 1 REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARÂNTESCO COM A VÍTIMA É

ENDERECO DO PORTADOR Avenida Presidente Tancreto Neves
 N° 6 COMPLEMENTO Centro BAIRRO Bonfim bairro Itapão
 CIDADE Recife UF PE CEP 56000000
 E-MAIL Adriano.cic@9mail.com TELEFONE (83) 993928028

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 CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDO DE CASAMENTO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (46) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

- (4) BOLETO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAIS)
 - AUTORIZAÇÃO DE INGREDIENTES / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) EM ITAIS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDO DE CASAMENTO OU CARTERA 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 (ORIGINAIS)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUÊM REPRESENTA A VÍTIMA, MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE DA VÍTIMA

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 - CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDO DE CASAMENTO OU CARTERA 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 (ORIGINAIS)
- MORTE = R\$ 13.500,00
 INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DA LESÃO 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.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE 0800 012 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE Roberto Diuval
 RESPONSÁVEL PELA RECEBIMENTO NA SEGURODORA Roberto Diuval
 DATA 07/12/2018 IDENTIDADE 30309184
 ASSINATURA Roberto Diuval ASSINATURA Roberto Diuval

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDO DE CASAMENTO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES OLTADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA, ACOMPANHADA DO RESPECTIVO RECEITURADO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAIS)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAIS), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDO DE CASAMENTO OU CARTERA 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 (ORIGINAIS)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUÊM REPRESENTA A VÍTIMA, MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE DA VÍTIMA

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDO DE CASAMENTO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES OLTADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA, ACOMPANHADA DO RESPECTIVO RECEITURADO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAIS)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) EM ITAIS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDO DE CASAMENTO OU CARTERA 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 (ORIGINAIS)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUÊM REPRESENTA A VÍTIMA, MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE DA VÍTIMA

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDO DE CASAMENTO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES OLTADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA, ACOMPANHADA DO RESPECTIVO RECEITURADO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAIS)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) EM ITAIS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDO DE CASAMENTO OU CARTERA 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 (ORIGINAIS)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUÊM REPRESENTA A VÍTIMA, MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE DA VÍTIMA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0443029/18

Vítima: ROBERTWAL NUNES ROSADO DA SILVA

CPF: 077.205.014-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/12/2016

ROBERTWAL NUNES
ROSADO DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ROBERTWAL NUNES ROSADO DA SILVA : 077.205.014-70

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 07/12/2018

Nome: ROBERTWAL NUNES ROSADO DA SILVA
CPF: 077.205.014-70

Data do cadastramento: 07/12/2018

Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

ROBERTWAL NUNES ROSADO DA SILVA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA