

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

Carta nº 13691652



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: 077.205.034-70 Nome completo da vítima: Robertwal Nunes Roberto de Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Robertwal Nunes Roberto de Silva CPF: 077.205.034-70
Profissão: Banista Endereço: Avenida Presidente Tancredo Neves Número: 116 Complemento: -
Bairro: Bairro do Ipiranga Cidade: Jacaré Estado: PB CEP: 58000000
E-mail: Abncaete@gmail.com Tel.(DDD): 83 991928028

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

DADOS CADASTRAIS

RENTA MENSAL:

☒ 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 (Informar o dígito se existir)

CONTA: 25045 (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ (Informar o dígito se existir)

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 às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §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) ☐ Divorçado ☐ 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: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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: Jacaré

Nome: Robertwal Nunes Roberto de Silva

CPF: 077.205.034-70

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Robertwal Nunes Roberto de Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

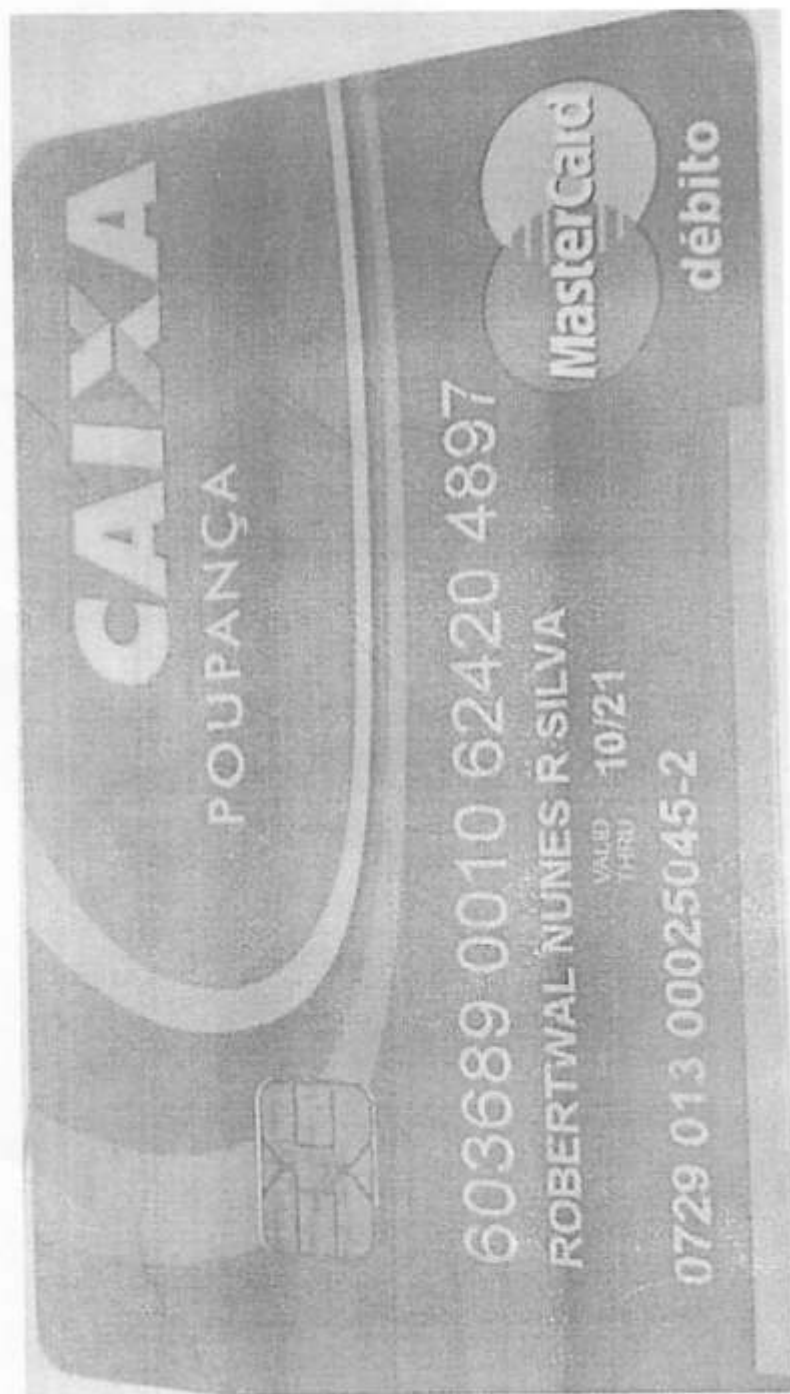
2º Nome: DEZ. 2018

CPF: _____

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 ROGO, 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 Fatima 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 DRª 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, excepo 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: 0443029/38 CPF da vítima: 077.205.034-70 Nome completo da vítima: Robertwal Nunes Rorcelo de Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Robertwal Nunes Rorcelo de Silva CPF: 077.205.034-70
Profissão: Baniato Endereço: Avenida Presidente Tancredo Neves Número: 116 Complemento: -
Bairro: Bairro do Ipoá Cidade: Jacuiz de Pedras Estado: PB CEP: 58000-000
E-mail: abncaete@gmail.com Tel. (DDD): 83 991928028

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

DADOS CADASTRAIS
RENDA MENSAL:
☒ RECUSO 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: 95045 2
(Informar o dígito se existir) (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 às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §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) ☐ Divorçado ☐ 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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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: Jacuiz de Pedras
Nome: Robertwal Nunes Rorcelo de Silva
CPF: 077.205.034-70

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
x Robertwal Nunes Rorcelo de Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____
2º Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____
3º Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.

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
CRE/REGISTRO: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



MARIA DE FATIMA ALVES DA SILVA
AV. PRISTAN REDE NEVES, 2 - BZIOS JRES
JOAO PESSOA/PB CEP: 55000000 (AG 1)

Emissão: 06/11/2018 Referência: Nov/2018

Classe: Sola RESIDENCIAL BARRA RENDA MONOFAS CORREDO, 0m23 CNPJ: 00.000.000/0000-00 (SE 1000000000)
Roteiro: 2-1-54-210 Nº medidor: 20003168515



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Endereço: Rua da Energia, 555 - 01134-000
FAX: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da
próxima leitura

CPF/ CNPJ/ RANI

Nov/2018

06/11/2018

06/12/2018

186.781.954-34

UC (Unidade Consumidora):

5/116039-9

Canal de contato

Telefone: 0800 083 0196 - 7505 (Paraná) / 0800 083 0196 (RJ)
11-23-18, de 23-03-2018



Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
02/11/18	4878	06/11/18	5048			200		28	
Demonstrativo									
Consumo		Consumo		Consumo		Consumo		Consumo	
001	Consumo - 100 kWh - BR	30.000	1.000.000	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
002	Consumo - 50 kWh - BR	70.000	1.000.000	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
003	Consumo - 10 kWh - BR	100.000	1.000.000	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
004	Adt. E. V. de Trans.	0.52	0.52	27	2.00	0.50	0.50	0.00	0.00
005	Adt. E. Amortiz.	0.45	0.45	27	0.12	0.45	0.45	0.00	0.00
010	Subtotal	57.31	57.31	27	15.47	57.31	57.31	0.00	0.00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
007	CONTRIB SERV LUV PUBLICA	5.81	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
008	PROJETO DE MORA 02/2018	1.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
009	MTA 12/2018	1.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
011	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 02/2018	1.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
012	Conting. Sucesso	1.00	0.00	0	0.00	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

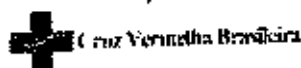
PACIENTE COM TCE LEVE + CONTUSÕES DE QUADRIL DIREITO E TORNOZELO DIREITO. AVALIADO POR NCR + COT + MEDICAÇÃO.

ALTA HOSPITALAR: 08/12/2016
DATA DA EMISSÃO: 24/02/2017




Drª. 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	Nome		Sexo
1113836	ROBERTWAL NUNES ROSADO DA SILVA		Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião
13/11/1988	30 anos 24 dias	CASADO(A)	NAO INFORMADA
Mãe	Pai		Prontuário
MARIA DE FATIMA ALVES DA SILVA	ROBERVAL ROSADO DA SILVA		
Escolaridade	Responsável (Parentesco)		
MEDIO COMPLETO	IRAIDE DO NASCIMENTO - ESPOSO(A)		
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	CPF Cns	
CNH	05234860360	205958478190010	
Local de procedência	Tipo		UF
PADRE ZE	BARRO		PB
Email	Naturalidade	CBO/R	
	JOAO PESSOA		
Endereço			
CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58026720	JOAO PESSOA	PB	ANTONIO VITORINO DE SOUZA
Número	Complemento	Barro	
06	AVENIDA TRANQUEDO NEVES	IPES	
Admissão			
Data e Hora	Número da pulseira	Convênio	
07/12/2016 18:52:04	1000004660025	SUS	
Especialidade	Clínica		
CLINICA GERAL	CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente		
	RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente	
URGÊNCIA	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	VEICULO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Sim	Não
Modo de transporte	Quem transportou		
SAMU	NAO INFORMADO		
Sinais Vitais			
PA	x	Pulso	Temperatura
130	80		
Exames complementares			
Rolo X []	Sangue []	Urina []	TC []
		Liquor []	ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos			
07.12.16 Nen			
(23:29)			
CT cranio: Sem lesões, Sem hemorragia			
Diagnóstico			
infarto miocárdico			
Atendido por			
MAYARA LACERDA ARAUJO REBELO			
Imprimir			
CT col. cranio: Sem lesões			
Alta em Nen			
23:29 Nen			
e p. 23:29			
19/12			



CID	ICD
	ICD
Tipo	PRONTO-SOCORRO
Data	07/12/16
Hora	22:45
Nome do Paciente	ROBERTWAL NUNES ROSADO DA SILVA
Nome do Médico	Dr. Ricardo R. Lucena
Nome do Radiologista	Dr. Ricardo R. Lucena
Nome do Anestesiologista	Dr. Ricardo R. Lucena

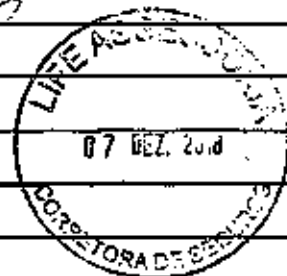
Dr. Ricardo R. Lucena
Neurologia
CRM 6628

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

REGISTRO DE PACIENTE
NOME: ROBERTO LUIZ ROSADO DA SILVA
DT. NASC.: 13/11/1988
SEX: MASC.
END.: RUA NIO VITORINO DO SOUZA
N. 85 - JARDIM
Cidade: JARDIM
FONE: (11)
CELULAR: (11)
TAXA: 30
DT. ENTRADA:

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
08/12/16		<p># emergência geral # 00:50h</p> <p>Paciente com história de acidente de motocicleta há ± 7h (colisão com) apresenta imobilização em MTD e escoriações em MMSS. Repre perda de consciência e tontura. Glasgow 15. Nega vômitos.</p> <p>Repre melhora da cervicalgia. Não tem queixas torácicas nem dor à palpação do tórax. Abdomen plano, fletido, indolor à palpação.</p> <p>Queixa-se de dor em S2 ODE, mas não apresenta déficit motor, nem deformidade.</p> <p>É avaliado e liberado pelo ortopedista e Neuro.</p> <p>FAST sem líquido livre.</p> <p>No Rx de tórax, não identifiquei imagens de ar nos espaços, derrame ou pneumotórax.</p> <p>cond = liberado de urgência</p>

Assinatura
Ana Virginia L. da Costa
Cirurgia Geral
CRM-4417





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

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 anômala.

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

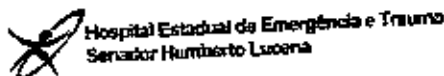
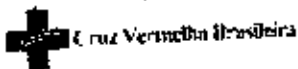
O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



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



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



ACOLHIMENTO, su -- CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 866124



Identificação do paciente	
ID 1113936	Nome ROBERTWAL NUNES ROSADO DA SILVA
Data de nascimento 13/11/1986	Idade 30 anos 24 dias
Mãe MARIA DE FATIMA ALVES DA SILVA	Estado civil CASADO(A)
Escolaridade MEDIO COMPLETO	Religião NAO INFORMADA
DDD Móvel	Pal ROBERVAL ROSADO DA SILVA
Tipo documento CNH	Responsável (Parentesco) IRAE DO NASCIMENTO - ESPOSO(A)
Local de procedência PADRE ZE	DDD Fixo
Email	Fone Fixo
	Nº Cns 209859476180000
	Tipo BAIRRO
	UF PB
	CBC/R
Endereço	
CEP 58025720	Município de residência JOAO PESSOA
Número 05	UF PB
	Logradouro ANTONIO VITORINO DE SOUZA
	Bairro IPÊS
Admissão	
Data e Hora 07/12/2016 18:52:04	Número da pulseira 1000004680025
	Convênio SUS
Especialidade CLINICA GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL
Classificação de risco	Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA
	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO
Indicadores e Transporte	
Caso potencial Não	Plano de saúde Não
Meio de transporte SAMU	Veio de ambulância Sim
	Quem transportou NAO INFORMADO
Sinais Vitais	
PA 130 x 80 mmHg	Pulso
	Temperatura
Exames complementares	
Raio X []	Sangue []
Urina []	TC []
Liquor []	ECG []
Ultrasonografia []	
Dados clínicos 07.12.16 (23:29) CT cranio: Sem lesões, Sem hemorragias	
Diagnóstico Intussuscepção	
Atendido por MAYARA LACERDA ARAUJO REBEIRO	
Imprimir	
CT col. cranio: Sem lesões	
Alta em NEN	
Fórmula com exames	
e p. 2016	
CID TOMOGRAFIA	
Tubo 07/12/16	
Hora 22:45	
LOCAL DE RADIOLÓGIA	
Téc. em Radiologia CRTR 000017	
19/12	



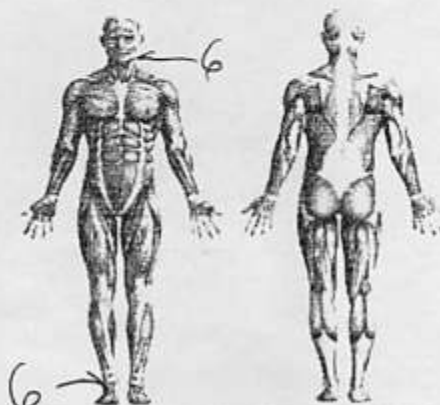
Dr. Ricardo R. C. ...
Neurocirurgia
CRM 6628

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

OBS.:

QUEIMADURA:

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

EXAMES SOLICITADOS

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Radiografias | <input type="checkbox"/> Lavado peritoneal |
| <input type="checkbox"/> Ultrassonografia (FAST) | <input type="checkbox"/> Gasometria arterial |
| <input type="checkbox"/> Tomografia computadorizada | <input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea |

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1) STOP. 100 m a		
2) Petopopu 100 + 100 m SF a 26		
3)		
4)		
5)		
6)		
7) Totopane 200 V 5 m (F)		
8)		
9) SAT 9000 UI IN dose única + 2 h de		
10) broncoaspiração após administração		

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer de _____ às _____ do dia _____
 Solicito parecer de _____ às _____ do dia _____

DESTINO DO PACIENTE

DATA DA SAÍDA: 08/12/16
 HORAS: 02:00
☐ Centro cirúrgico
☐ Transferência (unidade de saúde)
☐ Internado (setor)
☒ Alta hospitalar
☒ Obito
☐ Até 48 hs.
☐ Após 48 hs.
☐ A pedido
☐ A revella
☐ Desistência
☐ SVO

Ana Virginia L. da Costa

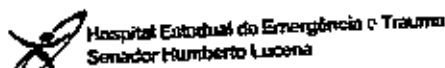
Cirurgia Geral

CRM-4417

ASSIN

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



ACOLHIMENTO, em - - CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 986124



Identificação do paciente			
ID 1113936	Nome ROBERTWAL NUNES ROSADO DA SILVA		Sexo Masculino
Data de nascimento 13/11/1988	Idade 30 anos 24 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião NÃO INFORMADA
Mão MARIA DE FATIMA ALVES DA SILVA	Pai ROBERVAL ROSADO DA SILVA		Prontuário
Escolaridade MÉDIO COMPLETO	Responsável (Parentesco) IRMÃ DO NASCIMENTO - ESPOSA(DA)		
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento CNH	Número documento 66234660355	Nº Cns 208569478160003	
Local de procedência PADRE ZE		Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOÃO PESSOA	CSO/R	
Endereço			
CEP 58028720	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB	Logradouro ANTÔNIO VITORINO DE SOUZA
Número 05	Complemento AVENIDA TRANQUEDO NEVES	Bairro IPÊS	
Admissão			
Data e Hora 07/12/2016 18:52:04	Número da pulseira 1000004660025	Convênio SUS	
Especialidade CLÍNICA GERAL	Clínica CLÍNICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso social NÃO	Plano de saúde NÃO	Veio de ambulância SIM	Trauma NÃO
Meio de transporte SAMU	Quem transportou NÃO INFORMADO		
Sinais Vitais			
PA 130	x	AD 70	mmHg
Pulso		Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Líquor []		ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos 07.12.16 NEN (23:29) CT cefal. convexa: Sem lesões CT cefal. convexa: Sem lesões			
Diagnóstico intussuscepção			
Atendido por MAYARA LACERDA ARAUJO RIBEIRO			
Imprimir			
CT cefal. convexa: Sem lesões Alta em NEN 23:29 e p. 23:29			
CID TOMOGRAFIA Tempo 07/12/16 22:45 MAYARA LACERDA ARAUJO RIBEIRO Téc. em Radiologia CRTR 000017			



Dr. Ricardo R. Lucena
Neurocirurgia
CRM 6626



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000190409

Idade: 30 anos

Paciente: ROBERTO VAL 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.

Ausência 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



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000190126

Idade: 30 anos

Paciente: ROBERTWAL NUNES R DA SILVA

Data: 07/12/2016

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL

Fígado, baço, rins e pâncreas sem sinais 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 a critério clínico.*



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


Dra. Melissa M. Leite Ferranti
CRM 6513 - PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1410530276

ROBERTAL NUNES ROSADO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
3099404 SSP PB

CPF 077.205.014-70 DATA NASCIMENTO 13/11/1986

FEIÇÃO
ROBERVAL ROSADO DA SILVA
MARIA DE FATIMA ALVES DA SILVA

PERMISSÃO ACC CATENA
AB

Nº REGISTRO 05234660350 VALIDADE 10/11/2020 1ª NABUGAÇÃO 22/06/2011

OBSERVAÇÕES

ROBERTAL NUNES ROSADO DA SILVA
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 31/01/2017

ASSINATURA DO EMISSOR 90517938460
PB034053280

PARAÍBA

PROIBIDO PLASTIFICAR

1410530276



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 013930012803

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM ANO EXERCÍCIO

1 0037259166-3 00/00000000 2017

NOME

ROBERTWAL NUNES ROSADO DA SILVA

CPR / CNH

07720501470

PLACA

OEV7820/PB

PLACA ANT / UF

NOVO

PB

CHASSI

9C2JC4110CR431872

ESPECÍFICO

PAS/MOTOCICLETA/APLIC

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB

2011

ANO MOD

2012

CAP / POT / CIL

2 P/124 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

00/00/0000

VENC. COTAS

1º

I
P
V
A

FAIXA LIVA

PARCELAMENTO / COTAS

0

2º

3º

PREMIO TARIFARIO (R\$)

IOF (R\$)

SEGURO

PREMIO TOTAL (R\$)

P A G O

DATA DE PAGAMENTO

11/12/2017

OBSERVAÇÕES

A.F. BV FINANCEIRA S.A.

LOCAL

JOAO PESSOA - PB

32280



Assinado
Secretaria de Transportes e Trânsito



DATA

23/03/2018

666

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Roberta Nunes Rosella de Jesus
 DATA DO ACIDENTE 07/12/2016 CPF DA VÍTIMA 077.205.034-70
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR 6 VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Avenida Presidente Tancredo Neves
 Nº 6 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Barro do Ipê
 CIDADE João Pessoa UF PB CEP 58000000
 E-MAIL adnascete@gmail.com TELEFONE (83) 991928028

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOBRASIL.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 07/12/2016

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

07 DEZ 2018

IDENTIDADE

NOME

ASSINATURA

30/12/2016
Roberta Nunes Rosella de Jesus

Roberta Nunes Rosella de Jesus
 CORRETORA DE SEGUROS

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

Titular do CPF: 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

Data da entrega: 07/12/2018
Nome: ROBERTWAL NUNES ROSADO DA SILVA
CPF: 077.205.014-70

ROBERTWAL NUNES ROSADO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/12/2018
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA