

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: SEVERINO DA COSTA BARBOSA

Nº Sinistro: 3180340044

Vítima: SEVERINO DA COSTA BARBOSA

Data do Acidente: 07/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180340044**.

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 13154715



Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: SEVERINO DA COSTA BARBOSA
Nº Sinistro: 3180340044
Vitima: SEVERINO DA COSTA BARBOSA
Data do Acidente: 07/03/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180340044**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL: 021.540.54471 CPE da Vítima: 021.540.54471 Nome completo da vítima: SEVERINO DA COSTA BARBOSA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo SEVERINO DA COSTA BARBOSA		CPE titular da conta 021.540.54471	Profissão PNM
Endereço RUA ENG SENGIO RUZENS ALBUQUERQUE		Número 1067	Complemento CASA
Bairro CRISTO RESEN	Cidade SUN PESSOA	Estado PARAIBA	CEP 58.071-440
E-mail balvino@hotmaill.com			Telefone (DDD) (81) 3538-0069

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ 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
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0037 D/V
CONTA NRO. 146481 D/V 0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO.

AGÊNCIA NRO. D/V
CONTA NRO. D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Abreu e Luper 25 de junho de 2018
Local e Data

Severino da Costa Barbosa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





453991

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01179.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01179.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:02 horas do dia 20 de junho de 2018, 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 José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Severino da Costa Barbosa**, CPF nº 021.540.544-71, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Pintor, filho(a) de Maria da Costa Barbosa e Manoel Francisco Barbosa, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 08/06/1975 (43 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Engenheiro Sérgio Rubens de Albuquerque, Nº 1067, bairro Cristo Redentor, tendo como ponto de referência Colégio Augusto dos Anjos, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (s) para contato (83) 98700-4671.

Dados do(s) Fatos:


Local: Av Senador Ruy Carneiro, Posto de Combustível e Capital Fiat, João Pessoa/PB, bairro Manaíra; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/03/18 15:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**


E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante já qualificado acima, diz que no dia 07/03/2018, por volta das 15:50 horas, quando transitava na AV. Senador Ruy Carneiro, nesta Capital-PB, bairro de Manaíra; QUE segundo o notificante na ocasião estaria conduzindo um veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA CG/150 FAN -ESD1, ano e modelo: 2013/2014, de cor vermelha, placa: OGE 6896/PB, chassi nº 9C2KC1680ER008158, registrado em nome do notificante; QUE segundo o notificante ao chegar na AV. acima citado e conduzia normalmente o seu veículo, quando um outro veículo de placa: KMD 6198/PB, não sabendo especificar a marca e modelo fez uma manobra errada saindo da esquerda para a direita e vindo a colidir com o notificante, que veio a cair ao chão; QUE o notificante foi socorrido SAMU, conforme declaração e socorrido para o complexo hospitalar de Mangabeira conforme certidão nº 0785/2018, datado de 24/05/2018, assinado pela médica: Rosângela M. Escorel Almeida CRM PB 3883. QUE não quer 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, 20 de junho de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


SEVERINO DA COSTA BARBOSA
Noticiante



Procedimento Policial: 01179.01.2018.1.00.420

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

SEVERINO DA COSTA BARBOSA

CPF da Vítima

021.540.544-71

Data do Acidente

07/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura Local e Data
Assinatura do Beneficiário
25 de Junho de 2018



Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**SAMU
192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

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



**SAMU
192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

**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 803/031, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2003600, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **SEVERINO DA COSTA BARBOSA** idade 42 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão Carro x Moto)** no dia 07/03/2018, na Av. Senador Ruy Carneiro, Bairro: Manaíra - João Pessoa - aproximadamente às 15:50 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 14 de Março de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREJ 5ª Região: 10171

SAMU 192 JP

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



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO DA COSTA BARBOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000146481-0

Nr. da Autenticação A28758655133AB26



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAIBA
Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-67

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

377023

REFERÊNCIA

MAR/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

SEVERINO DA C BARBOSA
RUA ENG SERGIO RUBENS DE A LIMA, 1067 - CRISTO
REDENTOR JOAO PESSOA PB 58071- 440

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
001.019.395.0319.000		000	Servicos	Comodim	Industria	Público	
			1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto			
A98X030033	10/11/1998	JARDIM	CORTADO	LIGADO			
ANTERIOR		ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS		PROXIMA LEITURA	
5270		5273	3	28		27/04/2018	
HIST. DE CONS./ANOR.		LEIT.	QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS				
FEV/2018		17	0	PARAMETROS	EXIC	ANALIS.	CONFORMES
JAN/2018		19	0	TURBIDEZ	268	358	358
DEZ/2017		18	0	CLORO	268	358	358
NOV/2017		22	0	COL.TERMOT	0	0	0
OUT/2017		19	0	COR	73	97	97
SET/2017		19	0	COL.TOTAIS	268	358	358
MEDIA(M)		19		DADOS REFERENTES A: JAN/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 08/03/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 10:09:09

DESCRIÇÃO

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

ESGOTO

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ESGOTO

PARCELAMENTO DE DÉBITOS PARCELA 06/08

CONSUMO TOTAL(R\$)

3 M3 36,84

3 M3 29,47

74,90

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,13 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

21/03/2018

Total a Pagar:

RS 141,21



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

SR. USUÁRIO: EM 31/01/2018, REGISTRAMOS QUE W.SA. ESTAVA EM DÉBITO. COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
377023	MAR/2018	21/03/2018	R\$ 141,21



82620000001 4 41210010001 2 00037702301 5 03201840003 9

21 MAR 2018

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-17
INSCRIÇÃO: 165-135-120-0443-000 GRUPO: 7-DEB-AUTOMATICO-103668667

LIGADO POTENCIAL 1 1

A11F277112 02/03/2017 30/03/2017 MEDIA HD

AGUA
LEIT ANT: 31 CONSUMO: 3
LEIT ATU: 31
LEIT FAT: 31 HD PARADO

HISTORICO DE CONSUMO REFERENCIA CONSUMO

02/2017 03
01/2017 03
12/2016 03
11/2016 05
10/2016 02
09/2016 03
MEDIA: 03

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EAIG MS 2	PORT 914/11	ANALISES REALIZ A LEGIS
TURBIDEZ	48	48	48
COR APARENTE	48	48	46
CLORO RESIDUAL	48	48	44
KOLIF. TOTAIS	48	48	46
E. COLI	48	48	48

Qualidade de Agua: www.caispa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITARIAS DA AGUA
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	2 M3	40,18
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	1 M3	59,11
MULTA P/IMPONTUALIDADE 02/2017		2,22
JUROS DE MORA 12/2016		0,93

99,29 1,65 1,64
99,29 7,60 7,46

VENCIMENTO 15/04/2017 TOTAL A PAGAR 102,44

MENSAGEM:



ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-17
INSCRIÇÃO: 165-135-120-0443-000 GRUPO: 7-DEB-AUTOMATICO-103668667

LIGADO POTENCIAL 1 1

A11F277112 02/03/2017 30/03/2017 MEDIA HD

AGUA
LEIT ANT: 31 CONSUMO: 3
LEIT ATU: 31
LEIT FAT: 31 HD PARADO

HISTORICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

02/2017 03
01/2017 03
12/2016 03
11/2016 05
10/2016 02
09/2016 03
MEDIA: 03

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EAIG MS 2	PORT 914/11	ANALISES REALIZ A LEGIS
TURBIDEZ	48	48	48
COR APARENTE	48	48	46
CLORO RESIDUAL	48	48	44
KOLIF. TOTAIS	48	48	46
E. COLI	48	48	48

Qualidade de Agua: www.caispa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITARIAS DA AGUA
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	2 M3	40,18
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	1 M3	59,11
MULTA P/IMPONTUALIDADE 02/2017		2,22
JUROS DE MORA 12/2016		0,93

VENCIMENTO

15/04/2017

TOTAL A PAGAR

102,44

MENSAGEM:



Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.com.br> ou ligue para SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no **CPF/CNPJ 884.647.684-00**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário SEVERINO DA COSTA BARBOSA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 021.540.544-71, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima SEVERINO DA COSTA BARBOSA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 021.540.544-71, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Número 200	Complemento CASA
Bairro TIMBÓ	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE	CEP 53520170
Email: balbinospe@hotmail.com		Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834

Abreu e Lima/PE 25 de Junho

Rossana Lígia Fernandes Dantas
Assinatura do Declarante





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 108980 Atd: Nao Regu.
Data: 07/03/2018
Hora: 17:15:17
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: SEVERINO DA COSTA BARBOSA

Num. de vezes atendido: 1

CNS: 898001203848309 Sexo: M CNH: 1719204 Fone: 987004671

Num. Prontuario: 2018.03.000986

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 08/04/1975 Id: 42 ano(s)

End.: RUA ENGENHEIRO SERGIO RUBENS DE ALBUQUERQUE, 1067

Bairro: CRISTO REDENTOR Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA DA COSTA BORBOSA

Pai: MANOEL FRANCISCO BARBOSA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: SEVERINO DA COSTA BARBOSA

Tel/Doc. Responsavel: 987004671 / OUTROS: 1719204

Procedencia: RESIDENCIA



Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO COM MOTO NA RUY CARNEIRO

Vitima de violência por: HA + OU - 13:50HRS CONDUTOR MOTO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao

Queixa Principal

CO: AO CARRO MOTO

S. Paciente vítima de

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

1. Trauma, com fratura da perna;

2. 4.5" RDE. 18.35
Diagnostico: *FRAT. 500ml, (30) Conduta: 18.35*
ORINARIA - ORINARIA (30) 18.35
Over-ortho

Prescrição: *# ORTODONTIA # 18.06* | Horario da medicação
DR. FERREIRA EM' MOTO (30) 18.35
DR. TRAUMA ORTOTO EM' 4' 0 5'
DR. FERREIRA LACRO/CONTUSO
DR. Ex IN 5' D.O. 18.35
Dr. Igor Nunes de S. CRM - 5858
Dr. Frederico Boulitreau CRM - 5858

Assinatura e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

ESTADO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 119224 Atd: Nao Regulad
Data: 11/04/2018
Hora: 20:08:11
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES DE
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: SEVERINO DA COSTA BARBOSA
CNS: 898001203848309*Sexo: M CNH: 1719204 Fone: 987004671
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 08/04/1975 Id: 43 ano(s)
End.: RUA ENGENHEIRO SERGIO RUBENS DE ALBUQUERQUE, 1067
Bairro: CRISTO REDENTOR Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: MARIA DA COSTA BORBOSA Pai: MANOEL FRANCISCO BARBOSA
Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: Estado Civil: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: SEVERINO DA COSTA BARBOSA
Tel/Doc. Responsavel: 987004671 / OUTROS: 1719204
Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

APRESENTANDO NECROSE EM 5º DEDO DA MAO
ESQUERDA. RETORNO PARA DR. PEDRO THIAGO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Numero 2 F3 JQNS
Col. Amputados cir

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da Prescricao

FATURADO

Dr. Pedro Thiago
Traumatologia
CRM 23122/TEC 1538

0302016 gots
0508060042
5683



Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)



ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Servicio da C. Bunkere Data da Admissão: 27.03.18
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Data de Nascimento: 1/1
Escolaridade: _____

QPD: Levante em 3 e 5º QDS

HDA: Levante de um tolo com furo
em 3/5º QDS.

EF: E6K, 1018, AAA, G: 15.

HP: Lev. exposta 3 e 5º QDS.

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudore
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náusea
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposou ☐ Deformidade
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____
Alergias: _____
Cirurgias: _____ [] HTF
[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa
[] Trauma [] Neo [] Tabagismo
[] Alcoolismo
Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____
Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg
FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____
Geral: _____
Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____
Gânglios: _____
Pele: _____
ACV: _____
AR: _____
ABD: _____
AGU: _____
SME: _____
SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- DDH rob anest. loc.
- Anupria + antineupria.
- Lavagem extensiva d St. 99%.
- Fixação coss. fio. K 1mm

Incisão:

- Sutura do feito unguem com nyg-20
- Sutura de pele
- Alta pl. ambulatória

Achados:

Dr. Pedro Thiago
CRM 23.122

Conduta:



Fechamento:

OBS:

Data: ____/____/____

MÉDICO/CRM



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO DINIZ

21 JUL 2018
MINISTÉRIO DA
SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Sereyrenes de Costa Barros</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO <i>M</i>	CSR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>07/03/18</i>		DATA DE ALTA <i>07/03/18</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fract. exp. 3º/5º DB</i>				CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>Fract. exp. 3º/5º DB</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <i>laqueosem + desbridamento + art. cea fixo L. + Sutura</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA		MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO
					ÓBITO

RESUMO CLÍNICO	(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
<i>Paciente evoluiu bem após procedimento com anestesia local.</i>	

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:	
REPOUSO:	Relativo em casa por <i>07</i> dias. Retorno às atividades sem esforço físico em <i>30</i> dias. Retorno às atividades com esforço físico em <i>30</i> dias e sem esforço maior em <i>30</i> dias.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: <i>Manter a ferida limpa e seca duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.</i>	
MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>Seguir anexo</i>	
RETORNO	As posto de saúde em <i>Dr. Pedro Thiago</i> para retirada de pontos. Ao Ambulatório do <i>Dr. Pedro Thiago</i> em 30 dias para revisão. <i>(07 set)</i>

DATA

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

Dr. Pedro Thiago
ASS. MÉDICO FORM
CRM 23.120

RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: _____

Servino da Costa Barbosa

Limbo útero

*Paciente teve amputação
traumática (parcial) do 5º dedo
há 40 dias que evoluiu com
exceção de subseqüência a
amputação do 5º dedo em
11/4/18.*

CDP } 598.1

11/4/18

Assinatura e Carimbo

Dr. Pedro Thiago
Traumato - Ortopedista
CRM 23122 / FEO 16256





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: _____

Severino do Costa Bandeira

Laudo Médico

Paciente com amputação
parcial traumática do 3º
QDE e 5º QDE. Em P.O (15 dias)

Em uso de imobilizações e
incapacitado ao uso da mesa

CSO. } S68.2

21/3/18

Dr. Pedro Thiago
Assinatura e Carimbo





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: _____

Severino do Costa Bandeira

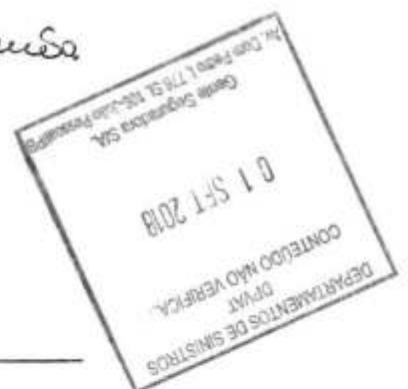
Lupo Médico

Paciente com amputação
parcial traumática do 3º
QDE e 5º QDE. Em P.O (15 dias)
Em uso de imobilizações e
incapacitado ao uso da mesa

CSD. } S68.2

21/3/18


Assinatura e Carimbo



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: _____

Servino da Costa Barbosa

Lados 4000

*Paciente teve amputação
traumática (parcial) do 5º dedo
há 40 dias que ocorreu com
exatidão sendo submetido a
amputação do 5º do 5º dedo em
11/4/18.*

CDP } 598.1

11/4/18

Assinatura e Carimbo

Dr. Pedro Thiago
Traumato - Ortopedista
CRM 23122 / TEO 15256



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 SEVERINO DA COSTA BARBOSA

DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSOR IN
 1719204 SSF PB

CN
 021.540.544-71

DATA NASCIMENTO
 08/06/1975

EDUCAÇÃO
 MANOEL FRANCISCO
 BARBOSA
 MARIA DA COSTA BARBOSA

PERÍODO
 ACB
 CENSO

Nº INSCRIÇÃO
 94894353255

VIGÊNCIA
 15/09/2019

1ª HABILITAÇÃO
 05/03/2010

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Titular

Assinatura do Portador

LOCAL
 JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
 16/09/2014

Assinatura do Autorizador

64126125012
 PB029259622

DETRAN - PB (PARAIBA)

VALIDA EM TODOS
 OBRIGATORIO LITON
 971828853

PUNTO DE PLASTIFICAR
 971828853



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TANAKES RIBEIRO

EC-3

[Fingerprint]

[Portrait Photo]

[Signature]

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.742.986 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/05/2017

NOME << ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS >>

FILIAÇÃO << SEBASTIÃO RADIR DANTAS >>
<< INACIA FERNANDES DANTAS >>

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE - PB DATA DE NASCIMENTO 07/04/1973

CRC - GRUPO << CC 26745 L47B F68 CART SEDE CAMPINA GRANDE PB 20 10 2004 >>

CNPJ 884.647.684-00

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 24/08/03

317052661808134701.7453785 F-76 88.077 - 3422

DEPARTAMENTO DE REGISTROS
OPVAT
CONTENDO LÍNGUA VERIFICADO

24 JUL 2018

Coord. Superintendente SIA
Rua. Dom Pedro I, 175 St. 105-João Pessoa/PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013220915875 BILHETE DE SEGURO DPVAT

DETTRAN - PB Nº 013220915875
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 QOD-RENAVAM 20170000229574-6 EXERCÍCIO 2017
0059738187-9 00/00000000 2017

NOME SEVERINO DA COSTA BARBOSA

CPF / CNPJ 02154054471

PLACA OGE6896/PB

PLACA ANT. / UF NOVO PB 9C2KC1680ER008158

ESPECIE/TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2013

CAP. POT. OIL 2 P/149 /CI

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000

VENC. / COTAS 1º

FAIXA L.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

0

2º

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ***** IOF (R\$) ***** PRÊMIO TOTAL (R\$) ***** DATA DE PAGAMENTO 28/06/2017

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOAO PESSOA-PB

DATA

28/06/2017

14346



Assinatura do Segurado

8028

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 28/06/2017

VIA 1 CPF / CNPJ 02154054471 PLACA OGE6896/PB

RENAVAM 00597381879 MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB. 2013 CATEG. 9 Nº CHASSI 9C2KC1680ER008158

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) ***** SEGURO P A G O

S PAGAMENTO 28/06/2017
COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

8028-0901494-20170628



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0270166/18
Vítima: SEVERINO DA COSTA BARBOSA
CPF: 021.540.544-71

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 07/03/2018
Titular do CPF: SEVERINO DA COSTA BARBOSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

SEVERINO DA COSTA BARBOSA : 021.540.544-71

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: 24/07/2018
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF/CNPJ: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/07/2018
Nome: ALINE GOMES DE BRITO
CPF: 079.445.364-30

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

ALINE GOMES DE BRITO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180340044 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO DA COSTA BARBOSA **Data do acidente:** 07/03/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 3º E 5º QUIRODACTILO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180340044 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO DA COSTA BARBOSA **Data do acidente:** 07/03/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º E 5º QUIRODACTILO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO RELATÓRIO MÉDICO DE TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, COM PROGNÓSTICO E EXAMES DE IMAGEM DE CONTROLE (RAIO X, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA), COM DATA DE REALIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO. RESULTADO DE TRATAMENTO NÃO DEFINIDO NO MOMENTO.

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0270166/18

Número do Sinistro: 3180340044

Vítima: SEVERINO DA COSTA BARBOSA

CPF: 021.540.544-71

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/03/2018

Titular do CPF: SEVERINO DA COSTA
BARBOSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 03/09/2018
Nome: SEVERINO DA COSTA BARBOSA
CPF: 021.540.544-71

SEVERINO DA COSTA BARBOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/09/2018
Nome: ALINE GOMES DE BRITO
CPF: 079.445.364-30

ALINE GOMES DE BRITO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180340044 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO DA COSTA BARBOSA **Data do acidente:** 07/03/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º E 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, E COM AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO, ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: PERDA ANATÔMICA PARCIAL DO 5º QUIRODÁCTILO, E DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA DÉFICIT ANATÔMICO PARCIAL MODERADO DO 5º QUIRODÁCTILO, DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO EM CONSEQUÊNCIA AO SINISTRO EM QUESTÃO

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 37,5 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura: