

---

Rio de Janeiro, 26 de Julho 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: 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**



---

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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.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**



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

CPF da Vítima

021.540.544-71

Nome completo da vítima

SEVERINO DA COSTA BARBOSA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	SEVERINO DA COSTA BARBOSA	CPF titular da conta	021.540.544-71	Profissão	ANON
Endereço	RUA. ENG SENGIO RUIZENS ALBUQUERQUE	Número	1067	Complemento	CASA
Bairro	CRISTO RESSURRE	Cidade	JUSS PESSOA	Estado	PB
Email	ballmiospe@hotmail.com	(81)98721-5834		CEP	58.031-440
				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**

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> 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

N.R.O.

0037

D/V

CONTA

N.R.O.

146481

D/V

0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome:

N.R.O.

AGÊNCIA

N.R.O.

CONTA

N.R.O.

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 Lima/PE 25 de junho de 2018

Local e Data

Severino da Costa Barbosa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



24 JUL 2018

DEPARTAMENTOS DE BIBLIOTECAS  
DIFMAT  
CONFERENCIA UNIVERSITARIA

13

卷之三



**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 integra: 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 -ESDI, 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 20 de junho de 2018.

JOSE 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 BANBOSA

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:

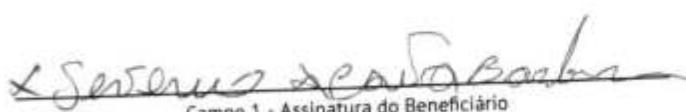
**Assinalar uma das opções abaixo:**

- 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.

 Abri e Junte 25 de junho de 2018  
 Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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 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 Tarcísio Buriti (Ort trauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 14 de Março de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto  
Estatístico  
CRE15 Registro: 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 ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cimé, 220 - Jaguaripe Júlio Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-67

PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
377023
REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MAR/2018

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
		Sádico	Conselho	Outros	Total	
001.019.395.0319.000	000	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   07/04/2018						
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	
DESCRICAÇÃO		CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ÁGUA			
ESGOTO		3 m³	36,84
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ESGOTO			
PARCELAMENTO DE DEBITOS PARCELA 06/08		3 m³	29,47
			24,90

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

VENCIMENTO: 21/03/2018 Total a Pagar: R\$ 141,21



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA  
CAGEPA CONDICÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

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

21/03/2018



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

82620000001 4 41210010001 2 00037702301 5 03201840003 9



ROSSANA LICIA 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

DATA	CONSUMO	PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS			
			EXIG.	PORT	ANALISES	ATENDIM.
02/2017	03	TURBIDEZ	48	48	48	48
01/2017	03	COR APARENTE	48	48	48	48
12/2016	03	CLORO RESIDUAL	48	48	48	48
11/2016	05	COLIF. TOTAIS	48	48	48	48
10/2016	02	COLIF. TOTAIS	48	48	48	48
09/2016	03	COLIF. TOTAIS	48	48	48	48
MEDIA:	03	Qualidade de Agua: www.compesa.com.br				

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

DESCRICAO DOS SERVICOS	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

99,79 1,65 1,64  
99,79 1,65 1,64  
00,00 7,60 7,60  
VENCIMENTO 17/04/2017 TOTAL A PAGAR 102,44

MENSAGEM:



ATENDIMENTO AVENIDA EUCALIPTOS - NUM 32481 - MATINHA ABREU E LIMA PE 53560-440

ROSSANA LICIA FERNANDES DANTAS  
R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-17

INSCRIÇÃO 165-135-120-0443-000-GRUPO 7-DEB AUTOMÁTICO-103668667

LIGADO POTENCIAL 1 1

A11F277112 02/03/2017 30/03/2017 MÉDIA HO

ÁGUA  
LEIT ANT: 31 CONSUMO: 3  
LEIT ATU: 31  
LEIT FAT: 31 HO PARADO

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA CONSUMO:

DATA	CONSUMO	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS			
			EXIG.	PORT	ANALISES	ATENDIM.
02/2017	03	TURBIDEZ	48	48	48	48
01/2017	03	COR APARENTE	48	48	48	48
12/2016	03	CLORO RESIDUAL	48	48	48	48
11/2016	05	COLIF. TOTAIS	48	48	48	48
10/2016	02	COLIF. TOTAIS	48	48	48	48
09/2016	03	COLIF. TOTAIS	48	48	48	48
MÉDIA	03					

MÉDIA: 03 Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2) OS PARAMETROS COFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO  
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA  
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES  
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

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

99,79 1,65 1,64  
99,79 1,65 1,64  
00,00 7,60 7,60  
VENCIMENTO 17/04/2017 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 BORGES**, inscrito (a) no CPF sob o Nº **021.540.544-71**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima **SEVERINO DA COSTA BORGES**, 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 Lider-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
Email:	balbinospe@hotmail.com	Telefone Comercial (DDD)	(81) 3538.0069	Telefone celular (DDD)	(81) 98721.5834

*Abreu e Lima/RN* 25 de Junho de 2018  
*Rossana Ligia Fernandes* *aut. 24 JUN 2018*  
 Administradora do Documento  
 Circular Susep 445/12  
 Genio Seguradora SIA  
 Av. Dom Pedro I, 770 - 51.000-000 Petrolina-PE



## CERTIDÃO

Nº. 0785/2018

Atendendo solicitação de **SEVERINO DA COSTA BARBOSA** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº75818, pertencentes ao requerente que foi atendido dia 07/03/2018 às 17h15min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em mão esquerda.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de 5º dedo da mão esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 07/03/2018 com alta médica dia 08/03/2018. Retornou dia 11/04/2018 às 20h08min com ficha nº 119224, apresentando necrose de 5º dedo da mão esquerda onde foi realizado amputação.

E para constar eu, Rossana de Fatima de Araujo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 24 de maio de 2018  
Rosângela M. Escorel Almeida  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3533



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  
Horas: 17:15:17  
Recepção: 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  
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 BARBOSA Pai: MANOEL FRANCISCO BARBOSA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: SEVERINO DA COSTA BARBOSA

Tel/Doc. Responsavel: 987004671 / OUTROS: 1719204

Procedencia: RESIDENCIA

Estado Civil: NAO INFORMADO

Esporte 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:	[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave
FC:	TP:	[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao
Peso:	Altura:	[ ] Hemorragia [ ] Dispneia
Glicemias:	IMC:	[ ] Diarreia [ ] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[ ] Regular [ ] Chocado
Queixa Principal		[ ] Vomito
CO: AO CARRO MOTO		Observacao

S Paciente visto e

História - Exame Físico - (hora do atendimento medico)

1. Trauma, com notícias recentes;  
- visão RDC.  
Diagnóstico: TBL. S. 0001, (R)  
0110014-0210119, (R). Conduta: S. 011014  
Prescrição: ORTOPEDIA # 18:06 Horário da medição 24  
Dr. Igor Nunes, Jr. Sc. Dr. Frederico Bouilletau  
Cirurgia Geral Ortopedia Cir. do Joelho  
CRM-5858 CRM-PR-33307  
Dr. Igor Nunes, Jr. Sc. Dr. Frederico Bouilletau  
Cirurgia Geral Ortopedia Cir. do Joelho  
CRM-5858 CRM-PR-33307

data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



## ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Reservado p/ liberacao

### Assinatura da Enfermagem

#### **PROCEDIMENTO REALIZADO**

#### **ESTUDO DO PACIENTE**

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

Assinatura do Paciente/Responsável

**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  
Recepçionista: GIULIANA DE MENEZES DE  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: SEVERINO DA COSTA BARBOSA Num. de vezes atendido: 4  
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: PARD A Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação:

Escolaridade:

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 violênciapor: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemia: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Queixa Principal

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

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Nevrose d f3 5QD5

Col: Anapofane cia

Diagnostico

| Conduta

| Horario da relato  
Dr. Pedro Thiago  
Traumato-Ortopedico  
CRM 23122/TEOT 1622

0307010006  
0508060042  
5683

Prescricao

FATURADO

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
T				
P				
F				
Pi				
SI				
CI				

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem |

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

*A Severo e casas Boas*

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Serviço de C. Bimbo Data da Admissão: 09/03/18  
Pronutário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F( ) M( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 1/1  
QPD: Residente em 3 e 5º andar  
HDA: Iniciou a crise no dia 26/02/18  
EF: E6K, V078, ANA, 6:15.  
HP: Fadiga constante desde 26/02/18.  
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 Pescoco: [ ]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 [ ]Soluço [ ]Regurgitação [ ]Hematêmese [ ]Náuseas  
[ ]Vômitos [ ]Dispepsia [ ]Diarréia [ ]Melena [ ]Enterorragia [ ]Constipação [ ]Aumento de volume

AGU: [ ]Disúria [ ]Incontinência [ ]Retenção [ ]Políuria [ ]Oligúria [ ]Noctúria [ ]Hematúria  
[ ]Mal Cheiro [ ]Corrimento [ ]Outras: \_\_\_\_\_

SME: [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Rigidez pós-reposo [ ]Deformidades  
[ ]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: \_\_\_\_\_ [ ]HTF

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ]HAS [ ]JDM [ ]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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Serviço do Corte Barbosa</i>				Registro:
Idade:	Sexo: <i>M</i>	Cor:	Clinica:	EMP: _____ LR: _____
Data:	Cirurgião: <i>Dr Pedro Luiz</i>	1º Assistente: _____		
2º Assistente: <i></i>	3º Assistente: <i></i>	Instrumentador: _____		
Anestesista: <i>horal</i>	Tipo Anestesia: <i></i>	Horário: I: <i></i> T: <i></i>		
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO <i>fist. exposta da 3º e 5º cost.</i>				CID
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO <i>O curou</i>				CID
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) <i>Estomotomese com fio K.</i>				CÓDIGO
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim 2 (x) Não		Descreva:		
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (x) Não				

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 (x) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- ORN nob aces. lobj.
- Aspira + antisepse.
- Laringe ectomia cl ST 97%.
- Fissuras com fio K 1mm

### Incisão:

- Sutura da ferida cervical com NY 4-0
- Sutura da pele
- Alta pl am lioforte

### Achados:

Dr. Pedro Thiago  
CRM 23.122

### Conduta:



### Fechamento:

### OBS:

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

MÉDICO/CRM



Complexo Hospitalar  
MANGABEIRA  
GOVERNADOR TANCRELO DANTAS

MINISTÉRIO DA  
SAÚDE  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Senhoras de Costa Barbosa</i>		PRONTUÁRIO N°	
EDADE <i>W.</i>	SEXO <i>M.</i>	ODR	CLÍNICA
DATA DE ADMISSÃO <i>07/03/18</i>	DATA DE ALTA <i>07/03/18</i>	TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fist. ex post 3º/5º DDB</i>		CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>Fist. exp. 3º/5º DDB</i>			
OUTROS DIAGNÓSTICOS			
PRINCIPAIS EXAMES			
PROCEDIMENTO REALIZADO: <i>lavossem + desbridamento + art. coa fio L. + Sutura</i>			
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA			
ANATOMIA PATHOLÓGICA			
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
RESULTADO E EPIDIOLOGIA			
CONDIÇÕES DE ALTA <input type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO			

RESUMO CLÍNICO <small>HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES</small>
<i>Paciente evoluiu bem após procedimento coxa feia fuso.</i>

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA	
DIETA:	
REPOUSO:	Relativo em casa por <u>07</u> dias. Retorno às atividades sem esforço físico em <u>30</u> dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Evite a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procure imediatamente este Complexo Hospitalar.	
MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>Sigre Andre</i>	
RETORNO	A posto de saúde em _____ Ao Ambulatório do <u>Dr Pedro Diogo</u> para retirada de pontos. em 30 dias para revisão. (07/06/18)
DATÁ	<u>Dr Pedro Diogo</u> ASS. MÉDICO/HORM CRM 231
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.	

RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: \_\_\_\_\_

Serviço de Corte Superior

Lentes ópticas

Paciente teve amputação  
triorrótica (parcial) d. 5º de  
há 40 dias que evoluiu com  
recorrência constante subjetiva de  
amputação d. f3 d. 5000 em  
11/11/18.

CRP } 598.1

11/11/18

Assinatura e Carimbo

Dr. Pedro Thiago  
Traumato - Ortopedista  
CRM 23122 - EOT 16256





## RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: \_\_\_\_\_

Serviços de Costa Barbosa

Lsoco Médico

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

Em uso de imobilizadores e  
incapacitado ao uso da mao

CSD. } S68.2

21/3/18

Or Pedro Thiago  
Assinatura e Carimbo





### RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: \_\_\_\_\_

Serviços de Costa Beira

Luzes Médico

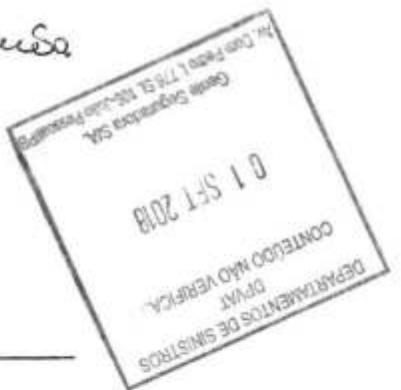
Paciente com amputação  
parcial traumática do 3º  
QDE e 5ºQDE. Em P.O (15 dias)

Em uso de imobilizantes e  
incapacitado ao uso da mao

030. } 568.2

21/3/18

Dr Pedro Thiago  
Assinatura RM 23.122



**RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS**

NOME: \_\_\_\_\_

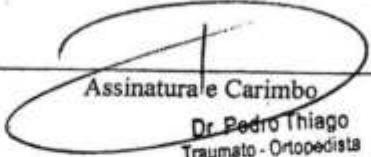
*Serviços de Corte Sábio*

Lavoro 48000

Paciente teve amputação  
femorotíbia (parcial) d. 5-008  
há 40 dias que evoluiu com  
reconhecido quadro subjetivo de  
amputação d. f. d. 5000 L<sup>2</sup>  
11/4/18.

com } 598.1

11/4/18

  
Assinatura e Carimbo  
Dr. Pedro Thiago  
Traumato - Ortopedista  
CRM 23122 / TEGT 15256







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 >>

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

CÓD. IRJDM << CC 26745 L47B F68 CART SEDE  
CAMPINA GRANDE PB 20 10 2004 >>

CPF 884.647.684-00

ASSINATURA DO DIRETOR FERNANDO VIEIRA GOMES Ribeirão Preto  
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

317052661805134701.7453785 F-76 88.077 - 3422

DEPARTAMENTOS DE ESTATÍSTICAS  
DPESTAT  
CORREDOUJO VERIFICADO

24 JUL 2018

Occhio Segurança S/A.  
Av. Dom Pedro I, 770 - SL 102 - Bairro Pernambués

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETBRAN - PB  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VIA CÓD. RENAVAM PBT 20170000229574 EXERCÍCIO  
E 1 00597381877-9 00/0000000 2017

NOVO		SEVERINO DA COSTA BARBOSA	
CPF / CNPJ 02154054471		PLACA OGE6896/PB	
PLACA ANT / NIF NOVO PB 9C2KC1680ER008158		CHASSIS	
ESPECIE / TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		COMBUSTIVEL ALCO/GASOL	
MARAÇ / MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI		ANO FAB. / ANO MOD. 2013 2011	
CAP. POT. / OIL 2 P/149 / CI		CATEGORIA PARTIC	
COTA ÚNICA IPV FAIXA IPVA A *****		COR PREDOMINANTE VERMELHA	
VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000		VENC. / COTAS 1º 2º 3º	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) *****		IOF (R\$) *****	
PRÉMIO TOTAL (R\$) SEGUR		DATA DE PAGAMENTO PAGO 28/06/2017	
OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
JOAO PESSOA/RN 14346		DATA 28/06/2017 8028	

*Marcelo*  
Assentorio Motociclistas S/A  
Detran-PB  
DETBRAN-PB

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

PB Nº 013220915875 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO DOCUMENTO 028/06/2017  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017		DATA EMISSÃO 28/06/2017	
VIA 1 02154054471		CPF / CNPJ 00597381879	
RENAVAM 00597381879		PLACA 9C2KC1680ER008158	
MARAÇ / MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI		ANO FAB. / ANO MOD. 2013 9	
CATEGORIA PARTIC		COR PREDOMINANTE VERMELHA	
VENC. / COTAS 1º 2º 3º		VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) *****		IOF (R\$) *****	
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****		DENATHAN (R\$) *****	
SEGUR		CUSTO DO BILHETE (R\$) *****	
PAGAMENTO S COTA ÚNICA		PAGAMENTO PARCELADO	
TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) PAGO 28/06/2017			

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 09.248.608/0001-04

8028-0901494-20170628

28/06/2017

21/01/2018

28/06/2017

# 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](http://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

**Valorização 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, INSUSCEPTIVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
<b>Total</b>		<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>	

# 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

**Valorização 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/03/2018

Titular do CPF: SEVERINO DA COSTA BARBOSA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SEVERINO DA COSTA BARBOSA

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
		<b>Total</b>	<b>7,5 %</b>	<b>R\$ 1.012,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

**CRM:** 5235988-0

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**