

Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR**

Nº Sinistro: **3180537312**

Vítima: **HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR**

Data do Acidente: **07/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180537312**.

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 13596550



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 ASI: 034363-18 CPF da vítima: 056.447.364-23 Nome completo da vítima: HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR CPF: 056.447.364-23
Profissão: AUTÔNOMO Endereço: RUA PST JOSE SENEZIMO DE OLIVEIRA Número: 251 Complemento: CASA 02
Bairro: OLITZEIRO Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB CEP: 58088-785
E-mail: ARTSIVOS@GMAIL.COM Tel.(DDD): 83 98606-2797

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

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: Caixa Econômica

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0036 CONTA: 10356 4
(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 do 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) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não assessorado

Local e Data: JOÃO PESSOA, 14/11/2018

Nome: CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Henrique Francisco da Silva Junior
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: CPF:

Assinatura

2ª | Nome: CPF:

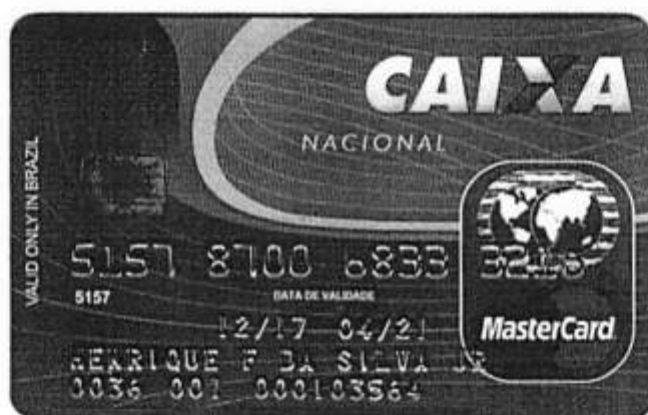
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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







POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0333 - 2018		Responsável pelo Levantamento do Acidente: EVÂNIO TAVARES DA SILVA			Posto/Graduação: Cabo/PM		
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Av. Des. Hilton Souto Maior			Hora 12:30	Bairro José Américo	Município: João Pessoa	U F PB	
Data/Ocorrência 07/05/2018	Dia da Semana Segunda-feira	C/S Vítima (QT) Com/01	Natureza do Acidente Choque	Tipo de pavimento Asfalto	Condições/Via Seca	Tempo Bom	
Envolvidos no acidente (Quantidade) 02 veículos			Controle do tráfego no local Pista dupla				

CONDUTOR 01

Nome Jocelson Batista do Nascimento		Sexo Masculino	Nascimento 01/04/1983	RG 2616938
Endereço Av. Walhemar Nazcazeno, 1250, Casa-01, Geisel, PB – Tel.(083)98860-2030				
1ª Habilitação 10/04/2002	Categoria AD	Registro CNH N.º 02277884836	U.F. PB	Ex.méd./Dia Sim
		Data Vencimento 24/04/2018	Usava cinto -	Usava Capacete -
Exame de Embriaguez Alcoólica Sim		Destino do Condutor Permaneceu no local		

VEÍCULO 01

Marca/Modelo M.Benz/M.Polo	Espécie Ônibus	Placa OEY 5733	Categoria Aluguel	Município João Pessoa	U.F. PB
Nome do Proprietário Santa Maria Transp. E.F. LTDA					
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 013221080548	Renavan N.º 0053836393-2	Data da Emissão 02/06/2017		
Defeitos Nada constatado					

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Condutor declarou que: trafegava na via "A" no sentido Mangabeira – José Américo, na faixa da direita e ao parar o veículo na parada de ônibus para desembarque dos passageiros com a sinalização acionada, foi surpreendido pelo V2 colidindo na sua traseira do veículo. Obs.: o veículo se encontrava totalmente parado com os passageiros desembarcando.

CONDUTOR 02

Nome Henrique Francisco da Silva Júnior		Sexo Masculino	Nascimento 09/05/1986	RG 2920847
Endereço Rua Pastor José Severino de Oliveira, 251, Oitizeiro, JP/PB – Tel.(083)98606-2797				
1ª Habilitação 22/06/2004	Categoria AE	Registro CNH N.º 03309877034	U.F. PB	Ex.méd./Dia Sim
		Data Vencimento 08/11/2018	Usava cinto -	Usava Capacete -
Exame de Embriaguez Alcoólica Não		Destino do Condutor Conduzido ao Hospital de Trauma		

VEÍCULO 02

Marca/Modelo Honda Fan	Espécie Motocicleta	Placa QFB 6968	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
Nome do Proprietário Henrique Francisco da Silva Júnior					
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 013220923657	Renavan N.º 0123517115-6	Data da Emissão 05/07/2017		
Defeitos Nada constatado					

VERSÃO DO CONDUTOR 02

O condutor entregou declaração no dia 25/05/2018 onde informou que: somente se lembra que escureceu tudo em um momento quando se deparou com o ônibus, colidindo e vindo ao chão, não podendo evitar o acidente.



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
 Cópia de Conformidade com o Original
 Em: 25/05/2018

VÍTIMA 01

Nome Henrique Francisco da Silva Júnior	Sexo Masculino	Nascimento 09/05/1986
Endereço Rua Pastor José Severino de Oliveira, 251, Oitizeiro, JP/PB – Tel.(083)98606-2797		
	Viajava no Veículo Nº 02	Usava Cinto
Condição da Vítima Condutor	Conduzida Para Hospital de Trauma	

TESTEMUNHA 01

Nome Renan Vieira Sales Pereira	Sexo Masculino	Nascimento 20/02/1997
Endereço Rua Cícero Gregório Lacerda, 55, Cidade dos Colibris, JP/PB – Tel.(083)98750-4435		
CPF 108.638.614-07	Identidade 3.869.115	Órgão Emissor SSP
		U. F. PB

VERSÃO DA TESTEMUNHA 01

Disse que estava na parada de ônibus para embarcar no V1 que encontrava-se parado, momento que escutou um forte barulho provocado pelo choque do V2 no V1.

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: o sítio do acidente se deu na faixa da direita da via "A". Dos veículos: V1 liberado no local V2 conduzido para o pátio do BPIran para complemento de Boat, C1 permaneceu no local e o C2 socorrido para o Hospital de Trauma

João Pessoa – PB, 30 de Maio de 2018.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 11.06.2018
ASSINATURA


RENAN VIEIRA SALES PEREIRA – Cabo PM
Responsável pelo Levantamento





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAIBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



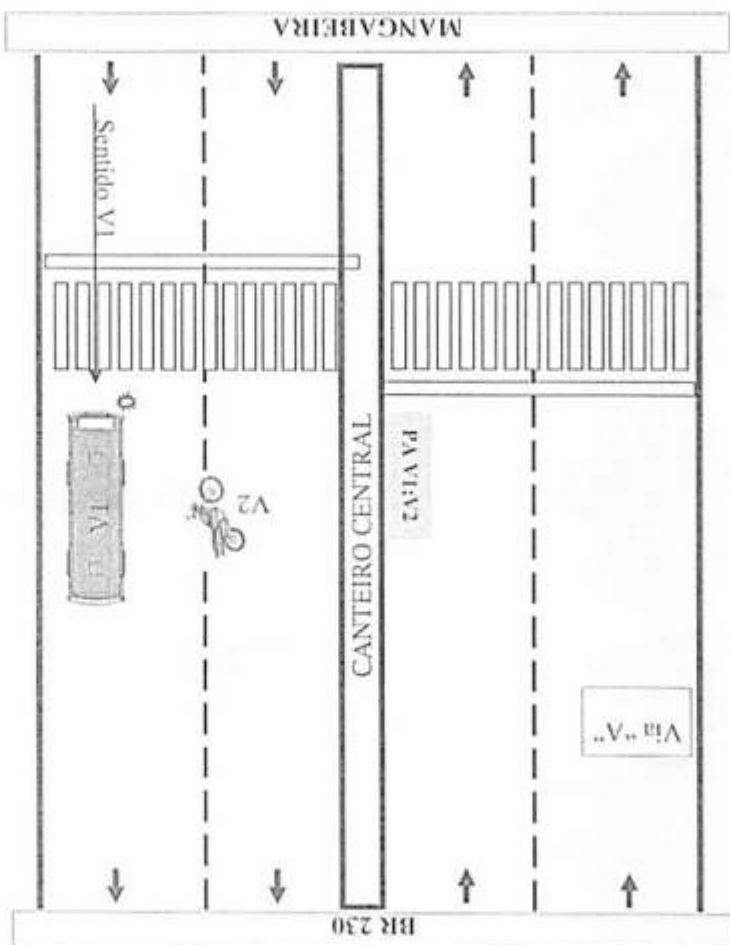
CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0333 / 2018

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Av. Hilton Souto Maior - 07,00metros

PR (Ponto de Referência) Igreja Universal
PA (Ponto de Amarração) Guia do meio fio

V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Esquerdo 04,60 e Traseiro Esquerdo 04,60 metros para (PA)
V2 (Veículo 02) Eixos Dianteiro Direito 03,60 e Traseiro Direito 02,80 metros para (PA)

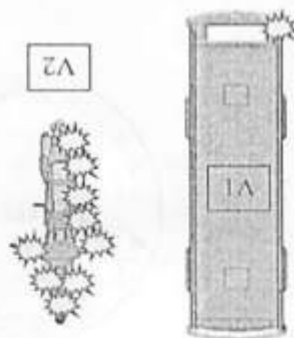


BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
EM: 11/06/2018
ASSINATURA

DESENHO ILUSTRATIVO NÃO ORIENTA ESCALA

AVARIAS

Responsável pelo levantamento
Evandro Tavares da Silva CB PM



RECEBIDO
EM: 08/06/18
/ 21

EM BRANCO





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 333 / 2018

FOTOS DO V2

FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 11/08/2018

ASSINATURA



Ednito Tavares
Ednito Tavares de Silva CB PM
Responsável pelo Levantamento



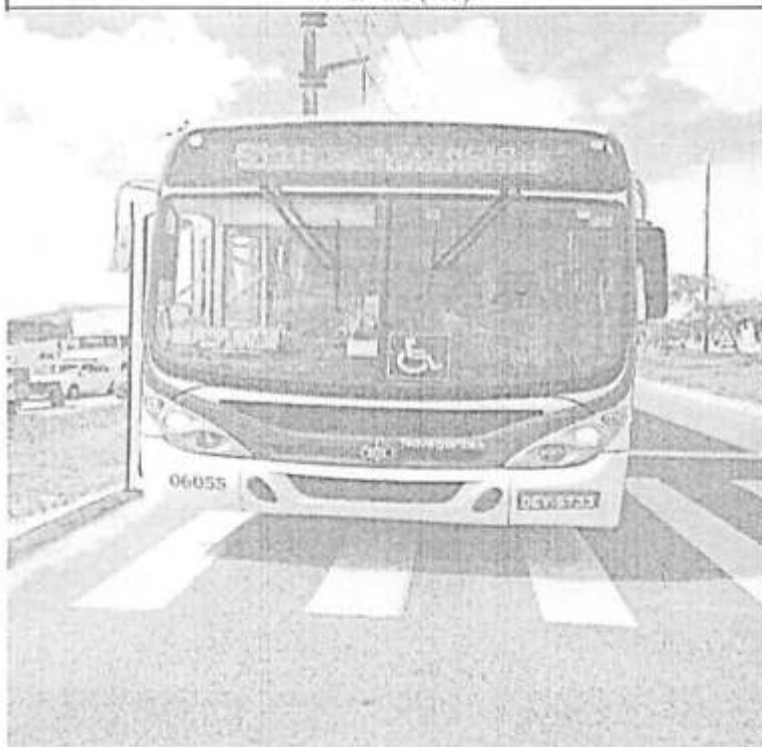
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 333 / 2018

FOTOS DO V1

FRENTE (V1)



TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 11/06/2018

[Signature]
ASSINATURA

Evânio Tavares da Silva CB PM
Responsável pelo Levantamento

[Signature]



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0333 - 2018

DANOS NO V2

Marca/Modelo: M.Benz/M.Polo	Placa: OBY 5733	Responsável pelo Preenchimento: Cabo Evânio	Data: 07/05/2018
---------------------------------------	---------------------------	---	----------------------------

ÔNIBUS E MICROÔNIBUS
AVARIAS NO ACIDENTE

Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA
01	Avaria na estrutura das laterais ou do teto afetando o posto do condutor.	M		x	
02	Avaria na estrutura afetando a coluna "B" da carroceria.	M		x	
03	Avaria na estrutura afetando qualquer ponto de fixação das poltronas/bancos.	M		x	
04	Avárias na estrutura das laterais ou do teto atingindo o compartimento interno dos passageiros podendo ultrapassar o plano que passa pela linha de referência do peltoril (parte inferior das janelas).	M		x	
05	Estrutura com deformação vertical, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroceria com o chassi.	M		x	
06	Estrutura com deformação lateral, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroceria com o chassi.	M		x	
07	Região da carroceria e/ou do chassi termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		x	
08	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		x	
09	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina.	M		x	
10	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas.	M		x	
11	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		x	
12	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		x	
13	Chassi com deformação lateral maior que a altura da longarina.	G		x	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão.	M		x	
15	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		x	
16	Avaria em qualquer um dos eixos.	M		x	
17	Dano em qualquer componente do Sistema de Freios.	M		x	
18	Região do Chassi termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		x	

M: Item que individualmente implica em Dano de Média Montagem.

G: Item que individualmente implica em Dano de Grande Montagem.

Assinale abaixo o campo correspondente ao dano de maior gravidade

Dano de Pequena Montagem: quando não houver nenhum item assinalado nas colunas "SIM" ou "NA"

Dano de Média Montagem: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria M

Dano de Grande Montagem: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria G

Observações: as avarias não chegaram a prejudicar a estrutura do veículo.

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi danificado ou não no acidente, assinalar com um X a coluna NA

SIM = Item danificado no acidente; NÃO = Item não danificado no acidente; NA = Impossibilidade de avaliar o dano (Não avaliado)

DANOS NO V2

Marca/Modelo: Honda Fan	Placa: QFB 6968	Responsável pelo Preenchimento: Cabo Evânio	Data: 07/05/2018
-----------------------------------	---------------------------	---	----------------------------

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro		x		05	Chassi		x	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		x		06	Garfo traseiro		x	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		x		07	Eixo traseiro (tríciclos)			
04	Coluna de direção		x		Total Geral (Sim + NA)			00	

Observações: as avarias não chegaram a prejudicar a estrutura do veículo.

AValiação POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 -> DANO DE PEQUENA MONTAGEM

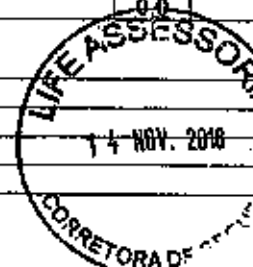
Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 -> DANO DE MÉDIA MONTAGEM

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 -> DANO DE GRANDE MONTAGEM

João pessoa-PB, 30 de Maio de 2018.

Evânio Tavares da Silva
EVÂNIO TAVARES DA SILVA - Cabo PM
 Responsável pelo Levantamento

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
 Cópia de Conformidade com o Original
 EM: 11/06/2018



EM BRANCO

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:

014363-18

CPF da vítima:

056.447.364-23

Nome completo da vítima:

Henrique Francisco da Silva Junior

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR

CPF:

056 447 364-23

Profissão:

AUTÔNOMO

Endereço:

RUA PST Jose Severino de Oliveira

Bairro:

OLITEIRO

Cidade:

JOÃO PESSOA

Estado:

PB

E-mail:

ARTSIVOS@GMAIL.COM

Número:

251

Complemento:

CASA 02

CEP:

58088-785

Tel.(DDD):

83 98606-2797

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

RENTA 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: Caixa Econômica

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que 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 Lider 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:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐

Sim

☐

Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

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

Impressão
de grãfol da
vítima ou
beneficiário
ou representante

Local e Data, JOÃO PESSOA, 14/11/2018

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Henrique Francisco da Silva Junior

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

14 NOV. 2018


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 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.



VISTO EM: 20/06/18



Ramon Lucena da Silva
TEN. CEL. QOBM-521.280.4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 20 de Junho de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 0261/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 07/05/2018, conforme requerimento nº 0266/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 12h52min o/a Sr.(a) **HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR**, CPF nº 056.447.364-23 vítima de acidente de (*colisão (moto x ônibus)*), ocorrido na Av. Hilton Sloto Maior, José Américo – João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-48, tendo como chefe o **SOLDADO BM JORGE LUIZ DA SILVA BARBOSA**, Matrícula 525.904-5. Vítima consciente e orientada, com fratura exposta no membro superior e suspeita de fratura em membro inferior e na clavícula. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira** de Souza- CB BM, Mat. 523.518-9, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.


JYARMESON DIEGO A. DE SOUSA
2º TEN. MAT. 527.341-2

Chefe da 3ª Seção



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphbbs@bombeiros.pb.gov.br

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: 29/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000010356-4

Nr. da Autenticação A64030CFE6FFD9FC



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
69745480
REFERÊNCIA
JUN/2018

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

HENRIQUE FRANCISCO S JUNIOR
RUA PST JOSE SEVERINO DE OLIVEIRA, 251 - CS/02 -
DITIZEIRO JOAO PESSOA PB 58088-785

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Escola	
001.013.240.0393.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A10F146709	12-07-2010	ENTRADA	ILUADO	FACTIVEL		
ANTERIOR 1 ATUAL 1 CONSUMO (M3) 1 DIA DE DIAS 1 PROXIMA LEITURA						
587	588	1	30	13/07/2018		
LIST. CONS. / ANOR. LEIT. 1 QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
MAR/2018	24	8	PARÂMETROS	ETG. ANALIS.	CONFORMES	
ABR/2018	114	6	TURBIDEZ	268	287	
MAR/2018	3	6	CLORO	268	287	
FEV/2018	6	0	COL. TERMOI	0	0	
JAN/2018	7	0	COR	73	113	
DEZ/2017	5	0	COL. TOTAIS	268	287	
MEDIA(H)	5		DADOS REFERENTES A: ABR/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 14/06/2018
HORA DA IMPRESSÃO: 10:05:00

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	1 M3	37,91
CONSUMO DE ÁGUA		
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	1 M3	30,00
CONSUMO DE ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,51 PIS E COFINS LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 26/06/2018
Total a Pagar: R\$ 68,24

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL
TIPO DE TARIFA: 1
INFORMAÇÕES GERAIS:
** ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
69745480	JUN/2018	26/06/2018	R\$ 68,24

82600000000 8 68240010001 7 06974548001 7 06201870003 9





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	HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR
DATA DE NASCIMENTO	09/05/86
NOME DA MÃE	SILVANA DE OLIVEIRA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.080.438
DATA DO ATENDIMENTO	07/05/18
HORA DO ATENDIMENTO	13:32
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO.
CID 10	T14.9

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor em ombro direito e fratura exposta em membro inferior direito(sic). Glasgow 15. Não consta exames que comprovem a fratura de MIE.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de bacia
RX de coxa direita
RX de joelho direito
RX de perna direita
RX de ombro direito

TRATAMENTO:

Atendimento inicial.

ALTA HOSPITALAR:	07/05/18
DATA DA EMISSÃO:	13/08/18



Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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



Hospital de Urgência de Trauma



Hospital de Urgência de Trauma

GOVERNO
DO PARANÁ

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNE5: 123312 - Tel: 8332166708

Boletim de Atendimento: 1080438



Identificação do paciente

IO 537848	Nome HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR	Sexo Masculino
Data de nascimento 08/06/1988	Idade 31 anos 11 meses 28 dias	Estado civil Prontuário
Mãe SILVANA DE OLIVEIRA SILVA	Pai HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA	Responsável (Paciente) JULIANA FERREIRA DE ARAUJO - ESPOS(A)
Escolaridade	DDD Pac	
ODD Móvel 83	Fone Móvel 95062797	Nº Ona 210100978670018
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2920847	Tpo BAIRRO
Local de procedência JOSE AMERICO	Naturalidade JOAO PESSOA	Cidade
Email		

Endereço

CEP 58088795	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Pesv. José Severino de Oliveira
Número 251	Complemento	Bairro Olzeiro	

Admissão

Data e Hora 07/06/2018 13:32:56	Número da pulseira 1000004240258	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RESIDENCIA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhamento do acidente MOTOCICLETA X CARRO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Forma Não
Meio de transporte RESCATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA 120 x 40 mmHg	Pulso 47	Temperatura 36,2
----------------------------	--------------------	----------------------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Ultrassom []	ECG []	Ultrassonografia []
------------	------------	-----------	--------	---------------	---------	----------------------

Dados clínicos

Ampl. supra-umbilical de modo com abd. el. firme e sem sinais de trauma.

Diagnóstico

Atendido por
ANA CARLA FELICIANO DA SILVA





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DO ESTADO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 53031-020

Tel:

CNES: 6121221

Paciente HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR	BAE 1080438	Data/Hora Entrada 07/05/2018 13:32:56	Data Baixa
Data de nascimento 09/05/1986	Idade 31a 11m 28d	Sexo Masculino	CNS 210100978670015
Mãe SILVANA DE OLIVEIRA SILVA			Telefone de Contato (83) 86062797
Endereço Pastor José Severino de Oliveira, 251	Bairro Oliveira	Município JOÃO PESSOA	UF PB
Acidente MOTOCICLETA X ONIBUS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EDUARDO MOTTA BRAGA	Inf. Cons. Regional 7253/PB
Data/Hora Classificação 07/05/2018 13:32:56		Data/Hora Prescrição 07/05/2018 13:40:10	

Anamnese

ACIDENTE MOTOCICLETA SEM TCE
FRATURA EXPOSTA MEMBRO INFERIOR DIREITO
DOR OMBRO DIREITOABD: FLACIDO, INDOLOR
TORAX: SEM ALTERAÇÕES
NEURO: SEM ALTERAÇÕESCD: RX TRAUMA
AVALIAÇÃO ORTOPEDIA
ALTA CIRURGIA GERAL

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO (TRES POSICOES)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Eduardo Motta Braga
Dr. Geral / Urologia
CRM - PB 7253 / OBM - PB 1862

HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR

EDUARDO MOTTA BRAGA
(7253/PB)



Cruz Vermelha
Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

1000-00

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 07/05/18 14:45		Usuário: TORIBIO GOMES		Boleim: 1080438	
Data Prescrição: 07/05/2018 14:45:12		Nº Prontuário		Nº 1080438	
Validade da Prescrição: 07/05/2018 14:45:00		Sexo: MASCULINO		Idade: 31a 11m 28d	
Data de Nascimento: 09/05/1986		Enfermagem / Leito		Matrícula	
Nome: HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR		Convenio: SUS		Senha	

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apazamento
1 CEFALOTINA 1G	2000.0	MG	Observação: 2 GEV	E.V.		AGORA	
2 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.		AGORA	
3 DIFENONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		AGORA	

07 de Maio de 2018

TORIBIO GOMES PEREIRA
CRM: 6350

Assinatura e Carimbo do Profissional
Dr. Toribio Gomes Pereira
CRM: 6350



CERTIDÃO

Nº. 1315/2018

Atendendo solicitação de HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JR e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 126986 e Prontuário de Nº 2017.08.001265, pertencentes a **HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JR** que foi atendido dia 10/05/2018 às 08H30min, vítima de colisão moto x ônibus, apresentando trauma em perna direita.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta da tíbia proximal direita. Realizado procedimentos cirúrgicos dias 07/05/2018 e 22/05/2018, com alta médica dia 24/05/2018.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 26 de setembro de 2018


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959





FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Ficha nº		Data do Atendimento		Hora do Atendimento 16:20hs.	
Paciente Henrique Francisco de Silva Junior			Sexo	Ct. Nasc 1/1	Idade
Documento 2920847	End R. Acaiaze Marques de Souza			Nº 29	
Bairro Alto do Sol	Cidade J. Pessoa			UF PB	CEP
Pai Henrique Francisco de Silva			Mãe Silvana de Oliveira Silva		
Responsável Mãe			Procedência		
Telefone 5 8750-8840		Celular		Clínica Oxipet	

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulso
<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Chocado	<input type="checkbox"/> Hemorrágico	
Acidente de Trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				

HISTORIA

EXAME FÍSICO

P.A.	Pulso	Temperatura	Respiração
------	-------	-------------	------------

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

DIAGNOSTICO PROVISÓRIO:

MEDICAÇÃO PRESCRITA:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

ALTA MEDICA: Data: / / Hora: :

☐ INTERNAMENTO ☐ TRANSFERÊNCIA

OBSERVAÇÃO:

ASSINATURA DO PACIENTE

ASS. MEDICO / CARIMBO

A CARGO DO SUS

PROCEDIMENTO	ESP.	TIPO	GRUPO	F.ETARIA

REVISOR/CARIMBO

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: 126986 Atd: Nao Regular
Data: 10/05/2018
Hora: 08:30:11
Recepcionista: GEOVANA DO SANTOS
Clínica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR Num. de vezes atendido: 2
CNS: 704603106505828 Sexo: M IDENTIDADE: 2920847 Fone: 986062797
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 09/05/1986 Id: 32 ano(s)
End.: RUA PASTOR JOSE SEVERINO DE OLIVEIRA, 251
Bairro: OITIZEIRO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mãe: SILVANA DE OLIVEIRA SILVA Pai: HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AUTONOMO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: ESPOSA-JULIANA FERREIRA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO MOTOXONIBUS MEIO DIA

Vitima de violência por: JOSE AMERICO CONDUTOR N BEBEU

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

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

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

Queixa Principal

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

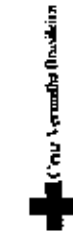


Diagnostico

[] Conduta

Prescrição

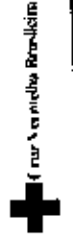
[] Horario da medicacao



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Receituário

Paciente: HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR Idade: 31
Data: 07/05/2018 14:53:04 Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1080438

PACIENTE APRESENTANDO FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA D
EXPOSTA.
AO ORTOTRAUMA CONFORME PACTUAÇÃO

FEITO: TRAMAL 100MG, CETOPROFENO 100NG, DÍPIRONA 1G, CEFALOTINA 2G

Dr. Toribio Gomes Pereira
Ortopedia - Traumatologia
Cirúrgia do Joelho
CRM: 6350

Dr. TORIBIO GOMES PEREIRA
6350/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

Receituário

Paciente: HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR Idade: 31
Data: 07/05/2018 14:53:04 Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1080438

PACIENTE APRESENTANDO FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA D
EXPOSTA.
AO ORTOTRAUMA CONFORME PACTUAÇÃO

FEITO: TRAMAL 100MG, CETOPROFENO 100NG, DÍPIRONA 1G, CEFALOTINA 2G



Dr. Toribio Gomes Pereira
Ortopedia - Traumatologia
Cirúrgia do Joelho
CRM: 6350

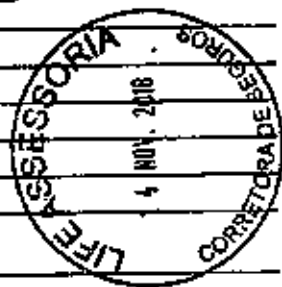
Dr. TORIBIO GOMES PEREIRA
6350/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Henrique Francisco Silva Lima Data da Admissão: / /
 Prontuário: Idade: Enfermaria: Leito:
 Nome da Mãe:
 Endereço: Bairro:
 Cidade: Estado: Fone: Profissão:
 Sexo: F () M () Cor: Estado Civil: Religião:
 Escolaridade: Data de Nascimento: / /
 QPD: Ex exporto tiliu proival + serva tualia Patila
 ADA: + serva pato de gansa

Neuromuscular preservada



Medicações em uso:

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso Kg em ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ 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 ☐ Náuseas
☐ 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-reposuo ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

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



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: HENRIQUE FRANCISCO DA S.		Registro: 54414	
Idade:	Sexo: M	Cor:	Clínica:
Data: 22/05/18		1º Assistente: Dr. Roberto	
2º Assistente: LEONARDO		3º Assistente:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:	
Instrumentador: SANTOS		Horário: I: T:	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO		CID	
- FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA PROXIMAL (D)			
- EM USO DE FIXADOR EXTERNO			
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO		CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)		CÓDIGO	
- REALIZAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO			
- REALIZADO OSTEOSÍNTESE DE TÍBIA (D)			
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 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico			



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL
- 2) ASSÉPSIA + ANTISSEPSIA
- 3) ALOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

Incisão:

- 4) FEITA DUAS INCISÕES E PERNA 5
 - ANTERIO LATERAL
 - POSTERIO MEDIAL

Achados:

- 5) REALIZADO UMA INCISÃO E REGÃO DA CUSTA ILÍACA E P/ PERNA DA ENXERTO

- 6) ENCONTRADO FRATURA COMINATIVA A TERCIO PROXIMAL E TÍBIA PROXIMAL + PERDA ÓSSEA

- 7) REDUÇÃO ABERTA

- 8) FIXAÇÃO DA FRATURA COM DUAS PLACAS
 - LATERALMENTE PLACA "T" 8 FUR - S
 - MEDIALMENTE PLACA "L" 6 FUR - S + RAMIFUSOS

- 9) REALIZADO ENXERTO DA CUSTA ILÍACA ESQUERDA E COLOCADO EM FAIXA

Fechamento:

- 10) SUTURA POR PLANOS + CURATIVO

OBS:

- 11) RX DE CONTROLE

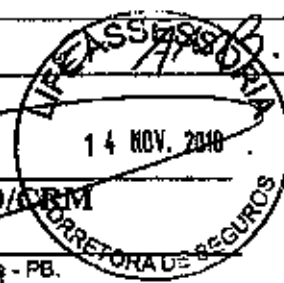
Marcar P/ DR. FALCÃO

Data: 22/05/18

Dr. Leonardo Torres

Médico CRM/PB 10336

MÉDICO/CRM





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Henrique Francisco de
Silva Júnior

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins
que o Sr. Henrique Francisco
de Silva Júnior, encontra-se com
serviço desde o dia 10/05/18,
com Patologia de ETO (582);
aguardando cirurgia ortopédica.

J. Pense

15/05/18

Dr. Fabíio Beltrão

Médico
CRM 8413 PB

Assinatura e Carimbo



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

881706908

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

881706908

PROIBIDO PLASTIFICAR

881706908

NOME: HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR

DOC. IDENTIFIC. / ORG. EMISSOR: 2920847 RSP PB

CPF: 056.447.364-23 DATA NASCIMENTO: 09/05/1986

RENCAO: HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA SILVANA DE OLIVEIRA SILVA

PERMISAO: ACC CATIA: AE

Nº REGISTRO: 03309877034 VALIDEZ: 08/11/2018 1ª EMISSAO: 22/06/2004

OBSERVAÇÕES:

EXERCE ATIV. REMUNERADA:

Henrique Francisco da Silva Junior

SIGNATURA DO PORTADOR

LOCAL: JOAO PESSOA, PB DATA EMISSAO: 17/12/2013

Rodrigo Correia Lima

SIGNATURA DO EMISSOR 65562366441 PRO27443477

DETRAN - PB (PARAIBA)



Placa QF| PROTOCOLO : 201400003640512 TOMBAMENTO : PL.2014.0990.023 |
Processo | REQUERENTE: HENRIQUE FRANCISCO DA S JUNIOR AR: |
-----| CIRETRAN : 00 JOAO PESSOA LOTE: |
X 2014000036| DATA DA AUTUACAO: 20/08/2014 HORA DA AUTUACAO: 11:36:15.4 |
2015000029| ANO LIC.: 2014 OBS: |
2016000029| -----|
2017000024| CADASTRAMENTO LOCAL SITUACAO MATRICULA |
2018000037| -----|
20/08/2014 ATENDIM ABERTO 11805 |
20/08/2014 ATENDIM ENTRADA/TRIAGEM REALIZADA 11805 |
20/08/2014 ATENDIM ASSINATURA CONFIRMADA EM 11805 |
20/08/2014 DIG.DES SOLIC ENVIADA PLACA/TARJ 99999
F7 F8 +PAG F10 Ant F11
PF NAO DEFINIDA.

F3 Volta F7 F8

Antonio Nilton Assis de Faria Neto
Chefe de Divisão de
Arquivos



Sistema Integrado DETRAN
Modulo de Processos
DETPV007 - Consulta Processos por Placa

09/11/18
15:23:12
==> CPL

Codata

Placa QFB6968
Processo Motivo do Processo Responsavel Ultima Situacao

201400003640512	PRIMEIRO EMPLACAMENTO	27/08/2014	LACRACAO REALIZAD
201500002947710	RENOVACAO ANUAL LICENCIAMENTO	10/07/2015	SERIE ATRIBUIDA/C
201600002947302	RENOVACAO ANUAL LICENCIAMENTO	12/07/2016	SERIE ATRIBUIDA/C
201700002423450	RENOVACAO ANUAL LICENCIAMENTO	05/07/2017	SERIE ATRIBUIDA/C
201800003737407	AQUISICAO DE VEICULO	27/08/2018	ARQUIVADO

F3 Volta

F7

F8

Antonio Nilton Pereira Nelo
Chefe da Divisão de
Veículos



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180537312 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 07/05/2018 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA PROXIMAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Henrique Franezelo da Silva Junior
 DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA 056.447.364-23
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Henrique Franezelo da Silva Junior
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR Nº VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua PST Jox Senzime de Oliveira
 Nº 251 COMPLEMENTO 6502 BAIRRO Ourizópolis
 CIDADE João Pessoa UF PB CEP 53088-785
 E-MAIL AKTSIUS@GMAIL.COM TELEFONE (83) 98606-2797

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) ☒ 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)
 (X) ☒ 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
 (X) ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE COMPREHEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS 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 DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS 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

• MORTE = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÃO
 • 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 14/11/2018IDENTIDADE 2920847ASSINATURA Henrique Franezeloda Silva Junior

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

14 NOV. 2018

NOME

ASSINATURA

CORRETORA DE SEGUROS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180537312 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 07/05/2018 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA PROXIMAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO DIREITO.

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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414363/18

Vítima: HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR

CPF: 056.447.364-23

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/05/2018

Titular do CPF: HENRIQUE FRANCISCO
DA SILVA JUNIOR

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR : 056.447.364-23

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: 14/11/2018
Nome: HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR
CPF: 056.447.364-23

HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2018
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



(/)



Buscar no site



A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE CONOSCO ▾ CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para a entrega da documentação completa. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180537312 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIFE ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA

BENEFICIÁRIO HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR

CPF/CNPJ: 05644736423

Posição em 31-07-2019 11:46:41

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX


Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
29/11/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
17/11/2018	Aviso de Sinistro	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/Xz4Bg13vDaMbnx7eeWXTvg==api_key=ojQ3WIRpxnEXqB6Kfd3Bd0RbU__h__bl16mYOyoZRg2g8=)

[Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT](#)



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguero-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO



Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)



(<https://www.seguradoralider.com.br>)



(<https://www.facebook.com/seguradoraliderdpvatoficial/>)
(<https://twitter.com/seguradoraliderdpvatoficial/>)
(https://www.youtube.com/channel/UCqBzFgBr4TmDpVat_oficial/)
I%C3%ADder-
dpvat)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › Perguntas Frequentes (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › Telefones de Contato (/Contato/telefones-de-contato)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
- › Mapa do Site (/Mapa-do-Site)
- › Consumidor.gov (<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)