
Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190333985

Vítima: IVANILDA COSTA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 24/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IVANILDA COSTA DO NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190333985

Vítima: IVANILDA COSTA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 24/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), IVANILDA COSTA DO NASCIMENTO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO _____



PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Similda Costa do Nascimento

PORTADOR(A) DO RG Nº 889354 EXPEDIDO POR SSP - PB EM 06 / 04 / 1983 E

CPF 037491064-82 / CNPJ 000000000-0000-00. PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Similda C. do Nascimento AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 234 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 6504 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 915914301103

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Bucuma 06 de maio de 2019 Similda Costa do Nascimento
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares;
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18066763B01



Imu-
cml-
Boletim de ocorrência

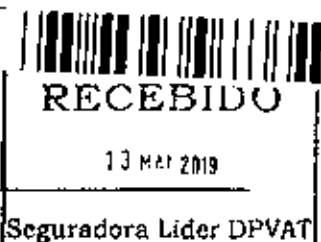
INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 24/11/2018 Hora: 08:15 Município: BAYEUX/PB
BR: 230 KM: 34,4 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: ALEX ALVES, 1301511

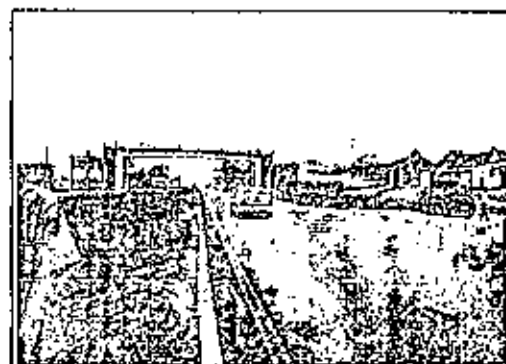
ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal
Tipo de pista: Dupla
Estrutura Viária: Reta
Acostamento: Sim
Condição meteorológica: Sol

Tipo de pavimento: Asfalto
Condição da Pista: Seca
Localidade urbanizada: Sim
Canteiro Central: Sim
Fase do dia: Pleno dia



IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

Por volta das 08:15 do dia 24/11/2018 no km 34,4 da BR 230, no sentido Santa Rita-PB para João Pessoa-PB, ocorreu um acidente do tipo engavetamento no município de Bayeux-PB, envolvendo 05 (cinco) veículos e com três vítimas com lesões leves as quais foram socorridas por terceiros para o Hospital de Traumas de João Pessoa-PB. Os veículos envolvidos são : V1 (VW/TIGUAN, placa NOE-5858-RN, cor branca), V2 (VW/GOL, placa DHX-9108-PB, cor preta), V3 (RENAULT/SANDERO, placa OFH-3807-PB, cor branca), V4 (VW/GOL, placa NPZ-1754-PB, cor preta) e V5 (GM/PRISMA MAXX, placa MNX-2351-PB, cor branca) os quais eram conduzidos por Arthur Braz da Silva Gomes, Adilson dos Santos Alves, Ivanildo Lima do Nascimento, Robson Almeida Andrade e Souza e Edmilson da Silva Lima respectivamente, que foram submetidos ao teste de alcoolemia através do equipamento etilômetro, obtendo o resultado de 0,00 mg/l de ar expelido pelos pulmões para todos os condutores. As vítimas foram identificadas como Maria de Lourdes Marluce Cavalcante passageira do V2, Jalcia Aline Alves da Silva e Ivanilda Costa do Nascimento passageiras do V3. Com base na análise dos vestígios observados e declarações verbais dos condutores, constatou-se que os veículos V5, V4 e V3 pararam sucessivamente sobre a rodovia, quando perceberam que havia dois veículos, logo a frente, parados sobre a mesma, pois estes se envolveram num acidente (protocolo nº 18066762B01) do tipo colisão traseira. Ato contínuo, o V1 desviou para a esquerda, porém não conseguiu evitar a colisão com o V3, atingindo a traseira



Documento assinado eletronicamente por ALEX ALVES, matrícula 1301511, Polícia Rodoviária Federal, em 28/11/2018, conforme Livro Oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º da Decisão nº 6.320, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/informatica/autenticar>, informando o protocolo 18066763B01 e o número de controle 18066763B01F40E7FE44C220275C065JB310.

191



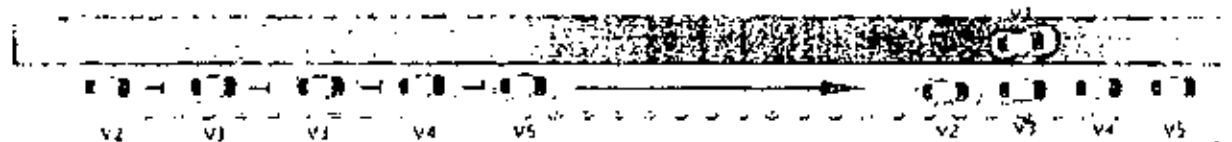
MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18066763B01

esquerda deste e saindo do leito carroçável, ficando parado no canteiro central. Em seguida, o V2 colidiu na traseira do V3 que foi arrastado até atingir a traseira do V4 e, por sua vez, este foi arrastado, atingindo a traseira do V5. Essa dinâmica encontra-se representada no croqui. Do exposto, concluiu-se que a causa principal do acidente foi a condução veicular por parte dos condutores do V1 e V2 não guardarem a devida distância de segurança. Ressalta-se que o local foi preservado, havendo sinalização vertical e horizontal e a velocidade máxima permitida era de 80 km/h. Após consultas dos veículos e condutores nos sistemas dos quais dispomos, aqueles foram liberados aos seus respectivos condutores.

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem dos Fatos		Veículos Envolvidos
1	Engavetamento	V5, V4, V3, V2
2	Colisão traseira	V5, V4, V3, V2, V1
3	Saída de leito carroçável	V1

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Assessoria	Sol. Ampla	Comp. Acidente
------------	------------	----------------

V1 - VEÍCULO 1 - NOE5858 - UTILITÁRIO

V1 - Informações



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ALEX ALVES, matrícula 1301511, Polícia Rodoviária Federal, em 28/11/2016, conforme Lei nº 20.911 de 2016, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.529, de 8 de outubro de 2015 e no art. 6º do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 51-DG, de 12 de novembro de 2016.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/imprensa/assessoria>, informando o protocolo 18066763B01 e o número de controle 16989FAD87FEA4C230275C0850B310.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18066763B01

Placa: NOE5858 Marca/modelo: IVW TIGUAN 2.0 TSI
Ano fabricação: 2011 Chassi: WVGSV65N4BW078438
Espécie: Misto Categoria: Particular
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Renavam: 00323961690
Tipo de veículo: Utilitário
Cor: Branca

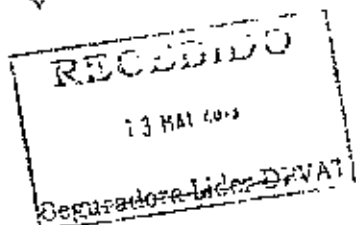


Assinatura
eletrônica

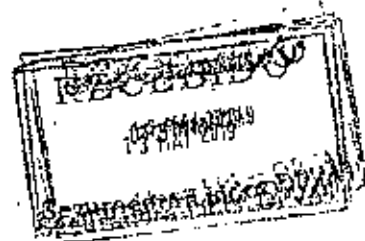
Documento assinado eletronicamente por ALEX ALVES, matrícula 1301511, Policial Rodoviário Federal, em 28/11/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 7º da Lei 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e no alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-06, de 10 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movboi/autenticar>, informando o protocolo 18066763B01 e o número de controle 18189FAD87FEA4C230275CD8508310.

191

INV



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



Maiores dúvidas acessar: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/boletim /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em Imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Documento assinado eletronicamente por ALEX ALVES, inscrito(a) 1303541, Polícia Rodoviária Federal, em 26/11/2015, conforme sistema oficial de Brasília, com endereço no 5º andar, 10 em Avenida Provisória nº 2.200-7, de 26 de agosto de 2001, na Lei nº 9.709 de 1998, de 12 de outubro de 2015 e no sistema de Iniciação de Processo nº 1303541, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade desta assinatura pode ser verificada no site <http://www.prf.gov.br/boletim/assinatura>, inserindo o protocolo 16060763661 e o número de controle 16969FAD97FEA4C2J0275CD960B310

191



VISTO EM: 22/01/19

 N/I *Novato de Santa Cruz*
 Comandante do BAPH
 527 630 6

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

João Pessoa-PB, 15 de Janeiro de 2019.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 016/2019

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 24/11/2018, conforme requerimento nº 014719, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 08h14min o/a Sr. (a) **IVANILDA COSTA DO NASCIMENTO**, ID nº 989754-SSP/PB, vítima de acidente de trânsito (colisão [carro x carro]), ocorrido na BR-230, Alto da Boa Vista, Bayeux/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AB-47, tendo como chefe o **CABO BM FERNANDO DE CARVALHO FERREIRA**, Matrícula 521.872-1. Vítima consciente e orientada, com dores na região do tórax e cervical. 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.

N/I Frans Guedes Dedem
 Chefe da 3ª Seção Matr. 527.461-3


**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) 3218-7970 (FAX) - E-mail: crephbbs@bombeiros.pb.gov.br

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Suzmilda Costa do NascimentoRG nº 989.754, data de expedição 06/04/1983 Órgão SSP/PB

CPF nº 077.811.069-82, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua São José</u>
Número	<u>372</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Joazeiros</u>
Cidade	<u>Bucina</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58.315-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 987440782</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Bucina, 06 de maio de 2019Assinatura do Declarante: Suzmilda Costa do Nascimento

© 2000 by The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved. Printed in the United States of America. This book is printed on acid-free paper.

Caval de contact

[illegible]

Historia de Camuño (K'ah)

SECRET

82-362, date due 507 '92 44-3'05

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANFEL	Aparente	Limite de Tensão (V)
1	100	100	100
2	100	100	100
3	100	100	100
4	100	100	100
5	100	100	100
6	100	100	100
7	100	100	100
8	100	100	100
9	100	100	100
10	100	100	100
11	100	100	100
12	100	100	100
13	100	100	100
14	100	100	100
15	100	100	100
16	100	100	100
17	100	100	100
18	100	100	100
19	100	100	100
20	100	100	100
21	100	100	100
22	100	100	100
23	100	100	100
24	100	100	100
25	100	100	100
26	100	100	100
27	100	100	100
28	100	100	100
29	100	100	100
30	100	100	100
31	100	100	100
32	100	100	100
33	100	100	100
34	100	100	100
35	100	100	100
36	100	100	100
37	100	100	100
38	100	100	100
39	100	100	100
40	100	100	100
41	100	100	100
42	100	100	100
43	100	100	100
44	100	100	100
45	100	100	100
46	100	100	100
47	100	100	100
48	100	100	100
49	100	100	100
50	100	100	100
51	100	100	100
52	100	100	100
53	100	100	100
54	100	100	100
55	100	100	100
56	100	100	100
57	100	100	100
58	100	100	100
59	100	100	100
60	100	100	100
61	100	100	100
62	100	100	100
63	100	100	100
64	100	100	100
65	100	100	100
66	100	100	100
67	100	100	100
68	100	100	100
69	100	100	100
70	100	100	100
71	100	100	100
72	100	100	100
73	100	100	100
74	100	100	100
75	100	100	100
76	100	100	100
77	100	100	100
78	100	100	100
79	100	100	100
80	100	100	100
81	100	100	100
82	100	100	100
83	100	100	100
84	100	100	100
85	100	100	100
86	100	100	100
87	100	100	100
88	100	100	100
89	100	100	100
90	100	100	100
91	100	100	100
92	100	100	100
93	100	100	100
94	100	100	100
95	100	100	100
96	100	100	100
97	100	100	100
98	100	100	100
99	100	100	100
100	100	100	100

[illegible]

ATENÇÃO

Jan 19 306.84



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jalcia Aline Alves da Silva,
RG nº 2577134, data de expedição 24/07/1998
Órgão SSP, portador do CPF nº 07597753462, com
domicílio na cidade de Jacumã, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
São José, nº 122, complemento Casa,
declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de
minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Armanda Costa do Nascimento.

Veículo: Renault 1 Sanderis Exp 16 HP
Ano: 2012
Modelo: Exp 16 HP
Placa: OFH 3807 / PB
Chassi: 93 YB5R76HDT386503
Data do Acidente: 24/11/2018

Local e Data: Boxeux/PB 24/11/2018

Jalcia Aline Alves da Silva
Assinatura do Declarante



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

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	IVANILDA COSTA DO NASCIMENTO
DATA DE NASCIMENTO	12/07/62
NOME DA MÃE	RITA COSTA DO NASCIMENTO

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.124.604
DATA DO ATENDIMENTO	24/11/18
HORA DO ATENDIMENTO	09:15
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE AUTOMÓVEL
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 automóvel, com queixas de trauma na coluna cervical e torácica, dor na região posterior do pescoço e dor em região dorsal. Consciente e orientada. Glasgow 15. Abdomen sem queixas.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de coluna cervical
RX de coluna toraco-lombar
TC de crânio

RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem alterações.

TRATAMENTO:

Medicada.

ALTA HOSPITALAR:	24/11/18
DATA DA EMISSÃO:	11/03/19

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 7329/PB

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

REGISTRO DE NOTAS E DE PROTESTO DE TÍTULOS E OFÍCIO DE REGISTRO DE IMPRIMAS, DE TÍTULOS E DOCUMENTOS E CIVIS DAS PESSOAS JURÍDICAS
Rua Aécio Falcão, 1050 - JARDIM REFORMADO - JOÃO PESSOA - PB

ATUALIZAÇÃO

Atestamos a presente cópia reprográfica extraída nesta serventia, que confere com o original. Dou fé.

Luciana Sales, 24/11/2019. La. Test.

Vander Carlos Pires

Valido somente com o selo ATLAS339-1847



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	IVANILDA COSTA DO NASCIMENTO
DATA DE NASCIMENTO	12/07/62
NOME DA MÃE	RITA COSTA DO NASCIMENTO

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.124.604
DATA DO ATENDIMENTO	24/11/18
HORA DO ATENDIMENTO	09:15
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE AUTOMÓVEL
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 automóvel, com queixas de trauma na coluna cervical e torácica, dor na região posterior do pescoço e dor em região dorsal. Consciente e orientada. Glasgow 15. Abdomen sem queixas.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de coluna cervical
RX de coluna toraco-lombar
TC de crânio

RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem alterações.

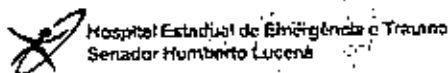
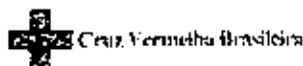
TRATAMENTO:

Medicada.

ALTA HOSPITALAR: 24/11/18
DATA DA EMISSÃO: 11/03/19

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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



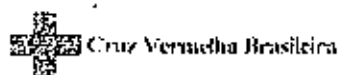
AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 1233.2 Tel: 3323.710

Boletim de Atendimento: 1124601

Identificação do paciente			
IO 134627	Nome IVANILDA COSTA DO NASCIMENTO	Sexo Feminino	
Data de nascimento 12/07/1962	Idade 56 anos 4 meses 12 dias	Estado civil	Prontuário
Mão RITA COSTA DO NASCIMENTO	Pai FRANCISCO GOMES DO NASCIMENTO		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) EDSON NASCIMENTO SANTOS - FILHO(A)		
DDD Móvel 03	Fone Móvel 980354414	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 989754	Nº Cns 162312055180006	
Local de procedência BAYEUX	Tipo MUNICÍPIO		UF PB
E-mail	Naturalidade NATAL	CBO/R	
Endereço			
CEP 58316971	Município de residência LUCENA	UF PB	Logradouro SÃO JOSÉ, SN
Número 372	Complemento B FAGUNDES	Bairro CENTRO	
Admissão			
Data e Hora 24/11/2018 09:25:42	Número da pulseira 100006839702	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RODOVIA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMÓVEL	Detalhe do acidente VEÍCULO X VEÍCULO	
Indicadores e Transporte			
Caso potencial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte RESCATE - BOMBEIROS	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente com queixa de dor no abdome, com sinais de trauma nos membros inferiores da perna esquerda.			
Diagnóstico Laceração da perna esquerda			CID
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA			Tempo 30seg

Imprimir

Surgeão de Plantão



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente IVANILOA COSTA DO NASCIMENTO		BAE 1124604	Data/Hora Entrada 24/11/2018 09:25:42	Data Baixa
Data de nascimento 12/07/1962	Idade 56a 4m 12d	Sexo Feminino	CNS 162312055180006	Telefone de Contato (83) 986354414
Mãe RITA COSTA DO NASCIMENTO				Prontuário
Endereço SÃO JOSÉ, S/N. 372 - B FAGUNEDES		Bairro CENTRO	Município LUCENA	UF PB
Acidente VEICULO X VEICULO	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO	Nº Cons. Regional 3945/PB	
Data/Hora Classificação 24/11/2018 09:25:42			Data/Hora Prescrição 24/11/2018 09:53:03	

Anamnese

paciente com história de capotamento de automóvel, deu entrada com queixas de trauma na coluna cervical e dorso, referindo dor na região cervical posterior e dorso.
regular estado geral, corada, hidratada, eupneica.
lúcida, orientada e consciente.
torax e abdome m nrm.
glasgow 15.

alta da cirurgia geral

seguir com neuro-cirurgia

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., AGORA

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

CUIDADOS

AFERIR PA E FC

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL SI CONTRASTE, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA NA REGIÃO CERVICAL)

RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

IVANILOA COSTA DO NASCIMENTO

FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO
(CRM: 3945/PB)

AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 55031090

Tel: 32185700

CNES: 2458276

Paciente IVANILDA COSTA DO NASCIMENTO		BAE 1124604	Data/Hora Entrada 24/11/2018 08:25:42	ID e Data 2510-11-24 18:00:11.0
Data de nascimento 12/07/1962	Idade 56a 4m 12d	Sexo Feminino	CMS 162312055180006	Rel. Data de Admissão (ES) 162356414
Mãe RIITA COSTA DO NASCIMENTO		Prontuário -		
Endereço SÃO JOSÉ, S/N. 372 - B FAGUNDEDES		Bairro CENTRO	Município LUCENA	UF PB
Acidente VEICULO X VEICULO	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEIS	Profissional EMERSON MAGNO FERNANDES DE ANDRADE		At. Data de Exame 24/11/18
Data/Hora Classificação 24/11/2018 09:25:42		Data/Hora Prescrição 24/11/2018 16:04:44		

Anamnese

#NCR

#ACIDENTE AUTOMOBILISTICO

#GCS 15, PIFR, SEM DEFICITS FOCAIS APARENTES

#NEGA DOR EM COLUNA CERVICAL, DORSAL OU LOMBAR

#TC DE COLUNA CERVICAL SEM SINAIS DE FRATURA OU LISTESE

#RX DE COLUNA TORACOLUMBAR SEM SINAIS DE FRATURA OU LISTESE

#TC DE CRANIO = AUSÊNCIA DE COLEÇÕES EXTRA OU INTRA-AXIAIS / SEM DESVIO DA LINHA MEDIAL

-CD

1- ORIENTO RETORNO SE INTERCORRÊNCIAS

2- ALTA DA NCR COM ORIENTAÇÕES

3- ATESTADO MÉDICO

CID10

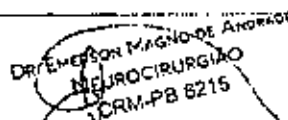
Código	Descrição
M54.8	Dor dorsalgia
S00.0	Traumatismo superficial do couro cabeludo

Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

Assinatura EMERSON MAGNO FERNANDES DE ANDRADE	Data e Hora 24/11/2018 16:04:44
Motivo de Alta ALTA HOSPITALAR	Observação -


DR. EMERSON MAGNO DE ANDRADE
NEUROCIRURGIA
CRM-PB 8215

IVANILDA COSTA DO NASCIMENTO

EMERSON MAGNO FERNANDES DE ANDRADE
062185700

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
IVANILOA COSTA DO NASCIMENTO	12/07/1962	56a 4m 12d	FEMININO	1124604		24/11/2018 09:53:03
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição			
			24/11/2018 09:53:00 - 25/11/2018 09:53:00			
Convênio	Matrícula		Senha			
SUS						
Data de entrada:			Data de internação:		Permanência na	
24/11/2018 09:25:42					28min	
					Permanência no	

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Int.	Pós	Apreçamento
1 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO /FRASCO	1000,0	ML		E.V.		AGORA	
2 TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	100,0	ML		E.V.		AGORA	
3 DAPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		AGORA	
4 AFERIR PA E FC	0,0						

Reimpresso por:
dia:

FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO
CRM: 3945

Assinatura e Carimbo do Profissional

Parecer Médico

Nome	Idade	Prontuário
IVANILDA COSTA DO NASCIMENTO	56A 4M 12D	
Boletim de Atendimento	Data de Entrada	Data Internação
1124604	24/11/2018 09:25:42	
Convênio	Leito	Clinica
SUS		CIRURGIA GERAL
		Permanência na Unidade
		27min
		Permanência no Leito

Parecer médico

Especialidade

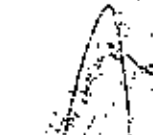
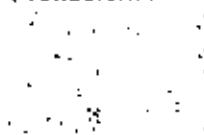
NEURO CIRURGIA

Motivo da solicitação

capotamento com trauma na região cervical

Parecer

Profissional



NCR

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome IVANILDA COSTA DO NASCIMENTO		
Data de 12/07/1962	Nº Boletim Emergência 1124504	Prontuário
Material a examinar		
		Data Prescrição: 24/11/2018 11:14:31
EXAME DE IMAGEM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO		

24-11-2018 11:14:31
CRANIO
24-11-2018 11:14:31
24-11-2018 11:14:31

Guilherme V. Neves Porto
Neurocirurgião
CRM-PB: 7650

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) preencher código QR CODE para imagem e transferir dados clínicos

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome IVANILDA COSTA DO NASCIMENTO		
Data de 12/07/1962	Nº Boletim Emergência 1124604	Prontuário
Material a examinar		
		Data Prescrição: 24/11/2018 09:53:03
EXAME DE IMAGEM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL SI/ CONTRASTE (trauma na região cervical) RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR		

RAIOS-X	
TIPO	
DATA	24/11/18
HORA	
LOCAL	
USO	

Reimpresso por:

dia:

Assinatura e Carimbo do Profissional

*) preencher os campos separados para diagnóstico e informação clínica



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Semáfor, Humberto Lucena

Atendimento: 201631728506

Paciente: IVANILDA COSTA DO NASCIMENTO

Data Nasc: 12/07/1962 - 56 anos

Data Exame: 24/11/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL

Técnica:

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

Análise:

Corpos vertebrais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual.
Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações.
Articulações interfacetárias e uncovertebrais de aspecto habitual.
Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.
Partes moles simétricas, de morfologia e coeficientes de atenuação normais.
Ausência de traços de fratura com desalinhamento significativo.

Nota: Estudo tomográfico não direcionado para avaliação de hérnias ou protrusões discais.

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

Este laudo foi liberado em 24/11/2018 12:06.

Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5839

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014200443542
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA Cód. RENAVAM 2018000031577-0
1 0048255170-4 00/00000000 2018

NOME
JALCIA ALINE ALVES DA SILVA

CPF / CNPJ 07597753462 PLACA OFH3807/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB CHASSI 93YBSR76HDJ386509

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
BAS/AUTOMÓVEL/ ALCO/GASOL

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
RENAULT/SANDERO EXP 16HP 2012 2013

CAP / POT / CIL. CATEGORIA DOP PREDOMINANTE
5 P/106 /CV PARTIC BRANCA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
00/00/0000 1º

FAIXA LPVA PARCELAMENTO / COTAS
***** 0 2º

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 19/07/2018

OBSERVAÇÕES
A. F. BANCO ITAUCARD S/A

LOCAL DATA
LUCENA - PB 19/07/2018

42692 31.17043

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE GUIA PARA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO SEGURO DPVAT

PB Nº 014200443542 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 19/07/2018

VIA Cód. RENAVAM 2018000031577-0
1 0048255170-4 00/00000000 2018

CPF / CNPJ 07597753462 PLACA OFH3807/PB

RENAVAM 0482551704 MARCA / MODELO RENAULT/SANDERO EXP 16HP

ANO FAB. CATEG. CHASSI
2012 1 93YBSR76HDJ386509

PREMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) 0000000000 CUSTO DO SEGURO (R\$) 0000000000

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) JÚRIS DE INCURRÊNCIA (R\$)
***** SEGURO 19/07/2018

PREMIO DATA DE OUTRAÇÃO
COTA ÚNICA PARCELADO 19/07/2018

SEGURADORA LIDER DPVAT

ONPJ 09.248.600/0001-04
17043-1203000-20180719



100

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Unidade



ASL-0169265/19

Vítima: IVANILDA COSTA DO NASCIMENTO

CPF: 077.811.064-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/11/2018

Titular do CPF: IVANILDA COSTA DO
NASCIMENTO

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

IVANILDA COSTA DO NASCIMENTO : 077.811.064-82

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: 21/05/2019
Nome: IVANILDA COSTA DO NASCIMENTO
CPF: 077.811.064-82

IVANILDA COSTA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/05/2019
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Isabella Costa do Nascimento
 DATA DO ACIDENTE 24/11/2018 CPF DA VÍTIMA 037.811.064-82
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Isabella Costa do Nascimento
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua São José, 1m^a
 Nº 342 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Sagundes
 CIDADE Quicima UF PB CEP 58315-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (R2) 98744 0482

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM OCORRÊNCIA 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, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 06 de maio de 2019
 IDENTIDADE 989 754
 ASSINATURA Isabella Costa do Nascimento

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____



DESTINATÁRIO

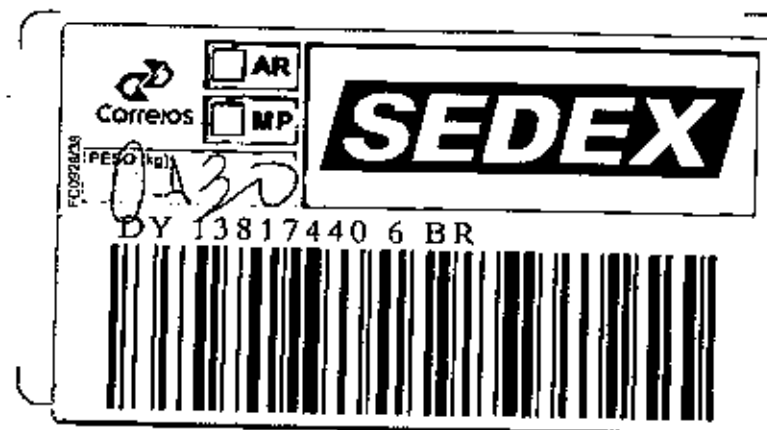
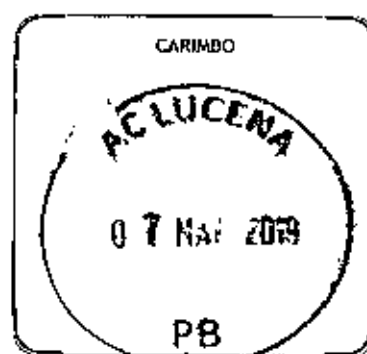
SEGU RA

ENDEREÇO / Address

ROMA 3

CEP
Zip

20



recipient				TELEPHONE/Phone number			
LIDER PEDIDO DE SEGUNDO DEFUNTO							
DOR VIANEAS N: 74 15 ANDAR CENTRO							
CIDADE/City		UF/State		PAIS/Country			
RIO DE JANEIRO		RJ					

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0169265/19

Vítima: IVANILDA COSTA DO NASCIMENTO

CPF: 077.811.064-82

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 24/11/2018

Titular do CPF: IVANILDA COSTA DO NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

IVANILDA COSTA DO NASCIMENTO : 077.811.064-82

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: 21/05/2019
Nome: IVANILDA COSTA DO NASCIMENTO
CPF: 077.811.064-82

IVANILDA COSTA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/05/2019
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva