

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190518059

Vítima: VALDERO ALVES DANTAS

Data do Acidente: 10/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), VALDERO ALVES DANTAS

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 10/02/2019, emitida pelo Dr. ANTONIO VITURIANO DE ABREU, CRM nº 2279 - PB, da Instituição COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190518059

Vítima: VALDERO ALVES DANTAS

Data do Acidente: 10/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALDERO ALVES DANTAS

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
107.896.134-41 VALDERO ALVES DANTAS

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

5 - Nome completo: VALDERO ALVES DANTAS	6 - CPF: 107.896.134-41		
7 - Profissão: AGRICULTOR	8 - Endereço: AU. DOS DE JULHO	9 - Número: 220*	10 - Complemento: *
11 - Bairro: CENTRO	12 - Cidade: PEDRAS DE FOGO	13 - Estado: PA	14 - CEP: 58328-000
15 - E-mail: clanissa_carvalho@hotmail.com	16 - Tel.(DDD): (93) 98844-7962		
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR			
17 - Nome completo do Representante Legal:			
18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:		
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS:		<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) Nome do BANCO: Banco do BRASIL	
AGÊNCIA: 2425	CONTA: 25700	AGÊNCIA: 2425	CONTA: 25700
(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.

22 - 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 de 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. 39, §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.

COMPRA - PREVIDÊNCIA S/A

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data da morte da vítima: 05 SET 2009				
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: COMPRA - PREVIDÊNCIA S/A			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro(nascituras)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____	Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **10 Ás PESSOAS de Setembro 2019**
Joldene Alvelos De Moraes



Nova transferência



V

Valdero Alves Dantas
2425-2 • 25700-1
Conta Corrente

De onde transferir o dinheiro

Conta Corrente

Data

05/09/2019



Valor

**AVANCAR**

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
6^a Delegacia Seccional de Polícia Civil
DELEGACIA DE PEDRAS DE FOGO



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Ocorrência nº. 0663/2019

Aos VINTE E SETE dias de AGOSTO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de PEDRAS DE FOGO/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Exmo(a). **PAULO DE OLIVIRA MARTINS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivā(o), aí, por volta 10h:25min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

VALDERO ALVES DANTAS, Identidade nº 4.856.336-SDS/PE, CPF nº 107.896.134-41, nacionalidade brasileiro, estado civil: casado, profissão: trabalhador rural, filho(a) de Manoel Henrique Dantas e de Arlinda Alves Dantas, natural de Goiana/PE, nascido(a) em 03/02/1973 (46 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Av. Dois de Julho, 220, Centro, tendo como ponto de referência: xxxxxxxx, na cidade de Pedras de Fogo/PB, fone(s) para contato: NÃO POSSUI.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRANSITO;
- 2) DATA DO FATO: 10 de FEVEREIRO de 2019;
- 3) HORÁRIO: 14h:0min;
- 4) LOCAL: Av. Dois de Julho, Em frente ao "LAZER", Centro, Pedras de Fogo/PB .

5) BREVE RESUMO DO FATO:

AFirma o noticiante que no momento em que atravessava a rua, foi atropelado por uma motocicleta que se evadiu do local sem prestar socorro, não tendo a identificação do veículo até a presente data; Que foi socorrido para o Hospital de Pedras de Fogo, de onde foi transferido por uma equipe do SAMU para o Complexo Hospitalar de Mangabeira, em João Pessoa/PB.

6) OBSERVAÇÕES:

NADA CONSTA

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivā(o) que digitei.

Valdero Alves Dantas
VALDERO ALVES DANTAS

Comunicante

Escrivā(o)

Escrivā(o)/Agente
Matrícula nº 154.876-0



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
107.896.134-41 VALDERO ALVES DANTAS

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: VALDERO ALVES DANTAS	6 - CPF: 107.896.134-41		
7 - Profissão: AGRICULTOR	8 - Endereço: AU. DOS DE JULHO	9 - Número: 220	10 - Complemento: *
11 - Bairro: CENTRO	12 - Cidade: PEDRAS DE FOGO	13 - Estado: PA	14 - CEP: 58328-000
15 - E-mail: clanissa_carvalho@hotmail.com			16 - Tel.(DDD): (93) 98844-7962

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>
(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - 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 atende 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 de 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. 39, §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.

COMPRA - PREVIDÊNCIA S/A

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data da morte da vítima: 05 SET 2009
--	--

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro(nascituras)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **10 ANOS PESSOAS, 10/05 de Setembro 2019**

Joldene Alvelo De Moraes

TESTEMUNHAS



Nova transferência



V

Valdero Alves Dantas
2425-2 • 25700-1
Conta Corrente

De onde transferir o dinheiro

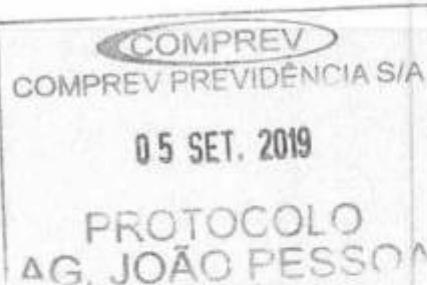
Conta Corrente

Data

05/09/2019



Valor

**AVANCAR**



SAMU
192

SERVICO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU



Pedras de Fogo - Estado da Paraíba

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que o SAMU – 192 (USB 61), de Pedras de Fogo - PB, prestou atendimento pré-hospitalar a **VALDERO ALVES DANTAS**, vítima de atropelamento por moto na rua da baixinha, centro, na cidade de Pedras de Fogo, no dia **10/02/2019**, onde foram realizados todos os procedimentos de urgência pela equipe de plantão, conduzindo o mesmo para o Complexo Hospitalar de Mangabeira em João Pessoa-PB, sob o protocolo de regulação nº **2347797**.

Pedras de Fogo, 20 de fevereiro de 2019.

Adjanio Moraes de Oliveira
Coordenador SAMU PF
ADJANIO MORAES DE OLIVEIRA
ENFERMEIRO
JOREN PB 392.141
COORDENADOR





PREFEITURA MUNICIPAL DE
PEDRAS DE FOGO
Secretaria Municipal
de Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL



INÍCIADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

Nome: HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ DE SOUZA MACIEL

Id. do CNES: 2363682

CNPJ: 10.490.987/0001-23

V. da Silva
Rastream
Mat. 539-8
23/08/119

Endereço: RUA PROFESSOR GETÚLIO CÉSAR R. GUEDES, 12 - CENTRO

Município: PEDRAS DE FOGO

Estado: PARAÍBA

UF: PB

PAIENTE:

Nome: *Valdeci Alves dantas*

Sexo: *m*

Idade: *46*

Profissão:

Documento: _____

Endereço: *Ave. 02 de Julho - 20*

PF

Estado: *PB*

UF: _____

Id. IBGE Município:

CNS: _____

Data de Nascimento: *03/02/73*

Data de Atendimento: *10/02/19*

Cartão SUS:

PSF: *Conselhos*

ICS:

Hora: *11:10*

RAÇA/COR:

1. BRANCA
 4. AMARELA

2. NEGRA
 5. INDIGENA

3. PARDAS
 6. SEM INFORMAÇÃO

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

Peso: _____

Situação / Queixa: *Int. de algj pelo cito (sic) trazida pelo SAMU. Exames fto ext. e SAMU. Concluiu-se que o rito trans. Suspeita fratura no esq.*

Breve História: Comorbidades / Hábitos / Costumes: _____

- Has Insuf. Renal AVC Hepatopatia Cardiopatia
 Dproc Transtorno Mental Alcoolismo Tabagismo Drogas
 Neoplasia Epilepsia Outros: _____

Idioma: _____

Medicamento em Uso: _____

SVV:

A: *130 x 80*

P: *89*

FR: _____

IGT: _____

Sat. O₂ (%): _____



Grau de Dor:

Dor Leve

Dor Moderada

Classificação de Risco

Vermelho

X Amarela

Verde

Azul

Assinatura e Carimbo do Enfermeiro

33211

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1400680511

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
 AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA.
 RECIFE, PERNAMBUCO
 CEP 50050-902
 CNPJ 10.835.932/0001-08
 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 0800 0810120 PRONTIDÃO 0800 0810196
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
 Ouvidoria 0800 282 5599
 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-
 Ligação Gratuita de Telefones Fixos
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
 Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE! JEANE MARIA DE BRITO-EM FRENT A MARCOS CABELEIRO	DATA DE VENCIMENTO 27/08/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 20/08/2019	CONTA CONTRATO 2035155018
ENDEREÇO EM FRENT A MARCOS CABELEIRO - AV 02 DE JULHO 220 -PEDRAS DE FOGO/PEDRAS DE FOGO -58328-000 PEDRAS DE FOGO PB -	TOTAL A PAGAR R\$ 74,78	DATA DA APRESENTAÇÃO 20/08/2019	NÚMERO DA NOTA FISCAL 074059309
PERÍODO CONSUMO 19/07/2019 a 20/08/2019	CONSUMO 35	ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 27,00 valor do imposto R\$ 18,24	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO		

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 2035155018	MÊS/ANO 08/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 74,78	VENCIMENTO 27/08/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
------------------------------	--------------------	----------------------------	--------------------------	--

838200000002 747800110022 035155018100 141385466831



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: 204624

Atd: Nao Regul

Data: 10/02/2019

Hora: 11:58:37

Recepção: CLEBIA FERREIRA RODR
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: VALDERO ALVES DANTAS

Nº de vezes atendido: 1

Nº. Frontuario: 2019.02.001170

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 4856336 Fone: 8338960556

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 03/02/1973 Id: 46 ano(s)

End.: AVENIDA 02 DE JULHO, 210

Bairro: CENTRO Cidade: PEDRAS DE FOGO UF: PB

Mae: ARLINDA ALVES DANTAS

Pai: MANOEL HENRIQUE DANTAS

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AGRICULTOR

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: SOGRO - JOSE

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violência por: NAO

1 Caso Policial

-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regurgitação [] Chocado

Queixa Principal

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

Observacao

05 SET. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Apareceu za ferme!

Rx Torre ex a NB

Diagnóstico

Conduta

lesão secundaria esportes cult M.I.E

Prescrição

Horário da medicacão



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: _____ / _____ / _____

Nome: _____ 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: _____

HDA: *Venha e chega (Além de)*

Sente-se sente-se MEU

O Sento

*A. L. G. 2009/06/2009
Assinatura*

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeca e Pescoco: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

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

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

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

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____ []Amnésia []Libido []Humor _____

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: []HTF

[]HAS []JDM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____ ♦ _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário:	I: T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>desenvolvimento de morte</i>				<i>T13.6</i>	
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O nexo</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Sextura de 4 fendas, hemorragia</i>				<i>T13</i>	
<i>desenvolveu-se sangramento</i>				<i>T13</i>	
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não	Descreva:		
Biópsia de Congelação:		1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Enfermaria 2 (<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3 (<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Incisão:

Achados:

Conduta:

Fechamento:

OBS:

Data: ____ / ____ / ____

MÉDICO/CRM



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA

MINISTÉRIO DA
SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RETORNO AMBULATÓRIO
MARCAÇÃO

Data: 22/02/19 Hora: 11:00

Local: e

Médico: D. Odilon

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL
NOME: 4856336

DATA DE EXPEDIÇÃO: 25/08/1992

VALDERO ALVES DANTAS

ELAÇAO:
Manoel Henrique Dantes e
Arlinda Alves Dantes

NATURALIDADE: Goiana-PE

DATA DE NASCIMENTO: 03/02/1971

DOC. ORIGEM: Cert. Nasc. N° 12.507 P.183-V

L.18 Cart. de Pedras de Fogo-PE.

CPF: 123.456.789-00

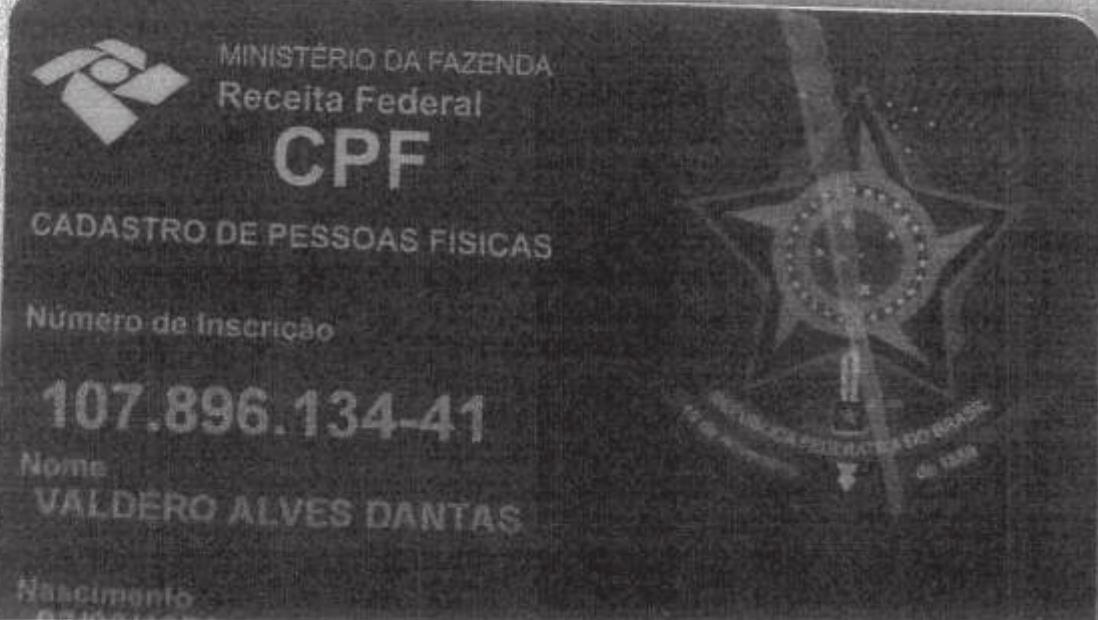
ASSINATURA DO DIRETOR:

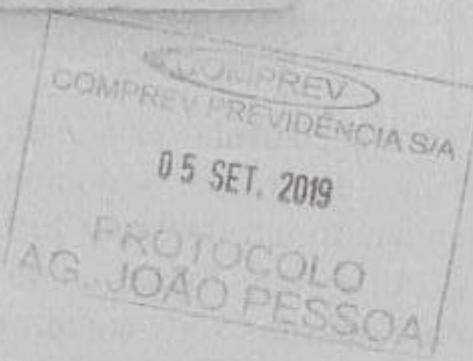
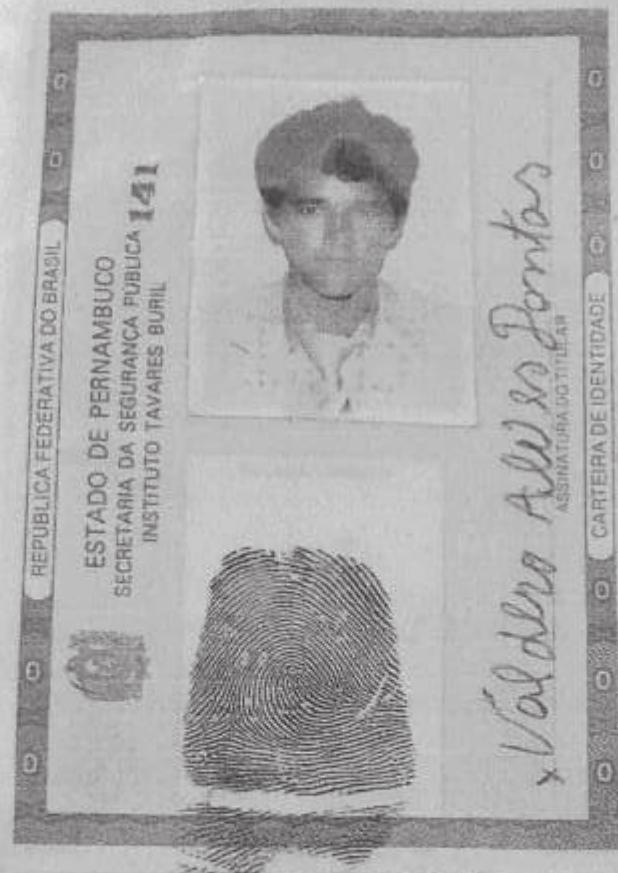
LEI N° 7.116 DE 29/08/83

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

05 SET 2019

PROTÓCOLO
FAG-JOÃO PESSOA





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190518059 **Cidade:** Pedras de Fogo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDERO ALVES DANTAS **Data do acidente:** 10/02/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR (SUTURA) E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190518059 **Cidade:** Pedras de Fogo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDERO ALVES DANTAS **Data do acidente:** 10/02/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR (SUTURA) E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0307833/19

Vítima: VALDERO ALVES DANTAS

CPF: 107.896.134-41

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/02/2019

Titular do CPF: VALDERO ALVES DANTAS

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação

VALDERO ALVES DANTAS : 107.896.134-41

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: 05/09/2019
Nome: VALDERO ALVES DANTAS
CPF: 107.896.134-41

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

VALDERO ALVES DANTAS

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO