
Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190164250

Vítima: ANDRE DE VASCONCELOS

Data do Acidente: 05/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDRE DE VASCONCELOS

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 Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190164250

Vítima: ANDRE DE VASCONCELOS

Data do Acidente: 05/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANDRE DE VASCONCELOS

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

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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



Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190164250

Vítima: ANDRE DE VASCONCELOS

Data do Acidente: 05/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANDRE DE VASCONCELOS

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

Documentação médico-hospitalar

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



Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190164250

Vítima: ANDRE DE VASCONCELOS

Data do Acidente: 05/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANDRE DE VASCONCELOS

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Autorização de pagamento

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:



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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

125.314.717-58

ANDRÉ DE VASCONCELOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ANDRÉ DE VASCONCELOS		CPF titular da conta 12531471758	Profissão Motociclista
Endereço ARISTEIA FRANCISCA		Número 162	Complemento
Bairro CENTRO	Cidade BAYEUX	Estado PB	CEP 58307-030
Email ANDREVASCONCELOS1990789@gmail.com			Telefone (DDD) 99909-8351

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☒ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

AGÊNCIA NRD 1011	DV 00039959-8	CONTA NRD 10/24
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

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

BANCO Nome ANDRÉ DE VASCONCELOS	NRD
AGÊNCIA NRD 1011	DV 00039959-8
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

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

Bayeux 19 de fevereiro de 2019
Local e Data

André de Vasconcelos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA

POUPANÇA

6277 8017 2118 4699

ANDRE DE VASCONCELOS

1911 013 00039959-8

elo



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01743.01.2018.1.00.420

Im

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01743.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:54 horas do dia 12 de setembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **André de Vasconcelos**, CPF nº 125.314.717-58, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Motorista, filho(a) de Irene Raquel de Vasconcelos e Geronimo de Vasconcelos, natural de Bayeux/PB, nascido(a) em 03/04/1988 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Aristéia Francisca, Nº 162, bairro Centro, tendo como ponto de referência Estação Ferroviária, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98874-1453.

Dados do(s) Fatos:

Local: Paralela a Br 230, Casa da Bateria, Bayeux/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/09/17 11:15h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

- QUE, segundo o notificante trafegava com o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/NXR BROS, ano e modelo: 2016 de cor vermelha, placa: QFR 8037/PR, chassi nº 9C2KD1000GR038067, registrado em nome do notificante; QUE segundo o mesmo seguia normalmente em sua mão quando um veículo FIAT DOBLO de cor prata, não sabendo especificar a placa do mesmo, nem o condutor pois este evadiu-se do local sem prestar socorro; QUE segundo o notificante este colidiu na lateral da moto do notificante, que devido ao impacto foi jogado ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1156/2018, EXPEDIDO PELA DRª ROSSANA DE FATIMA DE ARAUJO BARBOSA, CRM/PB 3533, DATADO DE 29.08.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) resgate de Bombeiros; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expede a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 12 de setembro de 2018.

JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

ANDRÉ DE VASCONCELOS
Noticiante



Procedimento Policial: 01743.01.2018.1.00.420

Autentico a presente cópia, reprodução fiel da original apresentada. Em testemunha da verdade.

Bayeux-PB 12/02/2019 10:32:30

Mely Santiago Pereira Feitosa - Tabelix Substituta

[2019-000521] EMPL:R\$ 2.40 FAFEM:R\$ 0.29 FEPT:R\$ 0.50 ISS:R\$ 0.12

SELO DIGITAL: A1E25296-MHTZ

Confira a autenticidade em <https://selecao.diaf.pb.gov.br>



VISTO EM: 01/11/17

Comandante do BAPH
Kally Sáfina do Nascimento Silva
TEN CEL 521.260-4

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

João Pessoa-PB, 26 de Outubro de 2017.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 428/2017

Certifico que, revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 05/09/2017, conforme requerimento nº 406/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrida(a) por volta das 12h50min o/a Sr.(a) **ANDRE DE VASCONCELOS**, CPF: 125.314.717-58, vítima de acidente de trânsito (colisão (carro x moto)), ocorrido na Br-230 (Viaduto de Bayeux), Centro - Bayeux/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-47 tendo como chefe o/a **CABO BM MARCIO BELO DOS SANTOS**, Matrícula: 522.178-1. A vítima conduzia a motocicleta usando capacete, consciente e orientada, com fratura exposta no membro inferior (dorso do pé), com dores no ombro, cervical e abrasão no membro superior. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada em prancha rígida para o Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza** - SD 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.

Josinete B.S dos Santos
TEN. QO 008M-517240-3

Chefe da 3ª Seção

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade.

Bayeux-PB 12/02/2019 10:52:31

Welly Santiago Pereira Feitosa - Tabelião Substituto

[2019-000922] EMOL:R\$ 2,40 FAREN:R\$ 0,29 FEPO:R\$ 0,50 ISS:R\$ 0,12
SELO DIGITAL: A1E25297-EXTX

Confira a autenticidade em <https://secedigital.pb.gov.br>



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/Nº, Conj.
Fone: (83) 3243-8044 / (83) 3216-5751



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de



Eu, ANDRÉ DE VASCONCELOS, portador da carteira de identidade nº 222538993 e inscrito no CPF/MF sob o nº 125.314.717-58, residente e domiciliado na ARISTEIA FRANCISCA, n: 162, Cidade BAYEUX, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

André de Vasconcelos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Bayeux, 12 de fevereiro de 2019

Local e data

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, André de Vasconcelos,

RG nº 99253893, data de expedição 29/06/2007 Órgão Dham,

CPF nº 195 314 737 58, 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:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Aristida Francisco</u>
Número	<u>162</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Bayeux</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58307030</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99909-8351</u>
E-mail	<u>andre.turismo.pb@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Bayeux, 12 de Fevereiro de 2019

Assinatura do Declarante: André de Vasconcelos

1-800-855-8800
Cable: 800-855-8800

Assistenza al Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Accede: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAR
Jan / 2019	18/01/2019	18/02/2019	010.344.274-07 Trib. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/416521-3

Canal de contacto

Quer reduzir a carga de trabalho destes funcionários, é necessário que se reduza a quantidade de tarefas atribuídas a cada um deles, logo, é preciso melhorar os sistemas de controle de tempo e de custos e reduzir o tamanho das equipes de trabalho.

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Lectura	Data	Lectura		
28/12/19	19537	20/1/19	19519		
Demonstrativo					
001 Diferença		Obrigado Tabela de Vals: Sost Gnt: Ave: km(24) Sost Gnt: Sup(2)			
		Tabela de Vals: Sost Gnt: Ave: km(24) Sost Gnt: Sup(2)			
001 Consumo em Litros		179,000 0,954x0,00	152,65	151,25	17
			4: 22	152,65	1,25
001 CONSUMO EM LITROS		LAJANOS DE SERVIÇOS	17,25	0,00	0
			0,00	0,00	0,00

C.C. Cargado al cliente	TOTAL	125.71	152.98	41.26	152.98	1.25	7.11
MARCA (últimos meses) (RPH)	VENCIMIENTO				TOTAL A PAGAR		

06/02/2019
Historico de Consumo (kWh) R\$ 165,21

182	174	175	169	200	172	182	152	181	122	158	179
Jan 16	Febr 15	Mar 15	Apr 15	May 16	Jun 16	Jul 16	Aug 16	Sep 16	Oct 16	Nov 16	Dec 16

013f.d30f.f3c8.adff.cc12.b415.6a42.48df.

Indicadores de Qualidade

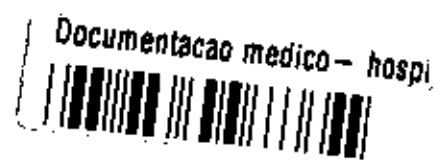
[illegible]

ATENÇÃO

Faturas em atraso



34



CERTIDÃO

Nº. 1156/2018

Atendendo solicitação de **ANDRE DE VASCONCELOS** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burit, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº58710 e Prontuário nº 2017.09.000693, pertencentes ao requerente que foi atendido dia 05/09/2017 às 17h17min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em 4º e 5º dedos do pé esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta do 4º metatarso e 5º falange do pé esquerdo. Alta a pedido dia 13/09/2017.

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

João Pessoa, 29 de agosto de 2018

100
000

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: André Vasconcelos Data da Admissão: 5/9/18
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: Trauma, dig. Pericardite no Pa

HDA: Que vítima de acidente de moto com trauma direto em pe. Apresenta fratura exposta do 4.º met

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 [] Epístaxe
[] 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-reposu [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

Neu e PSO: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade
[] Amnésia [] Libido [] Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS. [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas:

Fratura exposta do 4º metacarpo + supratotom da falange do 4º e 5º

Conduta:

Internamento e tratamento cirúrgico.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha Nr.: 58710

Atd: Nao Regular

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITI

Data: 05/09/2017

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 17:17:58

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Recepcionista: JUSSARA MANUELA BENTO

TAX: () - CNPJ:

Clinica: MEDICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: ANDRE DE VASCONCELOS

Num. Prontuario: 2017.09.000693

CNS: 702800149977569 Sexo: M IDENTIDADE: 222538993 SSP RJ Fone: 988741453

Natural: BAYEUX/PB Data Nasc.: 03/04/1988 Id: 29 ano(s)

End.: RUA LAURICE FLORENCIO HONORATO, 315

Bairro: IMACULADA Cidade: BAYEUX UF: PB

Mae: IRENE RAQUEL DE VASCONCELOS

Pai: GERONIMO DE VASCONCELOS

Raca: BRANCA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: MOTORISTA (FORA EXCECOES)

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: O MESMO

Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedimento: HOSPITAL TRAUMA*JP

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO+MOTO (CONDUTOR) AS 12HS

Vitima de violencia por: *BR-PROX.ENGENHEIRO DE CARVALHO-BAYEUX

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR: [] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP: [] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura: [] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC: [] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%: [] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Pac com trauma aberto do 5º MTT e suble
da 4ª e 5ª torções

Diagnostico

Conduta: SAT 5000 UI

- Sutura + desbridamento

Prescrição

Horario da medicação

Dra. Zorilda

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

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

Ficha: 74243 Atd: Não Regulado
Data: 01/11/2017 07:26:30
Recepcionista: ELAINE CRISTINA MARTINS GOMES
Clínica: AMBULATORIO
Atendimento: CONSULTA *OK*

FICHA DE AMBULATORIO

DADOS DO PACIENTE
Nome: ANDRE DE VASCONCELOS
Mãe: IRENE RAQUEL DE VASCONCELOS
Data Nasc.: 03/04/1988 Idade: 29 ano(s)
IDENTIDADE: 222538993 SSP RJ
Ocupação: MOTORISTA (FORA EXCECOES)
End.: RUA LAURICE FLORENCIO HONORATO, 315,
Bairro: IMACULADA Cidade: BAYEUX UF: PB
Procedencia: RESIDENCIA
Resp.: ANDRE DE VASCONCELOS

Num. de vezes atendido: 4
Prontuario: 2017.09.000693
Pai: GERONIMO DE VASCONCELOS
Sexo: M CNS: 702800149977569
Telefone: 988741453 Estado Civil: NAO INFORMADO
Natural: BAYEUX-PB
Profissional:
Tel.: 988741453 IDENTIDADE: 222538993 SSP RJ

PRE-CONSULTA: PA: FC: FR: TEMP: GLICEMIA: SO2:

HDA:

operado em 05/09/2017

ANTECEDENTES: [ALERGIA []

MEDICAMENTOS EM USO:

EXAME FISICO:

HIPOTESE DIAGNOSTICA: *ferimento 4.º e 5.º PDE e dor 3.º do*
Px do pé ⑤ AP/0

CONDUTA: *consulta*

CURATIVO: SIMPLES: [] COM PONTOS: [] TROCA DE Sonda: []

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

ASSINATURA DA ENFERMAGEM

[assinatura]
ASSINATURA DO PACIENTE

[assinatura]
Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9028 SB 10 9603

PROCEDIMENTO REALIZADO: (CONTAS MEDICAS)

ASSINATURA DO E CARIMBO DO MEDICO

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERAL
MINISTÉRIO DE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CERTIFICAÇÃO NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
ANDRE DE VASCONCELOS



DOC. IDENTIDADE / C.R.G. / R.C.M. Nº
222538093 EDP RJ

CIVIL 125.314.717-58 DATA NASCIMENTO 03/04/1988

USCÃO
GERONIMO DE
VASCONCELOS
IRENE RAQUEL DE
VASCONCELOS

PERMISSÃO ACC CATEG. AS

Nº PASSAPORTE
34149421915

VALIDADEZ
24/04/2011

1ª EMISSÃO
29/06/2007

CONDIÇÃO
A
EXERCE ATIV REMUNERADA;

Assinatura do titular
Assinatura do titular

LOCAL
JORNAL PESSOA, RJ

DATA EMISSÃO
11/05/2016

Assinatura do titular
Assinatura do titular

59533944149
PB032499418

DEUSAN PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1280679355

PROTEÇÃO PLÁSTICA
1280679355

DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 012824592500

19593286391

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRT 20160000410086-2

VIA 1 0109765122-0 00/00000000

NOME/ENDEREÇO
 ANDRE DE VASCONCELOS
 RUA ARISTEIA FRANCISCA 162
 CENTRO
 58307030 BAYEUX-PB

CPF 12531471758

PLACA QER8037/PB

NOVORUMO MOTORES PECAS LTDA

PLACA ANT/CV NOVO

PB

CHASSI 9C2KD1000GR038067

ESP/CLIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/NXR 160 BROS

ANO FAB 2016 ANO REG 2016

CAP/POT/CIL 2 P/162 /CI

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE VERMELHA

OBSERVAÇÕES A.F BCO PANAMERICANO SA

N.Motor : KD10E0G038115

0

BAYEUX-PB 42072

LOCAL



DATA 21/09/2016

34584

DETRAN

CONTRAN

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0064965/19

Vítima: ANDRE DE VASCONCELOS

CPF: 125.314.717-58

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Outros



Data do acidente: 05/09/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANDRE DE VASCONCELOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ANDRE DE VASCONCELOS : 125.314.717-58

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: 21/02/2019
Nome: ANDRE DE VASCONCELOS
CPF: 125.314.717-58

ANDRE DE VASCONCELOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2019
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

Nathalia Beatriz Braga Costa



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA André da Vasconcelos
DATA DO ACIDENTE 05.09.2013 CPF DA VITIMA 125.314.413-58
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Portador André da Vasconcelos
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR 60 VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL CUIO PARANTESCO COM
A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR Av. João Pessoa, 1500 - Fátima
Nº 169 COMPLEMENTO Casa BAIRRO Canilho
CIDADE Boa Vista UF PA CEP 58304-030
E-MAIL Andre.Vasconcelos@ig.com TELEFONE (83) 99908.8351

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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL ASSINADA PELA VITIMA 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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (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 VITIMA 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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VITIMA (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 (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (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 VITIMA 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 O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 29.09.2014

IDENTIDADE 992538993

ASSINATURA

André da Vasconcelos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 12/02/2014 MATR. CORREIOS 84483173

NOME

Paula Andréa Bezerra Araújo

ASSINATURA

[Assinatura]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190164250 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRE DE VASCONCELOS **Data do acidente:** 05/09/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS EXPOSTAS DO 4º E DO 5º PODODÁCTILOS ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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-0064965/19

Vítima: ANDRE DE VASCONCELOS

CPF: 125.314.717-58

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/09/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANDRE DE VASCONCELOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ANDRE DE VASCONCELOS : 125.314.717-58

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: 21/02/2019
Nome: ANDRE DE VASCONCELOS
CPF: 125.314.717-58

ANDRE DE VASCONCELOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2019
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

Nathalia Beatriz Braga Costa