
Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190459829

Vítima: RICARDO DIAS DA SILVA

Data do Acidente: 16/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RICARDO DIAS DA SILVA

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, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190459829

Vítima: RICARDO DIAS DA SILVA

Data do Acidente: 16/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RICARDO DIAS DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: RICARDO DIAS DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 4913

Conta: 000002172-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 026.2977/19 3 - CPF da vítima: 319.636.448-83 4 - Nome completo da vítima: RICARDO DIAS DA SILVA

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

5 - Nome completo: RICARDO DIAS DA SILVA 6 - CPF: 319.636.448-83
7 - Profissão: PEDREIRO 8 - Endereço: RUA WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS 9 - Número: 338 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: PEDRAS DE FOGO 12 - Cidade: PEDRAS DE FOGO 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58328-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 98653-8367

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4913 CONTA: 000021721 AGÊNCIA: CONTA:

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

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 do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
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? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 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 - 1ª | Nome: CPF: 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha



40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Ocorrência nº. 0252/2019

Aos VINTE E CINCO dias de MARÇO 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 OLIVEIRA MARTINS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 14h:10min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

RICARDO DIAS DA SILVA, Identidade nº 42.979.972-SSP/SP, CPF nº 319.636.448/83, nacionalidade brasileiro, estado civil: SOLTEIRO, profissão: PEDREIRO, filho(a) de Severino Erminio da Silva e de Marínes de Jesus Dias, natural de São Paulo/SP, nascido(a) em 02/04/1983 (35 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Wilson Ribeiro de Medeiros, 138, tendo como ponto de referência: mangueira, na cidade de Pedras de Fogo/PB, fone(s) para contato: 81-9-8187-5007.

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 Veículo;
- 2) DATA DO FATO: 16 de março de 2019;
- 3) HORÁRIO: 12h:20min;
- 4) LOCAL: Pedras de Fogo/PB.

5) BREVE RESUMO DO FATO:

Afirma o noticiante que estava conduzindo a motocicleta de placa QFB 4910 PB, RENAVAM 0102654431-6, registrada em nome de Adriano Andre Fernandes, quando foi colidido com uma outra motocicleta e condutor não identificados, que o noticiante caiu em solo onde foi socorrido para o hospital de Pedras de Fogo/PB, onde foi transferido para o Complexo Hospital em Mangabeirã João Pessoa/PB, onde foi atendido, conforme Laudo Médico-Resumo de Alta, pelo médico Dr. Valdeban Carvalho Jr. CRM 7692.

6) OBSERVAÇÕES:

NADA CONSTA

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

Ricardo Dias da Silva
RICARDO DIAS DA SILVA
Comunicante

[Assinatura]
Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 135.591-1



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 026.2977/09 3 - CPF da vítima: 339.636.448-83 4 - Nome completo da vítima: RICARDO DIAS DA SILVA

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

5 - Nome completo: RICARDO DIAS DA SILVA 6 - CPF: 339.636.448-83
7 - Profissão: PEDREIRO 8 - Endereço: RUA WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS 9 - Número: 338 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: PEDRAS DE FOGO 12 - Cidade: PEDRAS DE FOGO 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58328-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 98653-8367

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:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 4913 CONTA: 000025721 AGÊNCIA: CONTA:

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

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 do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
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? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Inscrição estadual da vítima ou do 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 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 02/08/2019
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

Nome: HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ DE SOUZA MACIEL

Cód. do CNES: 2303682

CNPJ: 10.490.987/0001-23

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

Município: PEDRAS DE FOGO

Estado: PARAÍBA

UF: PB

PACIENTE

Nome: Ricardo Ricardo Silva Sexo: M Idade: 35

Profissão: R. Wilson Ribeiro Documento: 158

Endereço: UF Estado: PB UF: PB

Município: UF Estado: PB UF: PB

Cód. IBGE Município: 020983 CNS: 16.03.15

Data de Nascimento: 02.09.83 Data de Atendimento: 16.03.15

Cartão SUS: Simeline PSF: Manoel

ACS: Simeline Hora: 14:30

RAÇA/COR:

- ☐ 1. BRANCA ☐ 2. NEGRA ☒ 3. PARDA
☐ 4. AMARELA ☐ 5. INDIGENA ☐ 6. SEM INFORMAÇÃO

1. Peso: 60 kg **2. Situação / Queixa:** Prontidão para a realização de testes
moço, em de sangue

3. Breve História: Comorbidades / Hábitos / Costumes:

- () Has () Insuf. Renal () AVC () Hepatopatia () Cardiopatia
() Dpoc () Transtorno Mental () Alcoolismo () Tabagismo () Drogas
() Neoplasia () Epilepsia () Outros: Moço

Alergia: Moço

Medicamento em Uso: Moço

SSVV: Moço

PA: Moço P: Moço FR: Moço Temp: Moço

HGT: Moço Sat. O₂ (%): Moço

4. Grau de Dor:

- () Dor Leve () Dor Moderada () Dor Forte

5. Classificação de Risco

- () Vermelho () Amarela () Verde () Azul

Moço
Assinatura e Carimbo do Enfermeiro

Assinatura e Carimbo do Enfermeiro



$H \in SH$, for frame - no
D; after for a not

1. Wahrscheinlichkeit für ein Ereignis
2. Erwartungswert für ein Ereignis
3. Standardabweichung für ein Ereignis

☐ 1- ELETIVO ☐ 2- URGÊNCIA ☐ 3- ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO A SERVIÇO DA EMPRESA

INTEREST FREE RATE FOR ENROLLMENT FOR

[Signature]

CID - 10

☐ PRESCRIÇÃO ☐ APLICADA

☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA

☐ INTERNAÇÃO ☐ OUTRO

☐ ÓBITO ☐ OUTROS

1.1.1.1.1.1.1.1

2.1.1.1.1.1

3. _____

4. _____

CNS:

CBO:

CRM:

Assinatura do Paciente / Acompanhante ou Responsável:

Pologar:

X Ricardo Elias de Silva

Assinatura do(a) Responsável Administrativo - Carimbo



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRAS DE FOGO
Secretaria de Saúde
Sistema de Referência e Contra-Referência

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: <i>Paulo N. C.</i>		Nº
Sexo: <i>M</i>	Idade: <i>35</i>	Profissão:
Endereço:		
Unidade Adcritiva:		
Agente de Saúde		
Encaminhado(a) do:		
Para: <i>Problema</i>		
Motivo do Encaminhamento: <i>Leite sintoma quebra e pode causar a dependência da mãe @ Colar de Leite Materno</i>		
Encaminhamento		
Função <i>[Assinatura]</i>		Data <i>16-3-19</i>

CONTRA REFERÊNCIA E CONDUTA REALIZADA

(Solicitamos o envio desta pelo Motorista ou pelo Paciente)

Nome:	Nº
Procedimentos:	02 AGO. 2019
CORRETORA DE SEGUROS	

Data

Consultante

My dear Mr. [unclear]

I have just received your letter of the 14th inst. and am glad to hear from you. I am well and hope this finds you the same. I am very truly yours, [unclear]

Yours very truly,
[unclear]

[Faint handwritten text, possibly a postscript or additional address]

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RICARDO DIAS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04913

CONTA: 000000002172-1

Nr. da Autenticação 264AC2C2A5CB2076

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1396612594

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 26/04/03
COMERCIAL 0800 0810120 PRONTIDÃO 0800 0810196
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5559
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
JOAO JOAQUIM DA SILVA

DATA DE VENCIMENTO
30/07/2019

DATA EMISSÃO DA NOTA
FISCAL
23/07/2019

CONTA CONTRATO
1149468010

ENDEREÇO
RUA WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS
138 -PEDRAS DE FOGO/PEDRAS DE
FOGO -58328-000 PEDRAS DE FOGO
PB -

TOTAL A PAGAR
R\$ 169,00

DATA DA APRESENTAÇÃO
23/07/2019
NÚMERO DA NOTA FISCAL
070638399

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Monofásico
B1

PERÍODO CONSUMO
21/06/2019 a 23/07/2019

CONSUMO
183

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 27,00 valor do imposto R\$ 40,40

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO
1149468010

MÊS/ANO
07/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 169,00

VENCIMENTO
30/07/2019

TALÃO DE PAGAMENTO
Evite dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este canhoto será usado em
leitora ótica.

838000000017 690000110012 149468010105 140882590630



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ADRIANO ANDRÉ FERNANDES,
RG nº 3.354.440, Data de Expedição: 06/10/2017, Órgão: SSDS/PB,
Portador do CPF nº 062.206.334-81, com domicílio na cidade de
PEDRAS DE FOGO, no Estado de PARAIBA,
onde resido na (Rua/Av./Est.) SITIO MINEIRO,
nº 21, complemento: MINEIRO 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 RICARDO DIAS DA SILVA,
cujo o condutor era RICARDO DIAS DA SILVA.

Veículo: PAS / MOTOCICLETA
Modelo: HONDA / CG 150 TITAN ESD
Ano: 2014 / 2015
Placa: Q F H 49 10 / PB
Chassi: 9 C 2 K C 1650 FR 009032
Data do Acidente: 16/03/2019

Local e Data: Pedras de fogo 17/04/2019


Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO
VINAGRE DE MEDEIROS
TABELÃO: Hermano José Medeiros Nobrega
SUBSTITUTO: Adriano Harrison M. Medeiros Nobrega
RUA DOS TRÊS PODERES, 67 - PEDRAS DE FOGO - PARAIBA

• Tabelionato,
• Registro de Imóveis,
• Protesto,
• Pessoas Jurídicas,
• Títulos e Documentos.

Reconheço a(s) Firma(s) Adriano André Fernandes por
autenticidade.

Em Teste da da verdade o Tab. Público
Pedras de Fogo - PB, de 04 de 2019
17 APR 2019



AHW94344 - 997R
"Selo Digital"
Consulte a Autenticidade em <https://selodigital.tpb.pb.br/>



UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

Nome: **HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ DE SOUZA MACIEL**

Cód. do CNES: **2363882**

CNPJ: **10.490.987/0001-23**

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

Município: **PEDRAS DE FOGO**

Estado: **PARAÍBA**

UF: **PB**

PACIENTE

Nome: **Ricardo da Silva** Sexo: **M** Idade: **35**

Profissão: **R. Wilson Ribeiro** Documento: **158**

Endereço: **VR** Estado: **PB** UF: **PB**

Município: **VR** Estado: **PB** UF: **PB**

Cód. IBGE Município: **020983** CNS: **160315**

Data de Nascimento: **02.09.83** Data de Atendimento: **16.03.15**

Cartão SUS: **Sineline** PSF: **14:30**

ACS: **Sineline** Hora: **14:30**

RAÇA/COR:

- ☐ 1. BRANCA ☐ 2. NEGRA ☒ 3. PARDA ☐ 4. AMARELA ☐ 5. INDIGENA ☐ 6. SEM INFORMAÇÃO

1. Peso: **60 kg** **2. Situação / Queixa:** **Prontidão do paciente de 1 hora**

3. Breve História: Comorbidades / Hábitos / Costumes:

- () Has () Insuf. Renal () AVC () Hepatopatia () Cardiopatia
() Dpoc () Transtorno Mental () Alcoolismo () Tabagismo () Drogas
() Neoplasia () Epilepsia () Outros: **Mo**

Alergia: **Mo**

Medicamento em Uso: **Mo**

SSVV: **Mo**

PA: **Mo** FR: **Mo** Temp: **Mo**

HGT: **Mo** Sat. O₂ (%): **Mo**

4. Grau de Dor:

- () Dor Leve () Dor Moderada () Dor Forte

5. Classificação de Risco

- () Vermelho () Amarela () Verde () Azul

Vilma F. de Silva
COORDENADORA ENF

Assinatura e Carimbo do Enfermeiro



$H_0 \pm SH$, for frame - p
Djapè for a note



RESULTADOS:

1. $\text{val} = \text{sum}$ is the freq of
2. $\text{ret} = \text{val}$ is the freq of
3. $\text{ret} = \text{val}$ is the freq of
4. $\text{ret} = \text{val}$ is the freq of

Kinto
Chauhan
20.2.76

☐ 1- ELETIVO ☐ 2- URGÊNCIA ☐ 3- ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO A SERVIÇO DA EMPRESA

☐ 4- ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO ☐ 5- OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVOLVIMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

1.6 hours

CGD - 10

DOCUMENTOS:

MEDICAÇÃO:	☐ PRESCRIÇÃO	☐ APLICADA	SERVIÇOS REALIZADOS: Cód. Procedimentos:
ENCAMINHAMENTO:	☐ OBSERVAÇÃO	☐ RESIDÊNCIA	1.
☐ INTERNAÇÃO	☐ OUTRO		2.
HOSPITAL			3.
☐ ÓBITO	☐ OUTROS		4.
			CNS:
			CBO:
			CRM:

Assinatura do (s) Profissional (is) Assistente (s) - Carimbo

Assinatura do Paciente / Acompanhante ou Responsável:

Polar:

X Ricardo Wiers de Silva
Assinatura do Médico Titular Controlador

Assinature de l'organe Administratif - Carimbo



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRAS DE FOGO
Secretaria de Saúde
Sistema de Referência e Contra-Referência

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Nome:	<i>Miguel D. C. L.</i>	Nº		
Sexo:	<i>M</i>	Idade:	<i>35</i>	Profissão:
Endereço:				
Unidade Adcritiva:				
Agente de Saúde				
Encaminhado(a) do:				
Para:	<i>Problemas</i>			
Motivo do Encaminhamento:	<i>Para retirar o quebra e mudar o vidro da defumação e com previdência Cada 10 dias de tratamento</i>			

Encaminhamento

Função

Data

CONTRA REFERÊNCIA E CONDUTA REALIZADA

(Solicitamos o envio desta pelo Motorista ou pelo Paciente)

Nome:	Nº
Procedimentos:	



Data

Consultante

Wm. J. Craig
1894

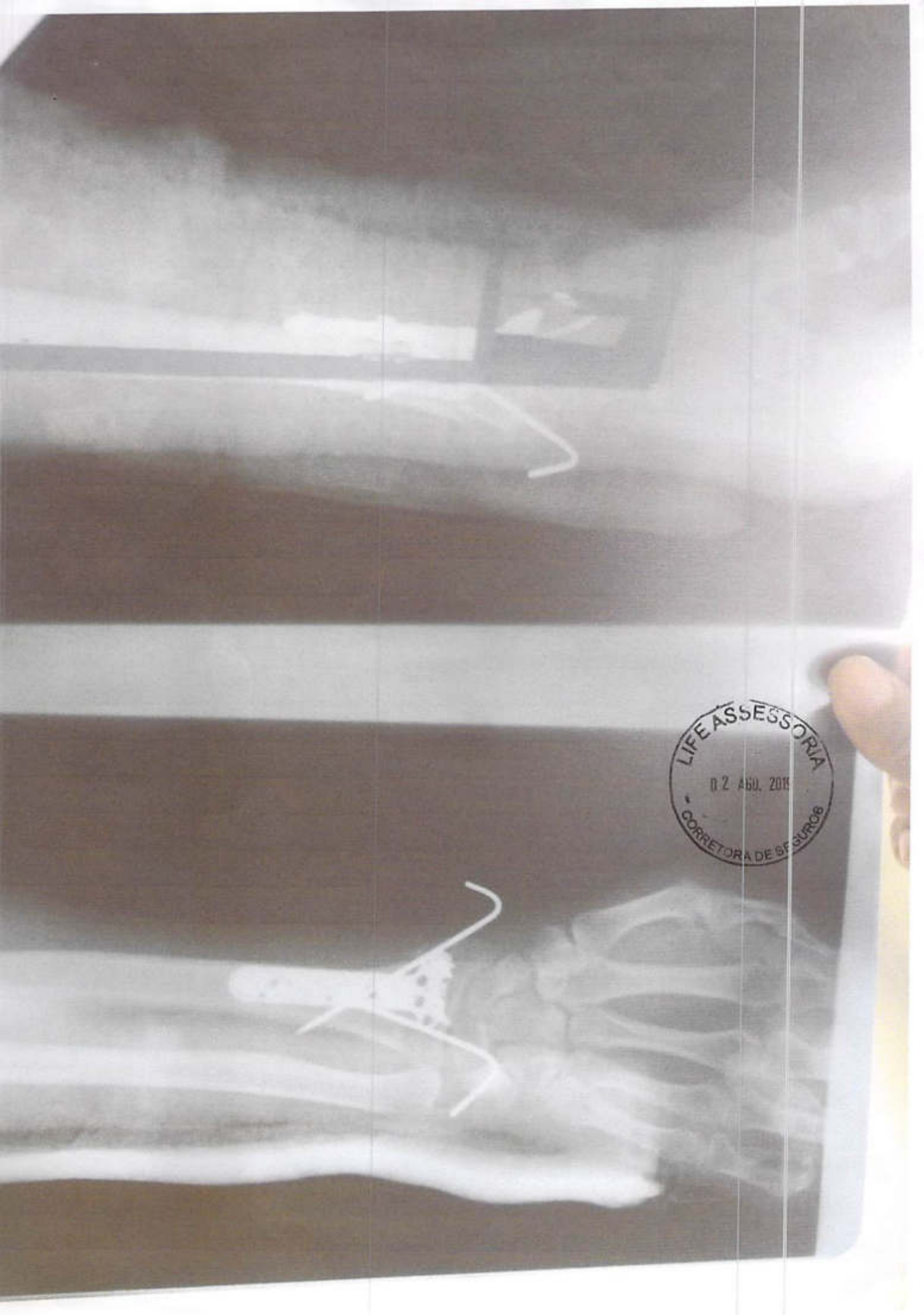
Wm. J. Craig
1894

Wm. J. Craig
1894

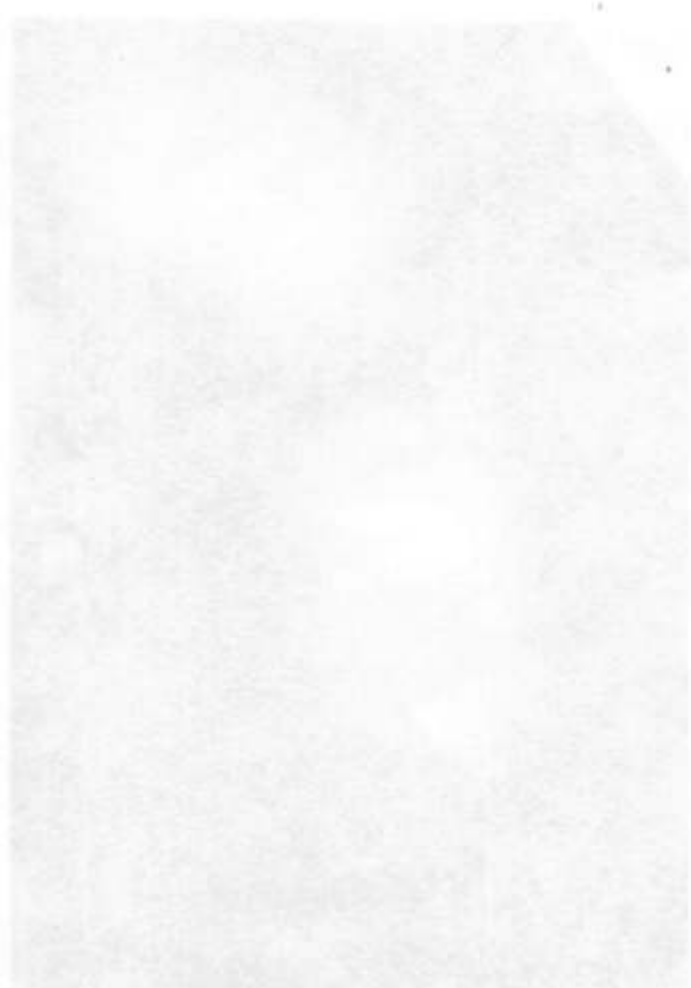
LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: Ricardo Dias da Silva				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: 36 ANOS	SEXO: MASC	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 16-03-2019		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Rádio Distal</i>				CID S52.5	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de punho demonstrando fratura consolidada de rádio distal</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES) <i>Paciente portador(a) de fratura do rádio distal foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de TTO CIRURGICO COM PLACA BLOQUEA DA E FIOS DE K. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação analgésica e/ou antibiótica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</i>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc... REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias. CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no local. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar. MEDICAÇÕES PARA CASA:					
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão. DR SAVIO BRUNO					
<i>22/03/19</i> DATA		Dr. Valdean Carvalho Jr. Médico - CRM 7692 ASS. MÉDICO / C.R.M.			
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					









CERTIDÃO

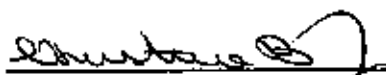
Nº. 1064/2019

Atendendo solicitação de **RICARDO DIAS DA SILVA** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº213566. e prontuário 2019.03.1804 pertencentes ao paciente **RICARDO DIAS DA SILVA** requerente que foi atendido dia 16/03/2019 às 14h37min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do radio distal esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico no dia 21/03/2019. Com alta médica dia 22/03/2019.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 08 de julho de 2019


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



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: 213566 Atd: Nao Regulad
Data: 16/03/2019
Hora: 14:37:16
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clínica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: RICARDO DIAS DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.03.001804

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 42979972 Fone: 981875007

Natural: SAO PAULO/SP Data Nasc.: 02/04/1983 Id: 36 ano(s)

End.: RUA WILSON RIBEIRO DE MEDEIROS, 138 SEM CARTAO DO SUS BAIRRO MANGUEIRA

Bairro: CENTRO Cidade: PEDRAS DE FOGO UF: PB

Mae: MARINES DE JESUS DIAS

Pai: SEVERINO ERMINIO DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: PEDREIRO SEM ESPECIFICACAO

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO

INFORMACOES DE ENTRADA

Rec.: ESPOSA RESPONSÁVEL LUCIDALVA DO NASCIMENTO SILVVVVA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL PEDRAS DE FOGO

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Caixa Principal

AVISACAO DA ORTOPEDIA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Historia - Exame Fisico - Hora do atendimento medico

De rotina, queda de
com dor em punho @



Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 16/03/19

Nome: Ricardo Dias da Silva

Prontuário: Idade: Enfermaria: Leito:

Nome da Mãe:

Endereço: Bairro:

Cidade: Estado: Fone: Profissão:

Sexo: F () M () Cor: Estado Civil: Religião:

Escolaridade: Data de Nascimento 02/04/83

QPD: Do pulso e

HDA:

Idade do paciente 16 anos

Do pulso e

Do pulso e

Medicações em uso:

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele:

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rruquidão [] Disfagia Audição: ____ Visão: ____

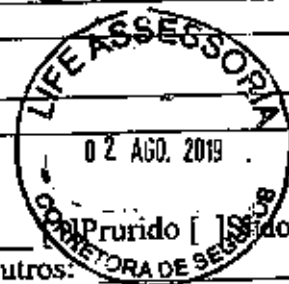
AR e ACV: [] Dor ____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema ____ Outros: ____

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-reposou [] 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 [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

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

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: Sem ferimentos

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: DC

Hipóteses Diagnósticas: fratura cominuta do rádio

distal 2/3

Conduta: internar pt para cirurgia



Nome: Ricardo Dias da Silva				Registro:	
Idade:	Sexo: masc	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: 21-03-2019			Cirurgião: <i>DR SAVIO BRUNO</i>		
1º Assistente: <i>FELIPE BEZERRA</i>			2º Assistente:		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura do Rádio Distal</i>					<i>S52.5</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Redução Cruenta + Fixação Interna</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Garroteamento de membro superior ao nível do 1/3 médio do braço

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em região volar e distal para acesso ao rádio

Dissecção por planos até foco de fratura



Achados:

Visualização de fratura do rádio distal

Conduta:

Realizada manobra para redução de fragmentos ósseos

Aposição de 01 placa bloqueada para rádio distal de 4/6 furos

+ 03 parafusos

Aposição de 02 uni de fio de k numero 2.0

Fechamento:

Limpeza com SF a 0,9% de punho

Fechamento por planos

Curativo

Retirada de garroteamento de membro superior

Observada boa perfusão periférica

Tala axilopalmar gessada

OBS: ATO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIAS.

Data: 21-03-2019

Dr. Raimundo Pereira
CRM 11128
O/CRM

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

42.979.972-X DATA DE EMISSÃO 16/MAI/200

RICARDO DIAS DA SILVA

SEVERINO ERMINIO DA SILVA

E MARINES DE JESUS DIAS

S. PAULO -SP

DATA DE TANCORRIMENTO 02/ABR/1983

SÃO PAULO SP

CERQUEIRA CESAR

CN: LV.A192/FLS.195V/N.115101

319636448/83

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 116 DE 28/09/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

0101-6

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DE DEFESA PÚBLICA

SECRETARIA DE DEFESA PÚBLICA

PROIBIDO PLASTIFICAR



Ricardo Dias da Silva

1440-01191

CARTEIRA DE IDENTIDADE





Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA RICARDO DIAS DA SILVA
 DATA DO ACIDENTE 16/03/2019 CPF DA VÍTIMA 319.636.448-83

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA WILSON RIBEIRO DE MENDONÇA
 Nº 338 COMPLEMENTO CASA BAIRRO PEDRAS DE FOGO
 CIDADE PEDRAS DE FOGO UF PB CEP 58328-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (83) 98651-8367

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)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ 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 DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, 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

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 16/03/2019
 IDENTIDADE RG 42.979.972-X SP/SP
 ASSINATURA Ricardo Dias da Silva

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190459829 **Cidade:** Pedras de Fogo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICARDO DIAS DA SILVA **Data do acidente:** 16/03/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS E FIOS DE KIRSCHNER. ALTA (PÁG 5).

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0262977/19

Vítima: RICARDO DIAS DA SILVA

CPF: 319.636.448-83

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RICARDO DIAS DA SILVA

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

RICARDO DIAS DA SILVA : 319.636.448-83

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: 02/08/2019
Nome: RICARDO DIAS DA SILVA
CPF: 319.636.448-83

RICARDO DIAS DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/08/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190459829 **Cidade:** Pedras de Fogo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICARDO DIAS DA SILVA **Data do acidente:** 16/03/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS E FIOS DE KIRSCHNER. ALTA (PÁG 5).

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

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