

Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE PAULINO VELOSO

Nº Sinistro: 3180536262

Vítima: JOSE PAULINO VELOSO

Data do Acidente: 06/04/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180536262**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13596136



Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180536262

Vítima: JOSE PAULINO VELOSO

Data do Acidente: 06/04/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE PAULINO VELOSO

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





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, 04 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3180536262

Vítima: JOSE PAULINO VELOSO

Data do Acidente: 06/04/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180536262

Vítima: JOSE PAULINO VELOSO

Data do Acidente: 06/04/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE PAULINO VELOSO

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

Comprovante de residência incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180536262

Vítima: JOSE PAULINO VELOSO

Data do Acidente: 06/04/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE PAULINO VELOSO

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

Comprovante de residência não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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, 27 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180536262

Vítima: JOSE PAULINO VELOSO

Data do Acidente: 06/04/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE PAULINO VELOSO

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\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: **JOSE PAULINO VELOSO**

Valor: **R\$ 945,00**

Banco: **104**

Agência: **000000037**

Conta: **0000051018-5**

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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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

023487 174 17

Jose Paulino Vilela

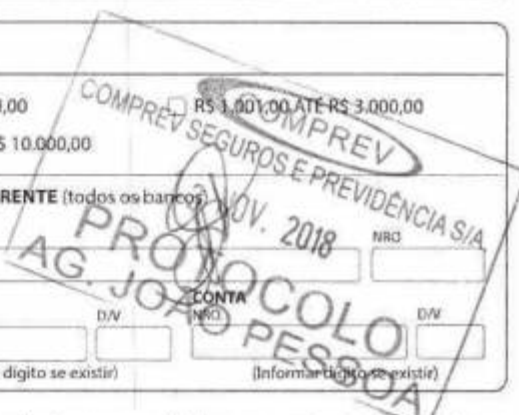
DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Jose Paulino Vilela	023487 174 17	Recuso
Endereço	Número	Complemento
R. Tertuliano Crispiniano Mata	105	
Bairro	Estado	CEP
Ornato Geisel	PB	58075-070
Cidade		Telefone (DDD)
João Pessoa		
Email		

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	☐ ATE R\$ 1.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ 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 NRO. 0037 D/V (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 51018 D/V (Informar dígito se existir)	☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome AGÊNCIA NRO. D/V (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.

João Pessoa, 13 de Novembro de 2018

Local e Data

Jose Paulino Vilela

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
Data: sorteios de segunda-feira a sábado. Após
292-581543026-5
19/OUT/2018 HORA DE 15:35:43
CNPJ: 13.022522-3 TERM 064325
LOCALIDADE: JOÃO PESSOA
AG. VINCULADA: 0037 CONTROLE: 292400583
COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FACIL
NOME: JOSE PAULINO VELOSO
AGENCIA: 0037
GERAÇÃO: 013
QUANTIA-DV: 000,000,051,018-5
DATA DA ABERTURA: 19/10/2018
LOTÉRIAS CAIXA
292-581543026-5
VIA

Loterias CAIXA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
13 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180536262
Nome do(a) Examinado(a): Jose Paulino Veloso
Endereço do(a) Examinado(a): R Tertuliano Crispiniano Mata, 105 1
Ernesto Geisel Joao Pessoa PB CEP: 58075-070
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 2114435
Data local do acidente: [06/04/2016]
Data local do exame: [15/02/2019] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTSE COM PLACA E PARAFUSOS, FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.
Data da Alta: 25/07/2016

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO ANTEBRAÇO ESQUERDO, HIPOTROFIA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DA PRONO-SUPINAÇÃO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

APRESENTA LIMITAÇÃO DA PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO SUPERIOR - Lado Esquerdo

% do dano: ☒ (X) 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

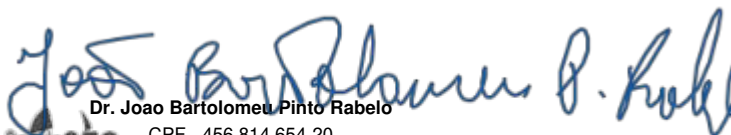
% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00177.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00177.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:15 horas do dia 26 de janeiro de 2017, 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 Francisco Deusdedit Leitão Filho, comigo, Agente de Investigação do seu cargo, ao final assinado, compareceu **José Paulino Veloso**, CPF nº 023.487.174-17, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Motorista, filho(a) de Maria José Paulino Monteiro e José Martins Veloso, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 03/05/1977 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Engenho Velho, Nº S/N, bairro Distrito Industrial, tendo como ponto de referência Próximo a Igreja Evangélica Betel Brasileiro, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98880-9383.

Dados do(s) Fatos:

Local: Em Frente a Loja Novo Rumo Honda, João Pessoa/PB, ; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 06/04/16 22:30h. Tipificação: **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

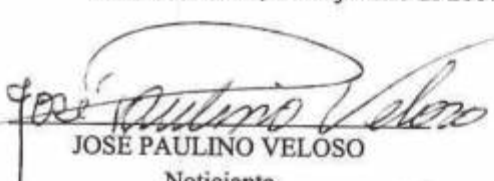
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

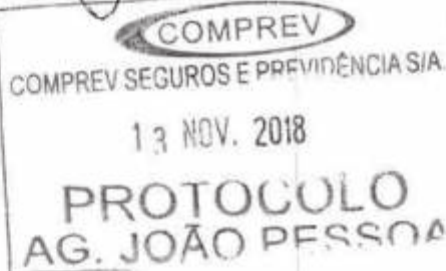
Que, no dia 06/04/2016, por volta das 22:30 hs, quando conduzia a motocicleta de marca HONDA/CG 150 TITAN ESD, de cor preta, ano 2011, placa OEX0767/PB, chassi: 9C2KC1650BR545733, registrada em nome de Josenilton paulino Veloso, pelo cruzamento da AV. João machado com a AV. vasco da gama, quando uma motocicleta obstruiu sua passagem fazendo com que atingisse a lateral esquerda, perdendo o controle de direção caindo ao solo e em decorrência desse fato veio a sofrer fratura de rádio distal esquerdo. Sendo socorrido pelo Samu e conduzido ao Complexo Hospitalar de Mangabeira, nesta capital

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


RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO
Agente de Investigação

João Pessoa/PB, 26 de janeiro de 2017.


JOSÉ PAULINO VELOSO
Noticiante



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)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Jose Paulina Ribeiro

CPF da Vítima

02348717417

Data do Acidente

06/04/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Jose Pessoa 12 de Novembro de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 841939 Atd: Nao Regul
Data: 06/04/2016
Hora: 23:23:04
Recepcionista: GABRIELA DA COSTA SE
Clinica: TRAUMATOLOGICA *cirurgica*

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JOSE PAULINO VELOSO

Num. Prontuario: 2016.04.000501

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 32343738

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 03/05/1977 Id: 38 ano(s)

End.: SÍTIO ENGENHO VELHO,

Bairro: DISTRITO INDUSTRIAL Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Pai: JOSE MARTINS VELOSO

Mae: MARIA JOSE PAULINO MONTEIRO

Ocupação:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: JOSE PAULINO VELOSO

Cl/Doc. Responsavel: 32343738 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: OUTRO AVENIDA JOAO MACHADO

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO MOTOXMOTO AS 23:00/AV. JOAO MACHADO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: 1,10 x 80

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia: 250

IMC:

Circ. Abd:

O2%: 96%

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

Observações

Queixa Principal

Colisão moto/moto - Suspeita de fratura
radio e ulna

COMPREV
13 NOV 2016
PROTOKOLO
AGUARDANDO
JOAO PESSOA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vitima de acidente de moto
e 30', curando dor + edema. Ao chegar: LATE,
ME: dor + edema (3+/4+), CV: normal.

Diagnostico

Conduta

Fx radio-ulna E.

1) Internado em UO
cirurgica

Prescrição

Horario da medicacao

Dr. Marcos Micael F. Duarte
Médico
CRM-PB 9416
CREMEPE 23-238

Data e Hora# | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Francisca Ivonete Alves
Assistente Social |
CRESS 2734-13ª Reg. PB

Paciente José Paulo
a família assinou
a alta pedida, alegando
que irão fazer a
cirurgia particular.
A esposa Katia José
H. Samaritano e agenda

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Ivonete Alves

Assistente Social

CRESS 2734-13ª Reg. PB

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

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: 20/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE PAULINO VELOSO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000051018-5

Nr. da Autenticação 843457A43BE59181



JOSE PAULINO VELOSO

R. TERTULIANO CRISPINIANO MATA, 105
ERNESTO GEISEL
58075-070 JOAO PESSOA PB

COMBO MULTI

Código
907/009719232

Vencimento
25/09/2018

Valor:
71,04

Forma de Pagamento
BOLETO BANCÁRIO

CPF/CNPJ
02348717417

PARA 2ª VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSO NET.COM.BR

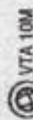


Importante:

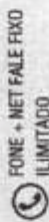
Mantenha seu e-mail e telefones sempre atualizados. Acesso net.com.br, opções Minha NET > Minha Assinatura.
Atenção: o cancelamento de seus serviços NET, durante o período de permanência mínima, estará sujeito à cobrança de multa contratual.

Dados mantidos considerados como importantes, encontram-se na NF da NET. Salvo das informações sobre NF.

Minha NET:



VTA 10M



FONE + NET FALÉ FIXO
ILIMITADO



SERVIÇOS MÓVEIS

descrição

NET Virtua +

Serviços Móveis

Itens Eventuais

total

80,67

61,58

-71,21

Valor total

71,04



NET VIRTUA +

Parcelamento NET VIRTUA +

STANLEY A 37/64/13 MEMBRANHA VIRTUA VTA 10M

Sub-Total Mensalidade NET VIRTUA +

Total NET VIRTUA +

80,67

80,67

80,67

Serviços Móveis

Mensalidade Claro

Total Serviços Móveis

61,58

61,58

Itens Eventuais

Outras

POTO EXTRATO A MAIOR

POTO EXTRATO A MAIOR

Sub-Total Outros

Total Itens Eventuais

-46,70

-4,48

-71,21

-71,21

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
13 NOV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARA 2ª VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSE NET.COM.BR

001/004

Importante

Mantenha seu e-mail e telefone sempre atualizados.
Assinaturas online de: Agência NET, NET e NET.
Atenção: a cancelamento de sua assinatura NET, decorre do
prejuízo de atendimento presencial, para a qual não cabem
regras contrárias.

Minha NET:

- BOA LARGA NET
EMPRESAS 60 MEGA FID
- FONE EMPRESA BRASIL
TOTAL 1L

descrição

- NET VIRTUA +
- NET Fone

total

145,00

54,99

Valor total
199,99

NET VIRTUA +

Mensalidade NET VIRTUA +

01/09/18 a 30/09/18 MENSALIDADE VIRTUA BOA LARGA NET EMPRESAS 60 MEGA FID 145,00

Sub-Total Mensalidade NET VIRTUA + 145,00

Total NET VIRTUA + 145,00

NET Fone

SERVIÇO DURAÇÃO 0,00

LIGAÇÕES LOCAIS 02min 54,99

ASSINATURA 54,99

Total NET Fone 54,99



**TUDO O QUE VOCÊ PRECISA SABER
SOBRE A TV E O ENTRETENIMENTO**

Os grandes astros de Hollywood, as dicas dos melhores filmes, séries e as atrações mais quentes da TV por assinatura, você encontra na revista **MONET**. Confira também um superguia com a programação da **NET**, incluindo o **NOW**.

Acesse net.com.br/monet e assine já!

Prêmio Veículos de Comunicação > Melhor Revista Customizada

Assinatura disponível para clientes NET, consulte disponibilidade em sua cidade.

- Para atendimento presencial consulte os endereços no site net.com.br
- Evite o cancelamento de seu sinal eletronicamente e pagamento até a data do vencimento. NET dilata ao Serviço/SCPI.
- Para pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%.

Caso estejam serviços prestados e não cobrados, esses serão incluídos nas suas próximas faturas.
Deficiente Auditivo e de Fala ligue 0800 721 7767 - É preciso realizar a ligação com um telefone adaptado com dispositivo TDD (Dispositivo de Telecomunicações para Surdos).
Ligue 4004-7777 para atendimento técnico, financeiro e compra de serviços (custo de ligação local).

Central de Atendimento NET: 0800-7217767
(deficientes auditivos)
Ouvidoria 08007010100

REGISTROS DE ATENDIMENTO
907182780720744
907182780585626
907182780585626
907182780585618
907182781300056

Autenticação Mecânica

Pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%. Os encargos de pagamentos efetuados após o vencimento serão cobrados na próxima fatura.

Atenção efetue seus pagamentos nos bancos conveniados a seguir: BANCO BRADESCO S.A., BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A., BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A, BANCO DE BRASÍLIA S.A., BANCO DO BRASIL S.A., BANCO DO ESTADO DO PARA, BANCO ITAU S.A., BANCO MERCANTIL DO BRASIL S.A., BANCO SAFRA S/A, BANCO SANTANDER, BANESE, BANRISUL, CAIXA ECONOMICA FEDERAL, CITIBANK, CPFL.

Cliente	Identificação para Débito	Mês Referência	Vencimento	Valor
JOSE EDUARDO DA SILVA	NET SERVICOS 9070145270823	Setembro/2018	10/10/2018	199,99

84640000001-0 99990296201-1 81010907000-5 00144440401-4





JOSE PAULINO VELOSO
R. TERTULIANO CRISPINIANO MATA, 105
ERNESTO GEISEL
58075-070 JOAO PESSOA PB

COMBO MULTI

Código
907/009719232

Vencimento
25/09/2018

Valor:
71,04

Forma de Pagamento
BOLETO BANCÁRIO

CPF/CNPJ
02348717417

PARA 2ª VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSO NET.COM.BR



Importante:

Mantenha seu e-mail e telefones sempre atualizados. Acesso net.com.br, opções Minha NET > Minha Assinatura.
Atenção: o cancelamento de seus serviços NET, durante o período de permanência mínima, estará sujeito à cobrança de multa contratual.

Dados mantidos considerados como importantes, encontram-se na NF da NET. Salvo das informações sobre NF.

Minha NET:

VTA 10M

FONE + NET FALÉ FIXO

ILIMITADO

SERVIÇOS MÓVEIS

descrição

NET Virtua +

Serviços Móveis

Itens Eventuais

total

80,67

61,58

-71,21

Valor total

71,04



NET VIRTUA +

Mensalidade NET VIRTUA +

STANBY A 37,96/15 MEMSALIDADE VIRTUA VTA 10M

Sub-Total Mensalidade NET VIRTUA +

Total NET VIRTUA +

80,67

80,67

80,67

Serviços Móveis

Mensalidade Claro

Total Serviços Móveis

61,58

61,58

Itens Eventuais

Outras

POTO EXTRATO A MAIOR

POTO EXTRATO A MAIOR

Sub-Total Outros

Total Itens Eventuais

-46,70

-4,48

-71,21

-71,21

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
13 NOV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 435.536.024-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Paulino Veloso inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.487.174-17 do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima Jose Paulino Veloso, inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.487.174-17, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Av. Maria Rosa</u>		Número <u>82</u>	Complemento
Bairro <u>Mamaina</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58056-384</u>
Email	Telefone comercial(DDD) <u>98663-4900</u>	Telefone celular (DDD) <u>98660-2858</u>	

J. Pessoa 30 de setembro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 435.536.024-91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Paulino Veloso inscrito
(a) no CPF sob o Nº 023.487.414-17 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima
José Paulino Veloso inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.487.414-17, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal

Endereço <u>Rua Maria Rosa</u>		Número <u>82</u>	Complemento
Bairro <u>Marina</u>	Cidade <u>José Pessoa</u>	Estado <u>PA</u>	CEP <u>58056-384</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>98663-4900</u>	Telefone celular (DDD) <u>98660-2858</u>

J. Pessoa go de outubro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Josemilson Paulino Veloso,

RG nº 3260894, data de expedição 20/10/15,

Órgão SSP PB, portador do CPF nº 106.755.59430, com

domicílio na cidade de Santa Rita, no Estado de

Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

P.075TJ43 OT Prive Aeroporto, nº 124,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Jose Paulino Veloso, cujo o condutor era

Jose Paulino Veloso.

Veículo: motocicleta

Modelo: Hondaxc 150 Titan ESD.

Ano: 2011

Placa: OE10767/PB

Chassi: 9C2KCA65082545733

Data do Acidente: 06/04/16

Local e Data: João Pessoa 01/11/2017

Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
RUA JUSCELINO KUNTSCHIK, 611 - ERNESTO GOMES - CEP 55075-400 - JOÃO PESSOA - PARAIBA - TELEFONE: (33) 3211-4078

Reconheço Por Autenticidade a firma de JOSEMILSON
PAULINO VELOSO, [103437], J. Pessoa-PB, 01/11/2017 14:51:56
Emol R\$9,23 Farpem: R\$0,27 Fepi: R\$1,85, ISS: R\$0,46. Em
test da verdade. Tabela CELEIDA COSMO FERREIRA SILVA.
Selo Digital AFZ66714-FLKM Consultar em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>



CERTIDÃO

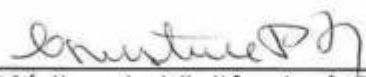
Nº. 0698/2016

Atendendo solicitação de EGUINALDO DA SILVA BATISTA JR e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 841939 e Prontuário nº 2016.04.000501 pertencentes a **JOSE PAULINO VELOSO** e que foi atendido no dia 06/04/2016 às 23H23min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em antebraço esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de rádio distal esquerdo. Alta dia 07/04/2016.

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

João Pessoa, 16 de maio de 2016


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA

R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N

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

FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 841939

Atd: Nao Regul

Data: 06/04/2016

Hora: 23:23:04

Recepcionista: GABRIELA DA COSTA SE

Clinica: TRAUMATOLOGICA *cirurgica*

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE PAULINO VELOSO

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 32343738

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 03/05/1977 Id: 38 ano(s)

End.: SÍTIO ENGENHO VELHO,

Bairro: DISTRITO INDUSTRIAL Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Pai: JOSE MARTINS VELOSO

Mae: MARIA JOSE PAULINO MONTEIRO

Ocupação:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: JOSE PAULINO VELOSO

1/Doc. Responsavel: 32343738 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: OUTRO AVENIDA JOAO MACHADO

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2016.04.000501

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO MOTOXMOTO AS 23:00/AV. JOAO MACHADO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: 310 x 80

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia: 250

IMC:

Circ. Abd:

O2%: 96%

Queixa Principal

*Colisão moto/moto - Suspeita de fratura
radio e ulna*

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispineia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vômito

Observações

*Nequa parecida com a mega
& desmancha*

COMPREV
13 NOV 2016
PROTOKOLO
JOAO PESSOA

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

*Paciente vítima de acidente de moto
e 30', curando dor + tremor. Ao exame: LOTE,
ME: dor + edema (3+/4+), CV (menor).*

Diagnóstico

Fx rádio-ulna - braço E.

Conduta

*1) Internado em UO
cirurgica*

Prescrição

Horário da medicação

Dr. Marcos Micael F. Duarte
Médico
CRM-PB 9416
CREMEPE 23-238

Data e Hora# | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Francisca Ivonete Alves
Assistente Social |
CRESS 2734-13ª Reg. PB

Paciente José Paulo
a família assinou
a alta pedida, alegando
que irão fazer a
cirurgia particular.
A esposa Kátia José
H. Samaritano e agenda

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Ivonete Alves

Assistente Social

CRESS 2734-13ª Reg. PB

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
------	--------------	------	---------	----------

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

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

Nome: Jose Porcino Udeno **Data da Admissão:** 06/04/16
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: Por bula F.

HDA: Vitória de acidente de motorista
1 hora e 20' de dor de cabeça e
ontalonia F.

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia **Audição:** _____ **Visão:** _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispnéia [] 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-reposso [] 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: NegAlergias: Sep

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 _____ 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: Exatolipemia (LDL 220)Conduta: Dr - ord

CERTIDÃO

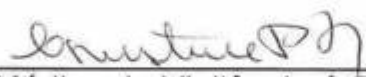
Nº. 0698/2016

Atendendo solicitação de EGUINALDO DA SILVA BATISTA JR e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 841939 e Prontuário nº 2016.04.000501 pertencentes a **JOSE PAULINO VELOSO** e que foi atendido no dia 06/04/2016 às 23H23min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em antebraço esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de rádio distal esquerdo. Alta dia 07/04/2016.

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

João Pessoa, 16 de maio de 2016


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 841939 Atd: Nao Regul
Data: 06/04/2016
Hora: 23:23:04
Recepcionista: GABRIELA DA COSTA SE
Clinica: TRAUMATOLOGICA *cirurgica*

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JOSE PAULINO VELOSO

Num. Prontuario: 2016.04.000501

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 32343738

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 03/05/1977 Id: 38 ano(s)

End.: SÍTIO ENGENHO VELHO,

Bairro: DISTRITO INDUSTRIAL Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Pai: JOSE MARTINS VELOSO

Mae: MARIA JOSE PAULINO MONTEIRO

Ocupação:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: JOSE PAULINO VELOSO

Cl/Doc. Responsavel: 32343738 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: OUTRO AVENIDA JOAO MACHADO

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO MOTOXMOTO AS 23:00/AV. JOAO MACHADO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: 1,10 x 80

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia: 250

IMC:

Circ. Abd:

O2%: 96%

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

Observações

Queixa Principal

Colisão moto/moto - Suspeita de fratura
radio e ulna

COMPREV
13 NOV 2016
PROTÓCOLO
AG 000501
JOAO PESSOA

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Paciente vítima de acidente de moto
e 30', curando dor + tremor. Ao exame: LOTE,
ME: dor + edema (3+/4+), CV: normal.

Diagnóstico

Conduta

Fx radio-ulna E.

1) Internado em UO
cirurgica

Prescrição

Horario da medicacao

Dr. Marcos Micael F. Duarte
Médico
CRM-PB 9416
CREMEPE 23-238

Data e Hora# | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Francisca Ivonete Alves
Assistente Social |
CRESS 2734-13ª Reg. PB

Paciente José Paulo
a família assinou
a alta pedida, alegando
que irão fazer a
cirurgia particular.
A esposa Kátia José
H. Samaritano e agenda

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Ivonete Alves

Assistente Social

CRESS 2734-13ª Reg. PB

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
------	--------------	------	---------	----------

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

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

Nome: Jose Porcino Udeno **Data da Admissão:** 06/04/16
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: Por bula F.

HDA: Vitória de acidente de motorista
1 hora e 20' de dor de cabeça e
ontalonia F.

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispnéia [] 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-reposso [] 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: NegAlergias: Sep

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 _____ 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: Exatolipidemia (LDL 220)Conduta: Dr - ord

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
INSTITUTO NACIONAL DE REGISTRO E TITULAÇÃO
NATIONAL INSTITUTE OF REGISTRATION AND TITULATION

PARAÍBA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1660769101

NOME
JOSE PAULINO VELOSO

CPF
023.487.174-17

DATA NASCIMENTO
03/05/1977

MARCA
JOSE MARTINS VELOSO
MARIA JOES FARIAS
MONTENEGRO

PROFISSÃO
[REDACTED]

SEX
[REDACTED]

COLOR
[REDACTED]

1ª ENDEREÇO
02856577923

2ª ENDEREÇO
11/09/2023

3ª ENDEREÇO
18/12/1986

ASSINATURA
[REDACTED]

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
20/09/2018

CPF
49686495162
PB037500937

PARAÍBA

PROIBIDO PLASTIFICAR
1660769101

DE ACORDO COM A LEI Nº 8.912 DE 6 DE JULHO DE 1994

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
13 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
13 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
13 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180536262 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE PAULINO VELOSO **Data do acidente:** 06/04/2016 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO ANTEBRAÇO ESQUERDO, HIPOTROFIA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DA PRONO-SUPINAÇÃO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO RÁDIO, PORÉM RESULTOU EM LIMITAÇÃO DA PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 15/02/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180536262

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE PAULINO VELOSO

Data do acidente: 06/04/2016

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO ANTEBRAÇO ESQUERDO, HIPOTROFIA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DA PRONO-SUPINAÇÃO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: HOUE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO RÁDIO, PORÉM RESULTOU EM LIMITAÇÃO DA PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 15/02/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180536262 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE PAULINO VELOSO **Data do acidente:** 06/04/2016 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO 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:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCRREVENDO 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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180536262 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE PAULINO VELOSO **Data do acidente:** 06/04/2016 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180536262 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE PAULINO VELOSO **Data do acidente:** 06/04/2016 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0413669/18

Número do Sinistro: 3180536262

Vítima: JOSE PAULINO VELOSO

CPF: 023.487.174-17

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 06/04/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE PAULINO VELOSO

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSE PAULINO VELOSO : 023.487.174-17

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: 07/02/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/02/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0413669/18

Número do Sinistro: 3180536262

Vítima: JOSE PAULINO VELOSO

CPF: 023.487.174-17

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 06/04/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE PAULINO VELOSO

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

Declaração Circular SUSEP 445/12

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: 03/12/2018
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0413669/18

Número do Sinistro: 3180536262

Vítima: JOSE PAULINO VELOSO

CPF: 023.487.174-17

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 06/04/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE PAULINO VELOSO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 02/01/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0413669/18

Vítima: JOSE PAULINO VELOSO

CPF: 023.487.174-17

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 06/04/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE PAULINO VELOSO

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE PAULINO VELOSO : 023.487.174-17

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: 13/11/2018
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0413669/18

Número do Sinistro: 3180536262

Vítima: JOSE PAULINO VELOSO

CPF: 023.487.174-17

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 06/04/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE PAULINO VELOSO

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSE PAULINO VELOSO : 023.487.174-17

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: 31/01/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA