
Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190597035

Vítima: ALBA DA SILVA DUARTE

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALBA DA SILVA DUARTE

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, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190597035

Vítima: ALBA DA SILVA DUARTE

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ALBA DA SILVA DUARTE

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

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

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 13/07/2019, emitido pelo Dr. THALES F SEABRA CRM nº 7124 - PB, da Instituição COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 036 48 68/19 3 - CPF da vítima: 059.020.254-51 4 - Nome completo da vítima: Alba da Silva Duarte

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

5 - Nome completo: Alba da Silva Duarte 6 - CPF: 059.020.254-51
7 - Profissão: N Informou 8 - Endereço: Sit Apoc 9 - Número: 011 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Anax Rural 12 - Cidade: São José dos Ramos 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58339-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83 991928028

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)

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

AGÊNCIA: 0033 CONTA: 52784 4

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 (val rescor)? ☐ 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

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, _____

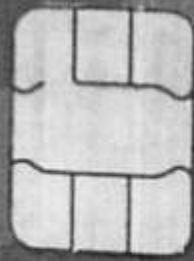
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA

POUPANÇA



5067 2218 6889 3497

5067

VALIDO ATÉ

10/24

ALBA DA SILVA DUARTE

1033 013 00052784-4

elo



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00239.01.2019.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00239.01.2019.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:34 horas do dia 17 de outubro de 2019, 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 Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Alba da Silva Duarte**, CPF nº 059.020.254-51, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Autônoma, filho(a) de Leide Maria da Silva e Aloizio Venâncio Duarte, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 20/10/1985 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Aposentado João Francisco de Lira, Nº 56, complemento BLOCO 2B APT 102, bairro Distrito Industrial, tendo como ponto de referência Bairro das Industrias, na cidade de João Pessoa/PB.

Dados do(s) Fatos:

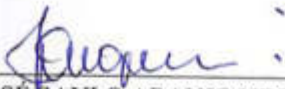
Local: Cidade São José dos Ramos, São José dos Ramos/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 13/07/19 09:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **Art. 303 Caput da Lei 9.503/97 (Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor)**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE a notificante relata que trafegava com o veículo/ motocicleta, marca e modelo: HONDA NXR 125 BROS ES DE COR VERMELHA, ANO E MODELO: 12005, PLACA: KJU 4318 -PE, CHASSI :9C2JUD20205R0288870, registrado em nome do notificante; QUE relata que trafegava normalmente em sua quando nessa ocasião chovia bastante e que devido essa chuva a notificante perdeu o controle e veio a cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1434/2019, EXPEDIDO PELA DRª SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 13/07/2019, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S 91,7.

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

João Pessoa/PB, 17 de outubro de 2019.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


ALBA DA SILVA DUARTE
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 030 98 68 / J9 3 - CPF da vítima: 059.020.254-51 4 - Nome completo da vítima: ALBA da SILVA DUARTE

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

5 - Nome completo: ALBA da SILVA DUARTE 6 - CPF: 059.020.254-51
7 - Profissão: N Informou 8 - Endereço: Sit Apoc 9 - Número: 011 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Lages Rural 12 - Cidade: São José dos Ramos 13 - Estado: PB 14 - CEP: 50339000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83 991928028

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)

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

AGÊNCIA: 0033 CONTA: 52784 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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(vainzaca)? ☐ 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

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, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CERTIDÃO

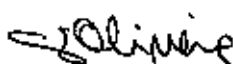
Nº. 1434/2019

Atendendo solicitação de ABRAÃO COSTA FLORÊNCIO DE CARVALHO 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 Nº244604 pertencentes a **ALBA DA SILVA DUARTE**, que foi atendida dia 13/07/2019 às 12H43min, vítima de queda de moto, apresentando corte contuso em pé direito.

Submetida a avaliação médica e exame de imagem que não evidenciou fratura. Feito sutura e liberado.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à Saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 26 de agosto 2019



Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2969

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO 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: 244604 Atd: Nao Regul
Data: 13/07/2019
Hora: 12:43:12
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER S
Clinica: ~~CIRURGICA~~

DADOS DO PACIENTE

Nome: ALBA DA SILVA DUARTE

CNS: 700702918124174 Sexo: M IDENTIDADE: 2735543 Fone: 996637953

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 20/10/1985 Id: 33 ano(s)

End.: SITIO SAMUEL, OCELL- JANSEN ENTIADO

Bairro: ZONA RURAL Cidade: PILAR UF: PB

Mãe: LEIDE MARIA DA SILVA

Pai: ALOIZIO VENANCIO DUARTE

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: JANSEN

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE ITABAIANA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.07.001508

Escolaridade: NAO INFORMADO

Escolaridade:

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO PROXIMO ONDE MORA, CARONA

Vitima de violência por: HOJE PELA MANHA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:
EC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

QUEDA DE MOTO COM CORTE CONTUSO EM PE D

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Observacao

ALEGA ALERGIA A SURFA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Pt. vicia de cliente de mahe,
quintando lras contusivas em pi D, ragnate,
com dent edma.

Diagnostico

Trauma de

Furto com
contusos em

Conduta

① LMC c/ SF 0,37.

② Remoção dos
kashen anestolizache

Prescrição

Horario da medicacao

③ Sutra por planos

④ Imobiliz

⑤ Retorno ao ambulatório

⑥ Alta

Dr. THADEUS S. SEABRA
MEDICO CRM 7124
ORTOPEDISTA

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

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

Alba da Silva Duarte

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



Governo do Estado da
Secretaria de Saúde
Hospital Regional de Itabaiana

Serviço Social

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

FICHA N°

DATA:

PACIENTE:

Alba da Silva Duarte

ORIGEM:

SOLICITANTE:

CLÍNICA:

Motivos do Encaminhamento

*paciente em tratamento de fisioterapia de Membros
e Lombar em MTD calcanhar e pé
exposto para tratamento de Lombar
e Osteoporose.*

*Jr. André Luiz B. R.
Médico Cirurgião Geral
CRM 712 104-5*

Medicação administrada

Encaminhamento para:

Serviço Social

Atendimento (osteoporose)

PROIBIDO PLASTIFICAR

1290103129



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1290103129



DETRAN - PB (PARAIBA)

41927012546
PB032886233

ASSINATURA DO EMISSOR

João Pessoa

JOÃO PESSOA, PB

LOCAL

ASSINATURA DO PORTADOR

Alba da Silva Duarte

12/07/2016

DATA EMISSÃO



OBSERVAÇÕES

05521169004

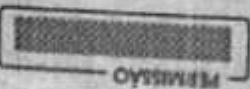
Nº REGISTRO

11/07/2021

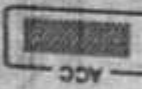
VALIDADE

21/06/2012

1ª HABILITAÇÃO



PERMISSÃO



ACC



CATIA

ATOIZIO VENANCIO
DUARTE
LEIDE MARIA DA SILVA

FIJACAO

059.020.254-51

CPF

20/10/1985

DATA NASCIMENTO

2735543

SSP

PB

DOC IDENTIDADE / OUTRO EMISSOR UF

ALBA DA SILVA DUARTE

NOME

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO
CARTeira NACIONAL DE HABILITACAO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190597035 **Cidade:** São José dos Ramos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALBA DA SILVA DUARTE **Data do acidente:** 13/07/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO-CONTUSO NO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (SUTURA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG 2 13/07/2019 DR. THALES F SEABRA CRM 7124.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190597035 **Cidade:** São José dos Ramos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALBA DA SILVA DUARTE **Data do acidente:** 13/07/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO-CONTUSO NO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (SUTURA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG 2 13/07/2019 DR. THALES F SEABRA CRM 7124.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367868/19

Vítima: ALBA DA SILVA DUARTE

CPF: 059.020.254-51

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 13/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALBA DA SILVA DUARTE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ALBA DA SILVA DUARTE : 059.020.254-51

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/10/2019
Nome: ALBA DA SILVA DUARTE
CPF: 059.020.254-51

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

ALBA DA SILVA DUARTE

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA