
Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190422853

Vítima: DANIEL BARBOSA OLIVEIRA

Data do Acidente: 29/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DANIEL BARBOSA OLIVEIRA

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

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190422853

Vítima: DANIEL BARBOSA OLIVEIRA

Data do Acidente: 29/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANIEL BARBOSA OLIVEIRA

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, 30 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190422853

Vítima: DANIEL BARBOSA OLIVEIRA

Data do Acidente: 29/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIEL BARBOSA OLIVEIRA

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: **DANIEL BARBOSA OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000041**

Conta: **000000450216-2**

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: 3 - CPF da vítima: 041.925.884-12 4 - Nome completo da vítima: Daniel Barbosa Oliveira

5 - Nome completo: Daniel Barbosa Oliveira

7 - Endereço: Rua João Pereira de Moraes 9 - Número: 378 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: São João do Cariri 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58590-000

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: 21 - DADOS BANCÁRIOS: RECURSO INFORMAR SEM RENDA R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ACIMA DE R\$5.000,00

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

AGÊNCIA: 0041 013 CONTA: 00450216 2

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 alegado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização 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 indenização não significa a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso disconte de 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? Sim Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(nasceres)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos? Sim 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 provar em 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 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Procurador (se houver)

INSTITUO DE PREVIDENCIA SOCIAL
INSTITUO DE PREVIDENCIA SOCIAL
INSTITUO DE PREVIDENCIA SOCIAL

1310313073

CAIXA

POUPANÇA

5067 2250 0051 7047

5067

VALEDATE
10/26

DANIEL BARBOSA OLIVEIRA

0041 013 00450216-2

elo

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
11 JUL. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

11 JUL. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 091/2019



Aos CINCO dias do mês de JULHO do ano de dois mil e DEZENOVE, por volta das 10:10 horas, nesta cidade de São João de Cariri/PB, na Delegacia de Policia, sob a responsabilidade do Del. Pol. José Edson de Vasconcelos, comigo escrivã (o), em seu cargo, compareceu o Sr. DANIEL BARBOSA OLIVEIRA, brasileiro, casado, desempregado, natural de Gurjão/PB, com 37 anos de idade, nascido em 27/03/1982, RG nº 2.452.593 - SSP/PB, CPF nº 041.925.884-12, filho de Balbino Inácio de Oliveira e de Josefa Eunice de Oliveira, com endereço na Rua João Pereira de Moraes, 45, Centro, São João do Cariri/PB, (83) 98700-6046 para notificar: QUE, informa o Notificante ter sofrido acidente no dia 29 de Janeiro do corrente ano, quando trafegava pela BR-412, nas imediações do Sítio Santa Clara, Zona Rural desta cidade de São João do Cariri/PB, por volta das 18:30hs; QUE, recorda o Notificante que o acidente ocorreu devido a colisão em uma ovelha que passava pela BR-412, vindo a se cochar contra esta no veículo que conduzia, a saber 01(uma) Motocicleta HONDA BIZ 125 ES, Ano/Modelo 2007/2007, de cor Preta, Placa MNV-5157/PB, Chassi 9C2JA04207R093136, Renavam 0092859035-6, Licenciada em nome de ANDERSON GOUVEIA; QUE, após a colisão, perdeu o controle do veículo, caindo ao solo, restarando do acidente além de danos materiais no veículo, em diversas partes deste, como por exemplo: frente, carenagem, lesões no corpo do Notificante, mais precisamente fratura em seu punho esquerdo, e eescoriações diversas; QUE, o Notificante foi socorrido inicialmente por um popular ROMERO, que trafegava pela BR-412, trazendo-o até a cidade de São João do Cariri/PB, deixando-o em sua residência, de onde foi encaminhado através do SAMU desta cidade até o Hospital de Emergência e Trauma na cidade de Campina Grande/PB, onde ficou internado aguardando procediemnto cirurgico; QUE, informa ainda o Notificante, que passou 02 (Dois) dias aguardando internado no Hopsital de Trauma, após isto, sendo viabilizada internação no Hospital Antônio Targino para realização da Cirurgia, também permanecendo por igual período de 02 (dois) dias neste Hospital; QUE, efetua este registro para fins de pelitera os Beneficios do Seguro DPVAT; QUE, o Notificante possui

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Policia
2ª Superintendência Regional de Policia
14ª Delegacia Seccional de Policia Civil
Delegacia de São João do Cariri



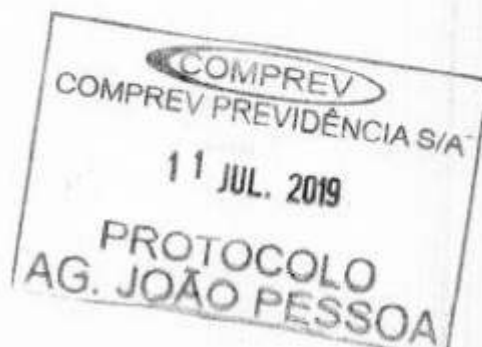
GOVERNO
DA PARAÍBA



CNH, Categoria AB, Nº de Registro 05057729144, Válida até 31/07/2020, e o Veículo que conduzia no momento do acidente está com exercício regular. E mais não disse.

NOTIFICANTE: David Barbosa civilista

POLICIAL CIVIL: M. J. S. A.



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: 3 - CPF da vítima: 041.925.884-12 4 - Nome completo da vítima: Daniel Barbosa Oliveira

5 - Nome completo: Daniel Barbosa Oliveira

7 - Endereço: Rua João Pereira de Araújo 9 - Número: 378 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: São João do Cariri 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58590-000

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: 21 - DADOS BANCÁRIOS: RECURSO INFORMAR SEM RENDA R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ACIMA DE R\$5.000,00

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

22 - DADOS BANCÁRIOS: CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (301) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

AGÊNCIA: 0041 013 CONTA: 00450216 2 AGÊNCIA: CONTA:

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 alegado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização 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 indenização não significa a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso dissona 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? Sim Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(nasceres)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos? Sim 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 provar em 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 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Procurador (se houver)

INSTITUO DE PREVIDENCIA SOCIAL
INSTITUO DE PREVIDENCIA SOCIAL
INSTITUO DE PREVIDENCIA SOCIAL

1310313073
1310313073

INSTITUO DE PREVIDENCIA SOCIAL
INSTITUO DE PREVIDENCIA SOCIAL
INSTITUO DE PREVIDENCIA SOCIAL



COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
11 JUL. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



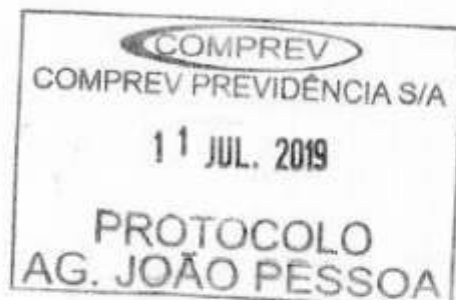
ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO CARIRI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
REGIONAL MONTEIRO



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que o serviço de atendimento Móvel Urgência-Samu de São João do Cariri-PB, realizou o atendimento a Sr **Daniel Barbosa Oliveira**, CPF:041.925.864-12, ID:2452593 SSP-PB, ocorrido no dia 29-01-2019 às 18:36.NA BR 412 próximo a ponte do sitio santa clara município de são João do cariri-PB. Sendo socorrido por terceiro guando a viatura chegou no local, ao retornamos para base formos acionado que o mesmo se encontraria neste endereço rua Alexandrino Cantalice S/N centro da cidade são joão do cariri-PB.

Do que constar dato e assino a presença declaração, para que surta efeitos legais.



São João do Cariri, 05 de fevereiro de 2019.

Coordenadora de enfermagem

SAMU 192-Base descentralizada 04



GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA CLASS. DE RISCO: VERMELHO PRONT (B/E) Nº-1823030

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52 Av. Mal Floriano Peixoto, 4700 - Malinas, Campina Grande - PB, CEP: 56432-809 Data: 29/01/2019

PACIENTE: DANIEL BARBOSA OLIVEIRA CEP-58590000 Nascimento: 27/07/1982

Endereço: JOÃO PESSOA Sexo: M Telefone: 987006046

Cidade: São João do Carri Idade: 036 Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: JOSEFA EUNICE DE OLIVEIRA RG: 2452593 Nº: 110

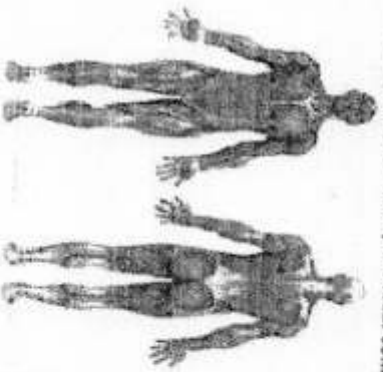
Responsável: CPF: 04192588412 Profissão: PORTEIRO

Estado Civil: Casado(a) Data de Atendimento: 29/01/2019 CNS: 708003375376227

Motivo: QUEDA DE MOTO Hora: 20:15:22 CONVÊNIO: SUS

Médico: CRM: Especialidade:

OBS FICHA: MECANISMOS DO TRAUMA LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



- 1. Abrasão 2. Amputação 3. Avulsão 4. Contusão 5. Crispação 6. Dor 7. Edema 8. Empalhamento 9. Entorse subcutânea 10. Entorse 11. Equimose 12. F. Arma branca 13. F. Arma de fogo 14. F. Cortante 15. F. Cortante 16. F. Corto-cortante 17. F. Perfuro-cortante 18. F. Perfuro-cortante 19. Fratura óssea fechada 20. Fratura óssea aberta 21. Hematoma 22. Injuriamento Venoso 23. Laceração 24. Lesão tendinosa 25. Luxação 26. Mordedura 27. Movimento torácico paraxial 28. Objeto Enfiado 29. Ocorrência 30. Paralisia 31. Pericú 32. Paratissia 33. Queimadura 34. Rivotragia 35. Sinal de isquemia 36.

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID: *trauma físico*

HTCC-Pront Administrativo

EXAME PRIMÁRIO: DSC COS

Paciente vítima de acidente de moto há 2 h 15, com escoriações e suscitad de fratura de punho esquerdo e lacerações dos membros superiores do membro superior esquerdo, com fratura de base do 5º dedo da mão esquerda.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS: *isocóricas* () Anisocóricas ()

Glasgow: *15* M: *150/100* HGT: *263* SAT: *95* FC: *69*

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia () Gasometria arterial () Radiografias () Tomografia Computarizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *ORTOPEDIA* às : Dia / /

Especialista: às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

1 *Spasmo de 2h + analg.* *João*

2 *Spasmo de 2h + analg.* *João*

3 *Spasmo de 2h + analg.* *João*

4 *Spasmo de 2h + analg.* *João*

5 *Spasmo de 2h + analg.* *João*

6 *Spasmo de 2h + analg.* *João*

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. João Pedro CRM: 4175

COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 11 JUL. 2019 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-870 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
DISSQUE 800-100000
MATRÍCULA

68885873

REFERÊNCIA

JUN/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

DANIEL BARBOSA OLIVEIRA
RUA JOAO PEREIRA DE MORAIS, S/N - CENTRO S. JOAO
DO CARIRI PB 58590-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Outros	
032.001.017.0145.000	000	1	0	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
Y15N248003	22/09/2016	EXTERNO	LIGADO	POTENCIAL

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NÚM DE DIAS	PROXIMA LEITURA
134	191	7	29	23/07/2019

HIST. CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.

PERÍODO	VALOR	PARAMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
MAI/2019	3	TURBIDEZ	0	0
ABR/2019	13	CLORO	0	0
MAR/2019	20	COL. TERMO	0	0
FEV/2019	11	CON.	0	0
JAN/2019	12	COL. TOTAIS	0	0
DEZ/2018	5	DADOS REFERENTES A: ABR/2019		
MEDIA(M)	11			

DATA DA IMPRESSÃO: 25/06/2019 HORA DA IMPRESSÃO: 09:48:25

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	7 M3	37,91
ESGOTO		
ACRESCIMOS (S) MES(S) ANT. 06/2019		1,73
JUROS DE MORA 03/2019		0,89

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 06/07/2019 Total a Pagar: R\$ 40,53

	CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA	TIPO DE TARIFA: 1
	CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL	
INFORMAÇÕES GERAIS:		
#CHEGAE TRABALHO INFANTIL		

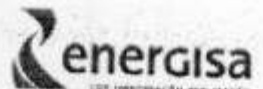
COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
11 JUL. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 003.985.991



ENERGISA BOBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 230 - KM 158 - Alto Sudoeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 - Ins. Est. 18.003.838-1

DADOS DO CLIENTE

DAYSE MANUELE GOMES DE ARAUJO SOARES
RUA VITAL FRANCISCO SILVA 63 1º ANDAR
QUEIMADAS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/201316-7

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUN/2019	17/06/2019	140	26/06/2019	R\$ 96,10

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 01/07/2019

Pagador: DAYSE MANUELE GOMES DE ARAUJO SOARES CNPJ/CPF: 079.461.674-74

RUA VITAL FRANCISCO SILVA 63 1º ANDAR - CENTRO - QUEIMADAS / PB - CEP 00000-000

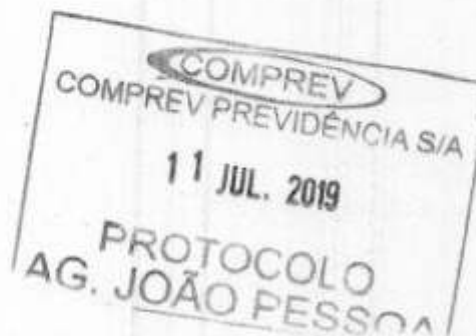
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
29574500000182637	000201316201906	26/06/2019	R\$ 96,10	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA BOBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA

08.826.596/0001-95

AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190422853

Cidade: São João do Cariri

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DANIEL BARBOSA OLIVEIRA

Data do acidente: 29/01/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P2/ 10/11/12

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL DEFICIT 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



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 SUSEP 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 COAF¹.

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 José Ramos do Arayzo
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 408.289.644, 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Daniel Barbosa Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 041.925.884, 12
 do sinistro de DPVAT cobertura INVALÍDEZ da Vítima Daniel Barbosa Oliveira
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 041.925.884, 12, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
 Declaro Profissão: [assinatura] Renda: [assinatura] 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.

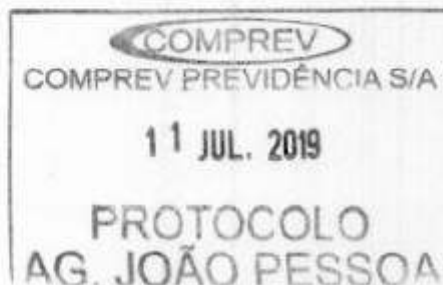
Endereço: <u>Rua Vital Francisco Silva</u>	Número: <u>63</u>	Complemento: <u>3º Andar</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Queimadas</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail:		CEP: <u>58475-000</u>
		Tel.(DDD):

Local e Data:

São João do Cariri 10/07/2019

José Ramos de Arayzo

Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, ADERSON GOUVEIA

RG nº 230.687.2

Órgão SSP. PB

data de expedição 17/05/2011, portador do CPF nº 188.610.404.20

com domicílio na cidade de São João do Cariri, no Estado de Paraíba

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Alexandrino Cantalice, nº 40

complemento 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

Daniel Barbosa Oliveira

Daniel Barbosa Oliveira

cujo o condutor era

- Veículo: MOTO Modelo: Honda Biz 125 ES Ano: 2007/2007

Placa: MNV 5157/PB Chassi: 9C2JA04207R093136

Data do Acidente: 29/01/2019

Local e Data:

São João do Cariri 10/07/19

Aderson Gouveia

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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

Cartório Almeida Barros

Gratuito em São João do Cariri - PB
Cartório de Oficial de Notas

Avenida Almeida Barros - Tabela Pública

Rua José Filipe Ramos, 15 - Centro - CEP 58100-000
São João do Cariri - PB
Fone: 33

Reconheça a firma: Autenticidade Semelhante de

Aderson Gouveia
188.610.404.20 Em testemunho da verdade

São João do Cariri - PB, 07 de 07 de 2019

Dr. Almeida Barros Consulte a autenticidade em <https://validigital.tjpb.jus.br>

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Anderson Gouveia
RG nº 230.687.2, data de expedição 17/05/2011
Órgão SSP.PB, portador do CPF nº 388.610.404-20
com domicílio na cidade de São João do Cariri, no Estado de Paraíba
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Alexandrino Cantalice, nº 40
complemento 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
Daniel Barbosa Oliveira, cujo o condutor era
Daniel Barbosa Oliveira
Veículo: Moto Modelo: Honda Biz 125 ES Ano: 2007/2007
Placa: MNV 5157/PB Chassi: 9C2JAO420FR093136
Data do Acidente: 29/01/2019

Local e Data: São João do Cariri 15/07/19

Anderson Gouveia
Assinatura do Declarante

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



Cartório Almeida Barros

Comarca de São João do Cariri - PB

Cartório 1º Oficial de Notas

Almeida Barros - Tabela Pública

Rua José Luiz Ramos, 15 - Centro - CEP: 58.580-000
São João do Cariri - PB
Fone: 83

Reconheça a firma: Autenticidade (X) Semelhança) de

Anderson Gouveia
51041063748-W7WZ Em testemunho da verdade

São João do Cariri - PB, 15/07/2019 h

Almeida Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.pb.us.br>



Ficha de Acolhimento

Nome: Daniel Barbosa Dias Reis
End: Rua 19 de Maio do Gervásio Bairro: 115
Data de Nascimento: 27-03-82 Documento de Identificação:
Queixa: Queda Data do Atend.: 29-01-19 Hora: 20:12 Documento:
Acidente de trabalho? () Sim (x) Não

de risco

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo
Frequência respiratória:
Pressão arterial:
Dosagem de HGT:
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca

Aspecto: () Calmo () Fácil de acalmar () Agitado () Com dificuldade de acalmar
Frequência cardíaca:
Temperatura axilar:
Mucosas: () Normocorada () Pálida () SSSOA

COMPROMISSAMENTE
AG. JOÃO PAULO 1 JUL. 2019
PROT. 101/SSOA

Estratificação

Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

21092012H

Paciente vítima de acidente
de moto, apresenta lesão
de tornozelo de um pé CD.

CD: Exame após
alto de cirurgia

Dr. Wagner Falcão
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RJ 80413

21:40# Cirurgia GeralH

Em Realização; hemodinamicamente es-
tável; abdome físico, acessível e inodor.
Radiografias de tórax, pelve e cervical si-
métricas. FAST negativo.

* CD: Alta de cirurgia geral aos cuidados
de ortopedia.

DESTINO DO PACIENTE / / / as : hs.

() Centro cirúrgico () Alta hospitalar / / / a revelar / / / a decisão Médica

() Internação (señor) () Alta hospitalar / / / a revelar / / / a decisão Médica



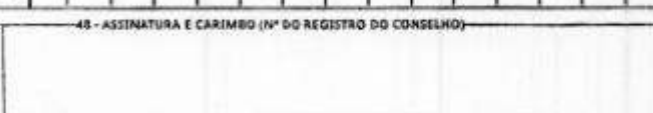
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL () Dóbil

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	QTD	CBQ	IDADE

Data da internação: 29/01/2019 Hora: 21:25:38

 SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
Identificação do Estabelecimento de Saúde								
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 - CNES				
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856				
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES				
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856				
Identificação do Paciente								
5 - NOME DO PACIENTE					6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
DANIEL BARBOSA OLIVEIRA					1823063			
7 - CARTÃO DO SUS			8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO			
708003375376227			27/03/1982		Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL					11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DE TELEFONE			
JOSEFA EUNICE DE OLIVEIRA					83 987006046			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)								
JOAO PESSOA , 110 , CENTRO								
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA								
São João do Cariri								
14 - CÓDIGO MUNICIPAL		15 - UF		16 - CEP				
251400		PB		58590000				
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO								
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS								
<p>Paciente vítima de queda de mata apresentando dor + edema + dor + dor em punha (E)</p>								
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO								
Tto curativo								
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)								
E. R. 1/2								
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
E. R. 1/2								
PROCEDIMENTO SOLICITADO								
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF		29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
02						700001174131009		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				31 - DATA DA SOLICITAÇÃO		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
EVERLAN DA SILVA MEIRA				29/01/2019				
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)								
33 - () ACIDENTE DE TRÁNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA			37 - Nº DO BILHETE		38 - SÉRIE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO								
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA			40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA								
<input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO								
AUTORIZAÇÃO								
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR						
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)						
/ /								

Diagnóstico

Barton Volan

10-4^o

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

off

Paciente: Daniel Barbosa Alojamento: 8 Leito: 4 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
30/01	Dieta 8/DM + HAS Folha Suprimento de 1ms EV 15/6h Omnipresol 20mg no jantar 1700 6/6h 1 1/2 de morfina Glic. 50%, 02 FA EV de HGT 520 INPH } 18UI manhã } 26UI noite 1ms Ref. } 20UI manhã } 18UI noite SSW + CECG	18:00 24:00 18:00 (200) 24:00 (260) 18:00 18:00	<p>Ret cur PREG estável após Der 2/4+</p> <p>NV: preservada</p> <p>Col: VPM</p> <p>Apresenta o xcms pré-op</p>

Hollisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9552

Hollisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9552



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM					
NOME: <i>Daniel Barbosa</i>					
IDADE: <i>30 anos</i>	SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: / / às			
SETOR: <i>Amarela</i>		LEITO: <i>8</i>			
DIAGNÓSTICO MÉDICO:					
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:			
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS: <i>Endapil</i>			
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:			
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:			
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input checked="" type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>		INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/>		TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>		EUPNEICO <input checked="" type="checkbox"/>
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>		POLÚRIA <input type="checkbox"/>		BRADIPNEICO <input type="checkbox"/>
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>		CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>		SVD <input type="checkbox"/>
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input checked="" type="checkbox"/>		DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/>		ACAMADO <input type="checkbox"/>
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>		HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>		S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO <input checked="" type="checkbox"/>		SNG <input type="checkbox"/>		PARESIA <input type="checkbox"/>
					SNE <input type="checkbox"/>
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>		DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>		OBESO <input type="checkbox"/>
					CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
<input checked="" type="checkbox"/>	RISCO DE QUEDA	CD/FR: <i>amb. com uso de muletas</i>			
<input type="checkbox"/>	RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:			
<input checked="" type="checkbox"/>	RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <i>AMP.</i>			
<input type="checkbox"/>	RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:			
<input type="checkbox"/>	RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:			
<input type="checkbox"/>	RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/>	RETENÇÃO URINÁRIA		
<input type="checkbox"/>	RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:			
<input type="checkbox"/>	NÁUSEA	CD/FR:			
<input checked="" type="checkbox"/>	DOR AGUDA	<input type="checkbox"/>	DOR CRÔNICA		
<input type="checkbox"/>	PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:			
<input type="checkbox"/>	MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:			
<input type="checkbox"/>	DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/>	ALIMENTAR-SE		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	PARA BANHO		
<input type="checkbox"/>	INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:			
<input type="checkbox"/>	RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:			
<input type="checkbox"/>	RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:			
<input type="checkbox"/>		CD/FR:			
<input type="checkbox"/>		CD/FR:			
<input type="checkbox"/>		CD/FR:			
<input type="checkbox"/>		CD/FR:			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL		CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA			
		FR: FATOR RELACIONADO			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			ABRAZAMENTO	ASSINATURA	
<input checked="" type="checkbox"/>	MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		<i>30</i>	<i>SD</i>	
<input type="checkbox"/>	REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.				
<input type="checkbox"/>	ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.				
<input type="checkbox"/>	INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.				
<input type="checkbox"/>	AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).				
<input type="checkbox"/>	ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.				
<input type="checkbox"/>	POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.				
<input type="checkbox"/>	MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.				
<input checked="" type="checkbox"/>	MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA.				
<input checked="" type="checkbox"/>	ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO				
<input checked="" type="checkbox"/>	REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE		<i>U MP</i>	<i>sempre</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>			<i>U MP</i>	<i>sempre</i>	

Cássia Mireilly E. da Costa
COREN-PB 306022-ENF

PACIENTE:	DANIEL BARBOSA OLIVEIRA
DATA DO EXAME:	29/01/2019

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

- Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou derrame pericárdico no presente estudo.

Fígado de dimensões e contornos normais. A árvore biliar intra e extra-hepática não apresentam sinais de dilatação. A vasculatura venosa hepática apresenta trajeto e calibre anatômicos, com veia porta de calibre normal.

Pâncreas de dimensões e padrão textural usuais para a faixa etária do paciente.

Baço de dimensões normais e textura sólida homogênea.

Rins de forma, topografia e dimensões normais, com preservação córtico-medular e parênquima renal de espessura normal. Ausência de cálculo ou hidronefrose.

Veia cava inferior e aorta abdominal de calibre e contornos normais nos segmentos visibilizados.

Bexiga de paredes regulares e textura anecóica homogênea.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou derrame pericárdico no presente estudo.

- Demais órgãos e estruturas abdominais avaliadas sem alterações relacionadas ao trauma.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoretroperitônio.


DR. ANDRÉ VENTURA
Médico Radiologista
CRM-PB 7282 | RQE-PB 5683

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Dona Divina

ALA: _____ LEITO: _____ CONVÊNIO: _____

DIAGNÓSTICO: Grav. de Anteb. 300

DATA: 30/07/19

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

MEDICAMENTOS	HORÁRIO	
1) Dico Line		
2) B2 1000 ml EV	X	X
3) Celogema - 0,2g EV 8ML	X	X
4) Voltaren 75 - 0,2g 12/12h	X	X
5) Berens + g.v.v.		

[Handwritten Signature]

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUIABÁ DESPESAS COBRADAS

UGT antes das principais refeições
IR conforme protocolo
Quere 50% 3FA KL de UGTC 10 ml

Dr. Daniele Dantas de Andrade
MÉDICA
CRM-PB 11.356

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE INTERNADO PARA CIRURGIA
SEM EXAMES

[Handwritten Signature]

03/02/19

[Handwritten Signature]

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUIABÁ DESPESAS COBRADAS

NOME: Joniel Barbosa Oliveira

IDADE: 36 A

ALA: J. Guedencio

LEITO: 106

MÉDICO: Dr. Goede

DATA: 31 / 01 / 19

MANHÃ

Paciente adm p/ procedimentos emergenciais solicitados através laboratório o mesmo deambulando em dieta zero açúcar, procedimento hoje a tarde. *Goede*

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO CUJAS DESPESAS FORAM COBRADAS AO SUS

TARDE

paciente segue mantendo quadro estável. consente. orientado, segue aguardando procedimento. emergência paciente internado em enfermaria às 19:00 consente orientado, segue as unidades da enfermagem.

Jucara Andrade de Oliveira Técnico de Enfermagem COREN 709726 PB

Jucara Andrade de Oliveira Técnico de Enfermagem COREN 709726 PB

NOITE

Paciente evolui estável, consente, orientado, afebril, eufórico, em ventosele, medicado pm, realizados cuidados e controles da enfermagem.

Marcelina Nascimento de Silva Técnico de Enfermagem COREN-PB 83.294

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO CUJAS DESPESAS FORAM COBRADAS AO SUS

NOME: *Jaquel Barbosa Lima*

IDADE:

ALA: *626/Gardencor*

LEITO: *1061*

MÉDICO:

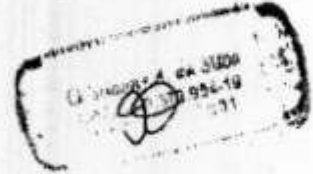
Dr. Luciano Guedes

DATA: *01/02/19*

MANHÃ

Paciente nos procedimentos estereotaxia de suturas
e realizado cuidados e controle segue
aos cuidados de enfermagem. Receber Alta hosp.
tarde

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS



TARDE

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

NOITE

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

PACIENTE: Denise BARBOSA
 N° DO PRONTO-SOLU: _____ N° DO ATENDIMENTO: _____
 DATA DA OPERAÇÃO: 31.07.19 ENFERMARIA: _____ LEITO: _____
 OPERADOR: Dr. Wilson Guedes
 1° AUXILIAR: _____ 2° AUXILIAR: _____
 3° AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____
 ANESTESISTA: Dr. Ramon TIPO DE ANESTESIA: gaseoso
 DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATÓRIO: Gravidez de 35 semanas
 TIPO DE OPERAÇÃO: cesariana
 DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO: _____
 RELATÓRIO MÉDICO DA PATOLOGIA: _____
 EXAME RADIOLOGICO NO ATO: _____
 ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: _____

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
 NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
 CUJAS DESPESAS FORAM
 COBRADAS AO SUS

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO: _____ TÉCNICA: _____ DRENAGEM: _____ TIRA-MATERNIDADE: _____ ASPECTO VISCERAL: _____

- 1) Anestesia por via gástrica
- 2) Descompressão do campo
- 3) Redução da parede abdominal
- 4) Incisão em T
- 5) Cuidados com o feto

Dr. Wilson Guedes
 CRM 34.125-2/RS

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
 NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
 CUJAS DESPESAS FORAM
 COBRADAS AO SUS

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 AUTORIDADE NACIONAL DE HABITACAO

Nome: DANIEL BARBOSA OLIVEIRA

DOC. IDENTIFIC. / GARANTIDOR ID: 2422593 GDF PE

CIT. / RUA: 041.925.884-12 DATA NASCIM. 29/03/1982

Endereço: RUA SINCIA INACIO DE OLIVEIRA JOSEFA SINCIA DE OLIVEIRA

PERM. AC. CALHA AP

NO. REGISTRO: 05057529144 VALOR: R\$ 7.720,00 DATA DE VIGENCIA: 19/10/2010

VALIDA EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS 1083376360

PROIBIDA PLANTIFICACAO 1083376360

Local: CAMPINA GRANDE, PB DATA DE VIGENCIA: 03/09/2015

57215650995
 PB031099408

Daniel Barbosa Oliveira

EXEMPLO DE COMPROVANTE DE PAGAMENTO
 DO IMPOSTO DE RENDAS IRPF 2015
 O contribuinte deve apresentar este documento ao
 Fisco para fins de deducao de despesas

Luiz Roberto de Oliveira
 Executivo de: *Yolanda de Souza*

PREV
 PREVIDENCIA S/A
 11 JUL. 2019
 PROCOLO
 JOAO PESSOA

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

EXEMPLO DE COMPROVANTE DE PAGAMENTO

IDENTIDADE Nº 01961 DATA EXP: 23/02/2013
 DOADOR DE ÓRGÃOS/TECIDOS SIM NÃO
 VALIDADE INDETERMINADA

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 CONSELHO NACIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA
 CONSELHO REGIONAL 16ª REGIÃO
 TÉCNICO EM RADIOLOGIA CTR/Nº 021511

JOSÉ RAMOS DE ARAUJO
 SEVERINO DANIEL DE ARAUJO
 IZaura Ramos de Queiroz

NASC: 11/06/1962 NATURAL: Taperoá/PB
 VALIDADE: BRASILEIRA CPF: 408.269.644-51
 ZENT: 71.6000 ORG. EXP: 8SP/PB
 RUAÇÃO: RADIODIAGNÓSTICO
 Fortaleza de Araújo Silva
 DIRETOR PRESIDENTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 CONSELHO NACIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA
 CONSELHO REGIONAL 16ª REGIÃO
 TÉCNICO EM RADIOLOGIA CTR/Nº 021511

1497902643

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1497902643

PRIMEIRO NOME: JOSÉ RAMOS DE ARAUJO

SEGUNDO NOME: SEVERINO DANIEL DE ARAUJO

TERCEIRO NOME: IZaura Ramos de Queiroz

DATA DE NASCIMENTO: 11/06/1962

LOCAL DE NASCIMENTO: Taperoá/PB

CPF: 408.269.644-51

ORGÃO EMITENTE: 8SP/PB

ENDEREÇO: RUAÇÃO RADIODIAGNÓSTICO, FORTALEZA DE ARAUJO SILVA, TAPEROÁ - PB

DATA DE EMISSÃO: 01/09/2002

VALIDADE: 01/09/2010

PARAIBA

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 11 JUL. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 230.687 - 2 VIA DATA DE EMISSÃO 17/05/2011

NOME ADESON GOUVEIA

FILIAÇÃO JOÃO MOEIS DE OLIVEIRA
MARIA FRANCISCA DA CONCEIÇÃO

MUNICÍPIO DATA DE NASCIMENTO
SÃO JOÃO DO CARIRI - PB 13/03/1968

CASAM N. 2966 FLS. 059V LIV. 805
CARTÓRIO SÃO JOÃO DO CARIRI - PB
188.510.404-20

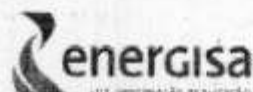
COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
11 JUL. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é exigido via de conta.

Requis para emissão: pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica - Nº 026.449.718



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 10.615.823-0

DADOS DO CLIENTE

ADERSON GOUVEIA
RUA ALEXANDRINO CANTALICE 40
SAO JOAO DO CARIRI

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/252431-2

REFERÊNCIA

JUN/2019

APRESENTAÇÃO

13/06/2019

CONSUMO

194

VENCIMENTO

16/07/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 167,70

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 02709.536177 5 79520000016770

Pagador: ADERSON GOUVEIA CNPJ/CPF: 188.610.404-20

RUA ALEXANDRINO CANTALICE 40 - CENTRO - SAO JOAO DO CARIRI / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120002709536	000252431201906	16/07/2019	R\$ 167,70	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190422853

Cidade: São João do Cariri

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DANIEL BARBOSA OLIVEIRA

Data do acidente: 29/01/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P2/ 10/11/12

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL DEFICIT LEVE 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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Beneficiário/vítima

Nome: Daniel Barbosa Oliveira

Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro

Identidade: 2452593 CPF: 041.925.884-12

Endereço: Rua Joze Pereira de Maray Nº S/N

Bairro: Centro Cidade: São João do Cariri EST: PB

Natureza do Sinistro: INVALIDEZ Data do Acid. 29/01/2019

Procurador: José Ramos de Araújo Est. Civil: Divorciado RG: 718.406 SSP-pb, CPF: 408.289.644-91, Endereço: Rua Vital Francisco da Silva, 63 1º andar centro, Queimadas – PB CEP: 58.475.000

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer seguradora pertencente ao consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da seguradora LIDER (correios, sinter(S) e corretores), a fim de receber a indenização referente ao seguro obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, credito de indenização de sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo ainda, requerer o prontuário medico, junto a qualquer hospital, para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, Os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da vítima.

São João do Cariri 10/07/2019

Local e data

Daniel Barbosa Oliveira

Assinatura do Beneficiário / Vítima

(reconhecer firma por autenticidade)

Cartório Almeida Barros Rua Amiral Bando, 15 - Centro - CEP: 58.475.000
Cidade: São João do Cariri - PB Fone: 31

Reconheço a firma: Autenticidade Semelhança
Daniel Barbosa Oliveira
041.925.884-12 - 53.60 em testemunho da verdade
São João do Cariri - PB 05 07 2019 ns
Almeida Barros Grande Autenticidade em <https://seodigital.tpb.jus.br>



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0234275/19

Vítima: DANIEL BARBOSA OLIVEIRA

CPF: 041.925.884-12

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/01/2019

Titular do CPF: DANIEL BARBOSA
OLIVEIRA

CPF de: Próprio

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

JOSE RAMOS DE ARAUJO : 408.289.644-91

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

DANIEL BARBOSA OLIVEIRA : 041.925.884-12

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: 11/07/2019
Nome: JOSE RAMOS DE ARAUJO
CPF: 408.289.644-91

JOSE RAMOS DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/07/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0234275/19

Número do Sinistro: 3190422853

Vítima: DANIEL BARBOSA OLIVEIRA

CPF: 041.925.884-12

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/01/2019

Titular do CPF: DANIEL BARBOSA
OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

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: 15/07/2019
Nome: JOSE RAMOS DE ARAUJO
CPF: 408.289.644-91

JOSE RAMOS DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



(/)



Buscar no site



A
COMPANHIA

SEGURO
DPVAT

PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)

CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICAS

SALA DE
IMPrensa

TRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados. O parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190422853 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA DANIEL BARBOSA OLIVEIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO DANIEL BARBOSA OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 04192588412

Posição em 06-03-2020 12:10:35

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX


Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
23/07/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
31/07/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	📄 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/ZhqIDO2O76qND04tS'api_key=y+J2M6vLMwe__4v9TOuYJ0ppFjzdKtUJkRos1VaoTZ1U=)
13/07/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	📄 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/lcF9kVzxXSI9rrxXYh0Wqgapi_key=y+J2M6vLMwe__4v9TOuYJ0ppFjzdKtUJkRos1VaoTZ1U=)

13/07/2019	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/jAS4oY+X9lLyuzddtDelapi_key=y+J2M6vLMwe__4v9TOuYJ0ppFjzdKtUJkRos1VaoTZ1U=)
------------	---	---



(<https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/>)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

ACESSIBILIDADE



(</Pages/Acessibilidade.aspx>)



(</Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>)

A A A 

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)

Documentos Invalidez Permanente (</Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)

Documentos Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)

Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)

Consulta a Pagamentos Efetuados (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx>)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)



(<https://www.seguradoralider.com.br>)



(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)
I%C3%ADder-
dpvat)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › Perguntas Frequentes (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › Telefones de Contato (/Contato/telefonos-de-contato)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
- › Mapa do Site (/Mapa-do-Site)



(<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)