

Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: EDMAR VICENTE DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180277827

Vitima: EDMAR VICENTE DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 28/11/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180277827**.

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 12990417



Rio de Janeiro, 29 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: EDMAR VICENTE DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180277827

Vítima: EDMAR VICENTE DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 28/11/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180277827**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **28/11/2016**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <https://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 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

855.153.614-15

Nome completo da vítima

EDMAR VICENTE DE OLIVEIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo EDMAR VICENTE DE OLIVEIRA		CPF titular da conta 855.153.614-14	Profissão AGRICULTOR
Endereço RUA: ANÍZIO MARTINS DE LIMA		Número 15	Complemento CASA
Bairro MARIA DO AMOR	Cidade MARI	Estado PB	CEP 58345-000
Email		Telefone (DDD) 083.99864.9523	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

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

AGÊNCIA NRO. 2275	DV 6	CONTA NRO. 18614	DV 7
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

BANCO Nome		NRO.
AGÊNCIA NRO.		DV
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)

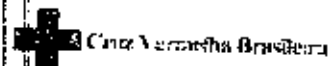
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

MARI 14 de **Março** de 2018
Local e Data

Edmar Vicente do Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

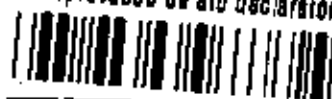
ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 963971



GOVERNO
DA PARAÍBA

Comprovação de ato declaratório



Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo
110466	EDMAR VICENTE DE OLIVEIRA	Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil
01/11/1971	46 anos 10 meses 27 dias	SOLTEIRO(A)
Mãe	Religião	Prontuário
QUENIRA QUEIROZ DA SILVA	NAO INFORMADA	
Escolaridade	Pai	
	SEVERINO VICENTE DE OLIVEIRA	
DDD Móvel	Responsável (Parentesco)	
	JOSIANA BARBOSA - ESPOSA(A)	
Fone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo
99251534		
Tipo documento	Nº Cms	
RG (IDENTIDADE)	12610730-4480008	
Local de procedência	Tipo	UF
HOSPITAL DR. SA ANDRADE (SAPÉ)	UNIDADES SAUDE	PB
Etnia	Naturalidade	CBO/R
	CACARA	

Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58340000	MARI	PB	ANISIO MARTINS DE LIRA
Número	Complemento	Bairro	
83		MARIA AMOR DIVINO	

Admissão

Data e Hora	Número de pulseira	Convênio
28/11/2018 08:05:47	1000004689200	SUS
Especialidade	Clínica	
CLÍNICA GERAL	CLÍNICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente	
	OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo de atendimento	Detalle do acidente
OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso oficial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Meio de transporte	Quem transportou		
AMBULANCIA	AMB		

Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura
X		

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

Diagnóstico	Atendimento por	Tempo
CRANIO + COL DORSAL 30-11-16 COL LOMBAR 20-10-16 Wesley	ALYSSON JOSE LIMA DA SILVA	03min 26seg

Imprimir



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE EDMAR VICENTE DE OLIVEIRA
DADOS DE NASCIMENTO 01/01/71
NOME DA MÃE DJANIRA QUEIROZ DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

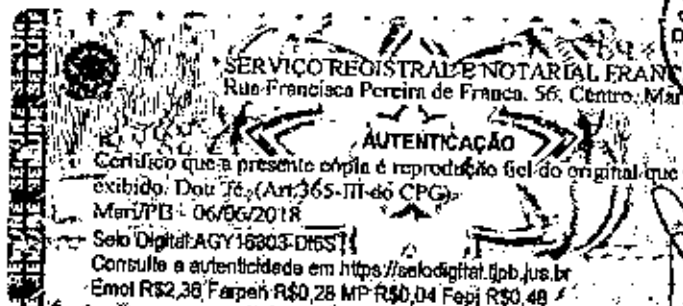
BOLETIM DE ENTRADA N.º 963.971
Nº PRONTUÁRIO 98.975
DATA DO ATENDIMENTO 28/11/16
HORA DO ATENDIMENTO 08:06
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA FRONTAL + FRATURA TEMPORAL D + FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO D + FRATURA DE VÉRTEBRA TORÁCICA + FRATURAS MÚLTIPLAS DE VÉRTEBRAS LOMBARES (L1-L4)
CID 10 S 02.0 + S 02.1 + S 02.4 + S 22.0 + S 32.7

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta colisão moto x carro), encaminhado do hospital Dr. São Andrade de Sapê-PB, apresentando trauma e ferimento corto-contuso em couro cabeludo + edema e equimose periorbital, além de dor em ombro D em região lombar E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio e subsequentes
TC da coluna lombar
TC da coluna dorsal
RX do ombro D - AP
RX do tórax - AP
USG do abdome total - FAST



TRATAMENTO:

Fratura frontal + fratura temporal D + fratura do complexo zigomático D + fratura de vértebra torácica + fraturas múltiplas de vértebras lombares (L1-L4) à TC. Realizado internamento e tratamento conservador aos cuidados da equipe da Neurocirurgia e da BucoMaxiloFacial.

ALTA HOSPITALAR: 07/12/16
DATA DA EMISSÃO: 05/06/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO - ORÇESTOR
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: OML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

SOMAR VICENTE DE OLIVEIRA
RUA ANGELO MARTINS DE LIMA, 15 - MARA DO AMOR
MARI / PB CEP: 58245000 (AG. 51)
Emissão: 21/05/2018 Referência: Mai/2018
Classificação: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFÁSICO 60/20, 4m25 - Centro Recreio - João Pessoa / PB - CEP: 58271-080
Ratão: 11 - 52 - 325 - 4540 HP medidor: 00008078900

Energisa

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Emissão: 21/05/2018 Referência: Mai/2018
Classificação: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFÁSICO 60/20, 4m25 - Centro Recreio - João Pessoa / PB - CEP: 58271-080
Ratão: 11 - 52 - 325 - 4540 HP medidor: 00008078900

Atendimento ao Cliente **ENERGISA 0800 083 0196** Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a **Mai/2018** Apresentação **21/05/2018** Data prevista da próxima leitura **20/06/2018** CPT/ CNPJ/ RAN **85515361415**

UC (Unidade Consumidora): **5/1199497-7**

Canal de contato
- Tarifas Sociais de Energia Elétrica - FSEI foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
- De acordo com a Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002, a tarifa social de energia elétrica é destinada às famílias de baixa renda.
- Você terá acesso à segunda via da conta, mediante a liberação de informações sobre a situação de energia e diversos outros serviços.
- Tudo isso disponível pelo site da empresa. Experimente e aproveite todos os benefícios.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 18/04/18 Leitura: 11190	Data: 21/05/18 Leitura: 11217		145	32
Demonstrativo				
Consumo até 20/05/18				
0801 Consumo até 20/05/18	30,000 0,245780	7,31	7,31	0,24
0801 Consumo - 21 a 10/06/18	70,000 0,417820	28,75	28,75	0,52
0801 Consumo - 10/06/18 a 20/06/18	45,000 0,826870	28,20	28,20	0,52
0801 Adic. B. Armazenamento		0,67	0,67	0,00
0810 Subtotal		39,57	39,57	1,11
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0804 JUROS DE MORA 03/2018		0,81	0,81	0,00
0805 MULTA 03/2018		1,36	1,36	0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2018		0,44	0,44	0,00
0803 Devolução Subtotal		-27,03	-27,03	0,00

CCI - Código de Classificação do Item: TOTAL: 85,08 104,50 39,21 103,50 0,64 2,00

Média últimos meses (kWh): 147

VENCIMENTO 28/05/2018

TOTAL A PAGAR R\$ 80,08

Histórico de Consumo (kWh)

183	177	160	140	131	129	133	135	131	125	121	124
Mai/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18

RESERVADO AO FISCAL

3028.9248.ae99.57ff.358a.585a.411b.19a5

Indicadores de Qualidade			Estatísticas de Consumo		
Limite de ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DO VENCIMENTO	0,00		Serviço de Del. de Energia	17,12	21,26
DO TRIMESTRAL	12,84		Controle de Energia	21,15	26,41
DO ANUAL	25,69		Serviço de Manutenção	2,25	2,80
DO SEMESTRAL	6,42		Encargos Sociais	34,40	42,97
DO TRIMESTRAL	6,42		Impostos Diretos e Encargos	0,00	0,00
DO ANUAL	12,85		Outros Serviços	0,00	0,00
DO SEMESTRAL	3,20				
DO TRIMESTRAL	12,22				
			Total	80,08	100,00

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso não tenha recebido a fatura em tempo hábil, a fatura será considerada em atraso e o pagamento deverá ser efetuado até o dia 05/06/2018. Caso contrário, a fatura será considerada em atraso e o pagamento deverá ser efetuado até o dia 05/06/2018. Caso contrário, a fatura será considerada em atraso e o pagamento deverá ser efetuado até o dia 05/06/2018.

- Fatura em atraso: Abr/18 73,72

- Fatura sujeita à inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de não pagamento.

- Esta unidade foi faturada como BARRA RENDA, tendo um desconto de R\$ 27,03.

PARAIBA

Telefone: 52 - 325 - 4540

WhatsApp: 1199497-2018-05-5

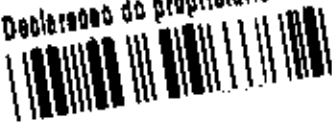
VENCIMENTO 28/05/2018

TOTAL A PAGAR R\$ 80,08

Comprovante de residência

11994972018-7 05600052019-9

Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Rogério da Silva,
RG nº 1530108, data de expedição 25/07/06,
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 854130894-49, com
domicílio na cidade de Sape, no Estado de
Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Padre Zeferino Maria, nº 197,
complemento Centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Edmar Vicente de Oliveira, cujo o condutor era
o mesmo

Veículo: Moto
Modelo: CG 125 Titan KS
Ano: 2003
Placa: 6333
Chassi: 9C2JC30103R192823
Data do Acidente: 28/11/2016
Local e Data: BR 230

Jose Rogério da Silva
Assinatura do Declarante

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

CF **FELICIANO DA SILVA**
Serviço Notarial e Registral

Reconheço, como autêntica e verdadeira, as(á) Firmas(á) de...
JOSE ROBERTO DA SILVA
Em test. da verdade, Sape-PB 27/02/2018 12:11:22
Vandilce Cavalcante de Freitas Santos - Escrivente
12018-001704 JEN: 84 39,43 FASE: 03-0,28 FEPJ: 01 1,90
SELB 016112: 80021250-7000
Confira a autenticidade em <https://servicos.la3.finh.ig.br>

SERV. ÚNICO
Severina - Vici M. Feliciano Sá
Tabelião Substituto
Mário de Lourdes Castro Gusmão
Escrivente
Com. Renato Ribeiro Coutinho, 1746
Fon: (83) 3283-2341/9313-3163
067 683 90 000 - Sape-PB



GOVERNO MUNICIPAL DE MARI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Av. Antonio de Luna Freire, 564 – Centro- Mari/PB
CEP: 58.345-000 tel: (83) 32872508
E-mail : sec.saude.mari@gmail.com

DECLARAÇÃO

Declaramos que o senhor Edmar Vicente de Oliveira foi assistido e removido em nossa ambulância na data de 28 de novembro de 2017 , no horário da manhã para estabelecimento hospitalar em Sapé , vítima de acidente de trânsito na estrada estadual 073 , no percurso entre Mari-Sapé , apresentando traumas e escoriações.

Mari, 17 de novembro de 2017



Wagna S. de S. Oliveira
Enfermeira
COREN-PB 432.475

WAGNA SOUZA

Coordenadora da Unidades Mista de Mari



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SENADOR HUMBERTO LUCENA

CLÍNICA CIRÚRGICA

NOME ISABEL LUCIA BARBOSA

ENF. 0 LEITO 0 DATA 07/12/2016

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O SR.
EDMAR VICENTE DE OLIVEIRA ESTEVE INTERNADO
NESTE HOSPITAL DE 28.11.2016 A 07/12/2016
DEVENDO PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES
POR 90 DIAS A CONTAR DA DATA DE SUA INTERNAÇÃO.
CID: S32

Dra. THAISE AGUIAR
NEUROLOGIA

0
4899



ESTADO DA PARAÍBA
GOVERNO MUNICIPAL DE MARÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Paciente: Edmar Vicente de Oliveira

Endereço: _____

Declaração.

Declaro por os devidos fins que o paciente Edmar Vicente de Oliveira encontra-se em atendimento fisioterapêutico desde 03/05/2014 após fratura em ombro D (região do glenóide). Evolui apresentando limitação na ADM do ombro D e limitação de força do membro. Permanecerá em atendimento fisioterapêutico até melhora sintomo-funcional.

Marí, 21 de novembro de 2014.

Marcia Marc
CREFITO: 160535-F.

Ass do Médico/Carimbo/CRM/CRO

Marí, 21 / 11 / 2014.



GOVERNO MUNICIPAL
MARÍ

É Bom Viver Aqui!



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: _____

2/ Edilson Vicente de Oliveira

2.

100 mg

① Epilobium 500mg _____ 25cp
receber 01 recep 10 de 06/06h por
07 dias.

② Nitroglicolida 100mg _____ 12cp
receber 01 recep 10 de 12/12h.

DPA 17/05/17

[Handwritten signature]

Dr. Leonardo Miranda
Médico
CRM-FB 9877

Assinatura e Carimbo



Receituário Médico

RECEI

Roberto Marinho

24

Uto Prof

Tornar 10p 10 010h

Paracetamol 10p

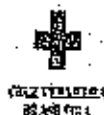
Tornar 10p 1x / dia

Data: 07/12/16

ASSINATURA
ELEGITIMADA

Médico - CRM

F(NG).CC.002-F



Receituário Médico

REC-100

Edmar Vaz

24

Uso Oral

- Difenidramina 1g _____ 1ca

Tomas 1ca 10 a 16h x 4

- Tetraxil _____ 1ca

Tomas 1ca 10 a 16h x 4

Data: 24/12/96

ASSINATURA DO MÉDICO
MÉDICO RESPONSÁVEL

Médico - CRM

F(NG).CC.002-1



ASSOCIAÇÃO
BRASILEIRA
DE MEDICINA

Receituário Médico

REC-100

Dr. Felipe Tavares

Ortopedia MSD

Data: 1 / 1 / 1

Felipe Tavares Silva
Ortopedia
CRM 5349 PB
TEOT 9132 PB
Médico - CRM

F(NG).CC.002-1

SECRETARIA DA DEFESA SOCIAL
UNIDADE DE IDENTIFICAÇÃO
V-02
P-149



Edmar Vicente de Oliveira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
DATA DE EXPIRAÇÃO 27/08/2012
REGISTRO 1.582.108 -2 VIA.
NOME EDMAR VICENTE DE OLIVEIRA
FILHO SEVERINO VICENTE DE OLIVEIRA
DANIELA GOMES DA SILVA
NATURALIDADE CAICARA-PB
DOC. ORDEM
NASC. N. 1557 FLS. 67 LIV. 3
OFF. CARTÓRIO CAICARA-PB
855.153.614-15
LEI Nº 7.116 DE 1983

Edmar Vicente de Oliveira
EDMAR VICENTE DE OLIVEIRA
Data Nasc.: 01/01/1971
126 1073 0448 0008
126107304480008



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE

06:45 AM

Ficha de Encaminhamento

Nome do Paciente: EDUARDO VICTOR DE OLIVEIRA Data: 28/11/16

End.: _____

Bairro: _____ Cidade: MARI

Unidade de origem: _____

Motivo de Encaminhamento

ENCAMINHADO PARA AVALIAÇÃO
TAMPO COEFICIENTE INTERIO E FUND
PREZAR, ACOMPANHADO POR FICHA
TOM UNILATERAL FINITO POR IN.
TOMAS CN REGIÃO INTERCOSTAL ESQUERDA
PR REGIÃO CLAVICULAR FINITO

Medicamento Administrado

PR. 90/90 SAT. 95% FC. 67 bpm HT. 160 mmHg
Referenciado para: HOM. CIRCULATÓRIA E TRAV.

Contra referência

Motivo: AVULSÃO E CONJUNTO TRAUMATO.
Contra referência para: _____

S.F.O. 91. 1000.2 CV
S.R. 500.2 CV
JOSÉ MARIN
02 UNID A 5.04 mm

Assinatura/Carimbo médico

Dr. Marcelo S. de Carvalho
Médico
CRM: 8597 PB



100004085200 BE.: 963971
GOMAR VICENTE DE OLIVEIRA
DT. NASC.: 01/03/1973
MAG: OJANIRA OLIVEIRA DA SILVA
END.: ANISIO MARTINS DE LIMA
N. 83 - JARDIM AMOR DIVINO
MARI
FONE.: (11) 09251534
CELEFAX: (11) 09251534
IDADE: 40
DT. ENTRADA: 26/11/2016 08:08:47

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA E
		# Cirurgia Sinal = 23/11/16 - 10-40h - Realizada cirurgia de f. corte - costura em técnica fronto-parietal direita + fechadura por suturação.

Polyana Nascimento
Médico Geral
CRM 9622

23/11/16	12:42	# BUL # Paciente vítima de acidente de moto, com exposição de membros superiores e inferiores, supracardíaco, com fracturas múltiplas no tórax. No exame físico: edema FCC em região parietal (fractura) + edema, equimose parietotórax (D) + edema em região parietotórax (D) + acm de umbral e manobras occlusivas parietotórax + abertura bucal mantida. No exame hemodinâmico: pressão em arteria femoral (D).
----------	-------	--

- 1. C. Cirurgia + Ponto de Sutura
- 2. Retorno pl. dia 05/12/2016
- 3. Alta Bul
- 4. Alta unidades da VCR


Dr. Felipe Tavares Sena
CRM 5349-RS

23/11/16	14:03	CRTO Pte. de fraturas de Clavícula e Canais D. - acidente de moto Cd. - fraturas de tórax. Auscultar Auscultar Auscultar. Ambulatório Alta da Ortopedia Vitor Almeida
----------	-------	--

Felipe Tavares Sena
Ortopedia - R. e Torçozelo
CRM 5349-RS
TEOT 9432BR



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000174867

Idade: 45 anos

Paciente: EDMAR VICENTE DE OLIVEIRA

Data: 30/11/2016

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA LOMBO-SACRA.

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Bom alinhamento dos corpos vertebrais examinados em decúbito.

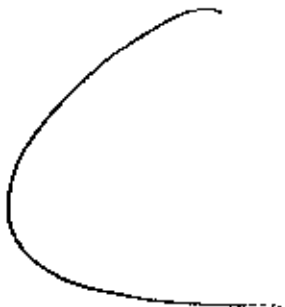
Corpos vertebrais com morfologia e coeficientes atenuação normais.

Fratura dos processos transversos a esquerda de T12 a L4.

Hérnia protrusa pósteromediana em L4-L5, que condiciona moderada compressão do saco dural.

Demais discos intervertebrais de morfologia, contornos e coeficientes de atenuação normais.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 30/11/2016 17:01.


Dr. Igor Motta de Aquino
CRM: 6512- PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000176380

Idade: 45 anos

Paciente: EDMAR VICENTE DE OLIVEIRA

Data: 01/12/2016

RADIOGRAFIA DA COLUNA LOMBO-SACRA

Corpos vertebrais com estrutura e densidade normais.

Discos intervertebrais conservados.

Pedículos e lâminas sem alterações.

* O Raio X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.

Este laudo foi liberado em 01/12/2016 14:07.

Dr. Caio M. M. Medeiros
CRM: 3645 - PR



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senado: Humberto Lucena

Atendimento: 000000174867

Paciente: EDMAR VICENTE DE OLIVEIRA

Idade: 45 anos

Data: 30/11/2016

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA DORSAL

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Corpos vertebrais e estruturas vertebrais posteriores com forma, alinhamento e coeficientes de atenuação normais.

Ausência de protusão ou extrusões discais evidentes.

Canal vertebral com diâmetros normais.

Partes moles paravertebrais sem anormalidades evidentes.

Fratura do processo transversal a esquerda de T12.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 30/11/2016 17:03.


Dr. Igor Motta de Aquino
CRM: 6512-PR

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

NOME: EDMAR VICENTE DE OLIVEIRA BE: 958448 DATA: 07/12/16

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA VO LAXATIVA
2. SF 0,9% 2000 ML EV EM 24H
3. OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA
4. DAPIRONA 1G + AD EV 4/4H S/N
5. TRAMADOL 100MG + SF 100ML EV 6/6H S/N
6. CETOPROFENO 100+ SF 100 EV 12/12H
7. NAUSEDON 4MG + AD EV 8/8H S/N
8. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA
9. MOBILIZAR EM BLOCO 2/2H
10. OLEO MINERAL 20ML VO 8/8H
11. REPOUSO NO LEITO
12. SSVV + CCGG

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA - TRM TORACOLOMBAR - FRATURA TRANSVERSO

DOR EM COLUNA TORACOLOMBAR

ECG 15

RETIRAR SVD

CONDUTA: TROCA DE ATADURA + COLETE

REAValiação DA ORTOPEDIA



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

NOME: EDMAR VICENTE DE OLIVEIRA BE: 958448 DATA: 07/12/16

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA VO LAXATIVA
2. SF 0.9% 2000 ML EV EM 24H
3. OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA
4. DAPIRONA 1G + AD EV 4/4H S/N
5. TRAMADOL 100MG + SF 100ML EV 6/6H S/N
6. CETOPROFENO 100+ SF 100 EV 12/12H
7. NAUSEDON 4MG + AD EV 8/8H S/N
8. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA
9. MOBILIZAR EM BLOCO 2/2H
10. OLEO MINERAL 20ML VO 8/8H
11. REPOUSO NO LEITO
12. SSVV + CCGG

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA - TRM TORACOLOMBAR - FRATURA TRANSVERSO

DOR EM COLUNA TORACOLOMBAR

ECG 15

RETIRAR SVD.

Paciente com melhora progressiva:

CONDUTA: TROCA DE ATADURA + COLETE

REAValiação DA ORTOPEDIA

Deverá usar colete por 3 meses

Atte hospital

*- função intestinal ok
- sem déficite motor
- Lab / Hb: 7.2
- já liberado da ortof*

[Assinatura]

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

HOME: EDMAR VICENTE DE OLIVEIRA

BE: 95848- DATA: 06/12/16

963974-

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA VO LAXATIVA ATENÇÃO
2. SF 0.9% 2000 ML EV EM 24H ~~1º 500~~ 2º 500 3º 500 4º 500
3. OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA ~~06~~
4. DAPIRONA 1G + AD EV 4/4H ~~06~~ 20 24 04 ~~06~~ 12.
5. TRAMADOL 100MG + SF 100ML EV 6/6H (S/N)
6. CETOPROFENO 100 + SF 100 EV 12/12H ~~06~~ 04
7. NAUSEDRON 4MG + AD EV 8/8H (S/N)
8. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA ~~06~~
9. MOBILIZAR EM BLOCO 2/2H CIENTE
10. OLEO MINERAL 20ML VO 8/8H ~~06~~ 24 06
11. REPOUSO NO LEITO
12. SSVV + CCGG

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA - TRM TORACOLOMBAR - FRATURA TRANSVERSO

DOR EM COLUNA TORACOLOMBAR

ECG 15

CONDUTA: TROCA DE ATADURA + COLETE

toracolumbar

REAValiação DA ORTOPEDIA

Lab: S. & Hb

Ortopedia: 07/12/16

Paciente
lateral da
lesão

portadora de fratura do 4º
clavícula + escápula D. 2/

Tratamento conservador

Dr. Heider Romero L. Mafregá
Ortopedia

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

NOME: EDMAR VICENTE DE OLIVEIRA

BE: 958448

DATA: 05/12/16

B. Iaranga

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA VO LAXATIVA ~~1000~~
2. SF 0,9% 2000 ML EV EM 24H ~~10~~ 20 30 40
3. OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA C4
4. DAPIRONA 1G + AD EV 4/4H ~~16~~ 10 04 08 12
5. TRAMADOL 100MG + SF 100ML EV 6/6H ~~16~~ 22 C4 20
6. CETOPROFENO 100+ SF 100 EV 12/12H ~~16~~ C4
7. NAUSEDON 4MG + AD EV 8/8H ~~16~~ 24 08
8. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA 16
9. MOBILIZAR EM BLOCO 2/2H ~~16~~
10. REPOUSO NO LEITO
11. SVD
12. SSVV + CCGG

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA - TRM TORACOLOMBAR - FRATURA TRANSVERSO

DOR EM COLUNA TORACOLOMBAR

ECG 15

CONDUTA: SUPORTE CLÍNICO E OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA

AGUARDA COLETE TORACOLOMBAR

Dr. TRISTÃO DA SILVA
Dr. TRISTÃO DA SILVA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

NOME: EDMAR VICENTE DE OLIVEIRA BE: 958448 DATA: 04/12/16

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA VO LAXATIVA
2. SF 0,9% 2000 ML EV EM 24H *15. 20 30 15*
3. OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA *06*
4. DAPIRONA 1G + AD EV 4/4H *12 20 24 03 12*
5. TRAMADOL 100MG + SF 100ML EV 6/6H *16 22 06 10*
6. CETOPROFENO 100 + SF 100 EV 12/12H *16 04*
7. NAUSEDRON 4MG + AD EV 8/8H *16 24 03*
8. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA *16*
9. MOBILIZAR EM BLOCO 2/2H - *03T*
10. REPOUSO NO LEITO
11. SVD
12. SSVV + CCGG

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA - TRM TORACOLOMBAR - FRATURA TRANSVERSO

DOR EM COLUNA TORACOLOMBAR

ECG 15

CONDUTA: SUPORTE CLÍNICO E OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA

ANALGESIA + COLETE TORACOLOMBAR

AValiação DA ORTOPEDIA

Dr. José Lopes de Sousa Neto
NEUROCIRURGIA
GRUPO - 0070

~~Dr. Josefine de Sousa Pires
Neurologia
06/05/85 - 0578~~

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA

NOME: EDMAR VICENTE DE OLIVEIRA

DATA: 02/12/15

PRESCRIÇÃO MÉDICA

B 863871

DIETA PASTOSA ASSISTIDA

SE 0,9% 2000ML EV 24H + SGH 50% 40ML EM CADA FASE (32) 2º 3º 4º

OMEPRAZOL 40 MG + AD EV MANHA 06

CETIMPROFENO 100 MG + SE 100 EV 12, 12H (36) 04

DIPIRONA 1AMP + AD EV 6/6H (36) 22 04 10

NAUSEDRON 4MG + AD EV 8/8H SN

TRAMADOL 100MG EV 8-8HS (36) 22 08

PA 8/8H - ANOTAR (36) 24 08

CCGG - SSVV

OPB: Paciente consciente, orientado para pessoa, tempo e espaço. Enfe. ciente. Katia.

PROTESE DIAGNÓSTICA: TRM TORACOLUMBAR - FRATURA TRANSVERSO

IL-1

SEM INTERCORRÊNCIAS.

SEM DÉFICITS MOTORES

INDICA:

SUPOORTE CLÍNICO E OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA

ANALGESIA + COLETE TORACO-LUMBAR

Dr. José Lopes de Sousa Lima
Neurocirurgia
CRM/RS - 6876

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

V-02
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
P-149
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO




Edmar Vicente de Oliveira
CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.582.108 -2 VIA EMDE/027/08/2012

NOME EDMAR VICENTE DE OLIVEIRA

FLACAO SEVERINO VICENTE DE OLIVEIRA
DJANIRA QUEIROZ DA SILVA

NATURALIDADE :
CAICARA-PB

DATA DE NASCIMENTO 01/01/1971

DOC ORIGEM
NASC.N.1557 FLS.67 LIV.A3
CARTORIO CAICARA-PB

CPF 855.153.614-15

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

Documentos de Identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012030171702
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - 000 RENAVAM 0080410298-8 00/00000000 2015

NOME
JOSE ROGERIO DA SILVA

PLACA 85413089449 MMW6333/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB CHASSI 9C2JC30103R192823

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 TITAN KS ANO FAB. 2003 ANO MOD. 2003

CAP / POT / CIL 2 P/124 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA IPVA PAGO EM 10/08/2015 1º
FAIXA IPVA. PARCELAMENTO / COTAS 0 2º
3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 10/08/2015

OBSERVAÇÕES
A.F CONS NACIONAL HONDA

SAPE-PB LOCAL DATA 11/08/2015

807357 13670

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012030171702 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 11/08/2015

VIA - 85413089449 PLACA MMW6333/PB

RENAVAM 00804102988 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 TITAN KS

ANO FAB. 2003 CAT. TARIF. 9 Nº CHASSI 9C2JC30103R192823

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) ***** DENATRAN (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** DE / JAR SEGURO P A G O

3 PAGAMENTO 10/08/2015
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.242.808/0001-04
www.seguradoralider.com.br

13670-1449269-20150611

DUT



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0216137/18
Vítima: EDMAR VICENTE DE OLIVEIRA
CPF: 855.153.614-15

CPF de: Próprio

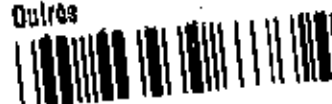
Data do Acidente: 28/11/2016
Titular do CPF: EDMAR VICENTE DE OLIVEIRA

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

Outros



EDMAR VICENTE DE OLIVEIRA : 855.153.614-15

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: 13/06/2018
Nome: EDMAR VICENTE DE OLIVEIRA
CPF/CNPJ: 855.153.614-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/06/2018
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

EDMAR VICENTE DE OLIVEIRA

Karen Rosa de Oliveira Azevedo

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA EDMAR VICENTE DE OLIVEIRA
 DATA DO ACIDENTE 28.11.2016 CPF DA VÍTIMA 855.183.614-15
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É EDMAR VICENTE DE OLIVEIRA
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA: ANILDO MARTINS DE LIMA
 Nº 10 COMPLEMENTO CASA BAIRRO MARIA DO ANJO
 CIDADE MARI UF PR CEP 58345-000
 E-MAIL TELEFONE (83) 9832-9140

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE
 TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML
 (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA
 DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA
 (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM
 OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO
 DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU
 DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA
 DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O
 TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA
 SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA
 (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE
 CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO
 DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) O
 DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE
 DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR
 VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS
 • O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO
 COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO:
 LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGUROGOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE
 GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 06.06.2018DATA 06.06.18MATR. CORREIOS 8419956

IDENTIDADE

1582.109-19

ASSINATURA

Edmar Vicente de LimaNOME Manoel José Lima de SouzaASSINATURA Manoel

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br

Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180277827 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDMAR VICENTE DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 28/11/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COLUNA TORÁCICA T 12.
FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA E GLENOIDE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO APRESENTAR EXAMES DE IMAGEM E RELATÓRIO MÉDICO ATUALIZADO COM DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO REALIZADO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM.

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

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: MARCELO TERRIGNO

CRM do médico: 52.55920-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: