

Rio de Janeiro, 31 de Março de 2016

Carta nº: 8932398

A/C: ANTONIO JOSE NUNES

Sinistro: 3160226000 ASL-0831380/16
Vitima: ANTONIO JOSE NUNES
Data Acidente: 26/08/2012
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Março de 2016

Carta nº: 8933231

A/C: ANTONIO JOSE NUNES

Sinistro: 3160226000 ASL-0831380/16
Vitima: ANTONIO JOSE NUNES
Data Acidente: 26/08/2012
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **14/03/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **26/08/2012**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2016

Carta nº 9782680

a/c: ANTONIO JOSE NUNES

Sinistro: 3160226000 ASL-0831380/16
Vitima: ANTONIO JOSE NUNES
Data Acidente: 26/08/2012
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Antônio José Nunes
 PORTADOR(A) DO RG Nº 13.66.311 EXPEDIDO POR SSPIPA EM 13/12/2007
 CPF 096732044-94 CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Advogado
 E RENDA MENSAL DE R\$ 700,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antônio José Nunes AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2002, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar a programação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISOVPAT. Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0441-4 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 17677-X

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0441-4 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 17677-X

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Picuí, PB, 07 de Agosto de 2015 ANTONIO JOSE NUNES
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao(s) legítimo(s) beneficiário(s) obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$ 13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 13.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradortransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT (0800-0221204).



Ourocard

Valido hasta el 31/12/16



4011 3850 0652 7548

VALIDO HATE

06/16

ANTONIO JOSE BUNES

2441 17,677-X



CRÉDITO

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL

7ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL-PICUI/PB

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE PEDRA LAVRADA /PB

Sítio Cordeiro. 79. centro – Pedra Lavrada/PB



TERMO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 068/2015

DATA, HORA e LOCAL DO FATO: 26/08/2012, Às 18hs30min, Sítio Poço de Pedra, zona rural, Nova Palmeira/PB.

COMUNICANTE: ANTONIO JOSÉ NUNES, brasileiro, solteiro, agricultor, com 29 anos de idade, nascido no dia 29/04/1986, filho de José João Nunes e de Mariide maria Nunes, residente no Sítio Quati, zona rural, Pedra lavrada/PB, portador da carteira de identidade nº 3612311, SSP/PB, CPF 096.792.144-94.

HISTÓRICO: Que no dia 26 do mês de agosto do ano de 2012(26/08/2012), por volta das 18hs30min, saiu de sua residência com destino a cidade de Nova Palmeira, trafegando por uma estrada vicinal, conduzindo o veículo marca modelo Honda CG 125 Today, ano 1991, cor vermelha, placa LX137/PE, chassi 9C2JC18011Mr5651197, licenciada no DETRAN em nome NUIVALDO ALVES DOS SANTOS, CPF 68191740478, e ao chegar no Sítio Poço de Pedra, zona rural, município de Nova Palmeira, mais precisamente em uma Curva fechada, colidiu de frente com outra moto; Que em virtude do acidente o comunicante sofreu fratura exposta no fêmur direito, fratura no joelho direito, fratura na face do lado direito, além de várias escoriações pelo corpo; Que o comunicante foi socorrido por uma ambulância do SAMU para o hospital de Emergência e Trauma da cidade de Campina Grande/PB, onde passou mais de um mês internado, sendo submetido a várias cirurgias. **TESTEMUNHAS:** MARIA APARECIDA DO NASCIMENTO DANTAS, residente No Sítio Serra Baixa, zona rural, Nova Palmeira /PB, e MARIA DA CONCEIÇÃO DE LIMA, residente No sítio quati, zona rural, Pedra Lavrada /PB. Nada mais havendo a constar dei por encerrado o presente registro, que segue devidamente assinado pelo comunicante e por mim, Escrivão que o registrei e digitei.

Pedra Lavrada/PB, 11 de agosto de 2015.

COMUNICANTE: ANTONIO JOSE NUNES

TESTEMUNHAS:

Maria Aparecida do Nascimento Dantas

Registrado por:

[Assinatura]

ARTIGO 2º OFÍCIO DO ATORESSOR

AUTENTICAÇÃO

a presente cópia é reprodução fiel do original
libido. Dou fe. (Art. 365-III do CPC)

19/2016

CQ73686-261A

autenticidade em <https://sejudigital.pb.gov.br>

2º TABELIONATO PÚBLICO

LUCIANO ITALIANO DANTAS

ESCRIVÃO

Comarca de Picuí - Paraíba



SAMU
192

ESTADO DA PARAÍBA

PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRA LAVRADA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

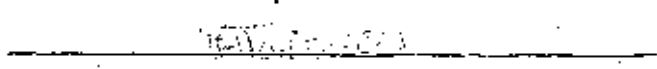
COORDENAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 PEDRA LAVRADA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que o SAMU 192- Pedra Lavrada, prestou atendimento pré-hospitalar a paciente **ANTÔNIO JOSÉ NUNES**, natural de Pedra Lavrada - PB, 29 anos, portador de Identidade nº 3612311, vítima de acidente de motocicleta, no dia 26 de Agosto de 2012, na zona rural de Nova Palmeira, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital Regional de Picuí e após avaliação médica transportado para Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande.

Pedra-Lavrada, 13 de Agosto de 2015.


Vivian Maria Vasconcelos Tavares
Coordenadora de Urgência e Emergência



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

ENTIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

CODIGO DA UNIDADE: 0023671 CNPJ / CPF: 08.778.288/0001-80
NOME: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
END.: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS
MUNICIPIO: CAMPINA GRANDE ESTADO: PARAIBA UF: 25
PRONTUÁRIO Nº: 0037063

PACIENTE: JOSE ANTONIO NUNES MASculino 26,0
NOME: SEXO: IDADE: 26,0
PROFISSÃO: POCO DE PEDRA DOCUMENTO: SEM DOCUMENTO ZONA RURAL
END.: NOVA PALMEIRA PB BAIRRO: CEP: 261030
MUNICIPIO: 27/08-2842 ESTADO: 09-2889 CEP: 261030
DATA DO ATENDIMENTO: 27/08/2010 CODIGO DO MUNICIPIO: 2708
RAÇA / COR: () 1 - BRANCA () 2 - PRETA () 3 - PARDA () 4 - AMARELA () 5 - INDIGENA () 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FISICO SUMÁRIOS:
PC, QUEDA DE MOTO + ALCOOL + SEM CAPACETE TA FEZ 1º ATENDIMENTO NO OUTRO SERVIÇO APRESENTANDO TCC, TRAUMA DE FACC + REFORMAÇÃO DE MIO + SANGRAMENTO
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS ATIVO
ABDOMEN + TORAX SI ALTERAÇÃO
RESULTADOS 40 EXAME
PULSO PERIFÉRICOS PRESENTES

ATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS
O2 4L/min 3L/min (CATETER)
SE 0,9% NaCl 40ml
SANO 200ml
TOMOGRAFIA REALIZADA 27/08/10

AGNÓSTICO / CID: Queda de moto 27/08/10

CONSULTA BÁSICA (PAB):
CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO:
Solueto MINICAN DA NEUROCIRURGIA + BUCOMAXIL ORTOPEDIA

TIPO DE ATENDIMENTO
☐ 01 - URGÊNCIA
☐ 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
☐ 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
☐ 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS

MEDICAÇÃO
☐ 1 - PRESCRITA
☐ 2 - APLICADA
ENCAMINHAMENTO
☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNA
☐ OUTRO HOSPITAL ☐ ÓBITO ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:	CBO	IDADE
CÓDIGO / PROCEDIMENTO:		

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(AIS) ASSISTENTE(S) CARIMBO

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL
OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARIMBO
ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Antonio José Nunes, portador da carteira de identidade nº 3.612.311 e inscrito no CPF/MF sob o nº 096.792.144-94, residente e domiciliado na Sítio Vassourinha, Cidade Nova Palmeira, Estado PR, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

ANTONIO JOSE NUNES

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Picuí - PR, 04 de Agosto de 2015

Local e data



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRA LAVRADA
SECRETARIA MUNICIPAL
COORDENAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 PEDRA LAVRADA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que o SAMU 192- Pedra Lavrada, prestou atendimento pré-hospitalar a paciente **ANTONIO JOSE NUNES**, natural de Pedra Lavrada - PB, 29 anos, portador de Identidade nº 3612311, vítima de acidente de motocicleta, no dia 26 de Agosto de 2012, na zona rural de Nova Palmeira, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital Regional de Picuí e após avaliação médica transportado para Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande.

Pedra Lavrada, 13 de Agosto de 2015

Vivian Maria Vasconcelos Tavares
Coordenadora de Urgência e Emergência

SECRET

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antonio José Nunes,
RG nº 3.632.313, data de expedição 13/12/2007, Órgão
SSP/PB, CPF nº 096.792.144-94, venho perante a este
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em
meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo
descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Praca)	<u>Sítio Vassourinha</u>
Número	<u>511</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Zona rural</u>
Cidade	<u>Manga Palmeria</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58.184-000</u>
Telefone de Contato	<u>83) 3371-2274/ 8912-5490/ 9104-9190/ 8852-4690</u>
E-mail	<u>nilotdantas@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Pauí - PB, 07 de Agosto de 2015

Assinatura do Declarante: ANTONIO JOSE NUNES



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

ENTIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DA UNIDADE: 0023571 CNPJ / CPF: 08.778.268/0001-60
NOME: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
END.: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS
MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE PRONTUÁRIO Nº: 0037053 ESTADO: PARAIBA UF: 25

PACIENTE: JOSE ANTONIO NUNES
NOME: _____ SEXO: MASCULINO IDADE: 26,0
PROFISSÃO: SEM DOCUMENTO DOCUMENTO: _____ ZONA RURAL: _____
END.: NOVA PALMEIRA BAIRRO: _____
MUNICÍPIO: 22708-2042 ESTADO: _____ CEP: 251030
DATA DO ATENDIMENTO: 27/08/1998 CÓDIGO DO MUNICÍPIO: _____
RAÇA / COR: () 1 - BRANCA () 2 - PRETA () 3 - PARDA () 4 - AMARELA () 5 - INDÍGENA () 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

PC, QUESA DE MOTO + ALCOOL + SEM CAPACETE 1ª FGT 1º ATEN. APRESENTANDO TCE, TRAUMA DE FACE + REFORMIDADE DE M.C.D + SANGRAMENTO

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: ABDOME e TORAX S/ ALTERAÇÃO ATIVO
RESULTADOS: 40 EXAME
M.M.I.: PULSO PERIFÉRICOS PRESENTES

ATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

01 - UNICO - 34mm (CATER) TOMOGRAFIA
02 - 0,1% 2000ml (EV) REALIZADA
03 - 0,1% 40 (EV)
04 - 0,1% 200 (EV)
05 - 10
AGF: 351 G/1000
Assessor de Saúde

CONSULTA BÁSICA (PAB): _____

CONSULTA ESPECIALIZADA: _____

PROCEDIMENTO

SOLICITAÇÃO DE
NEUROCIRURGIA + BUCOMAXIL
ORTOPEDIA

TIPO DE ATENDIMENTO

- ☐ 01 - URGÊNCIA
☐ 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
☐ 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
☐ 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICO

MEDICAÇÃO

- ☐ 1 - PRESCRITA
☐ 2 - APLICADA

ENCAMINHAMENTO

- ☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO
☐ OUTRO HOSPITAL ☐ ÓBITO ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

CBO: _____ IDADE: _____

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(A)S ASSISTENTE EM SAÚDE CARIMBO

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO 1 - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

Formulário de Acolhimento

Antônio Nunes
End.: *Sítio São do Peixe* Bairro: *Nova*
Data de Nascimento: *25/06/1970* Documento de Identificação: *Patronato*
Queixa: *Acidose* Data do Atend.: *14/08/12* Hora: *09:30* Documento:

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fúrias de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Cama	

Estratificação

Verde
() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

João D. Carvalho de Souza
ENFERMEIRO
COREN-PA 123456

Assinatura e carimbo do profissional

Folha de Tratamento e Evolução

Jon. Antonio Nunes

Alojamento 2

Leito 2

Convênio

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

1. Amoxicilina 1000mg 1000mg
2. 500mg 1000mg 1000mg
3. Cefazolin 500mg 8/8
4. Amoxicilina 800mg 8/8
5. Metronidazol 500mg 8/8
6. Dexamet 1mg 8/8
7. Furo 1mg 8/8
8. Amoxicilina 1mg 8/8
9. Penicilina 800mg

18 06
18 06
18 06
18 06
18 06
18 06
18 06
18 06
18 06

Amoxicilina 1000mg 1000mg
500mg 1000mg 1000mg
Cefazolin 500mg 8/8
Amoxicilina 800mg 8/8
Metronidazol 500mg 8/8
Dexamet 1mg 8/8
Furo 1mg 8/8
Amoxicilina 1mg 8/8
Penicilina 800mg

DR. SCHUBERT COSTA
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM 5523

DR. SCHUBERT COSTA
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM 5523

Amoxicilina 1000mg 1000mg
500mg 1000mg 1000mg
Cefazolin 500mg 8/8
Amoxicilina 800mg 8/8
Metronidazol 500mg 8/8
Dexamet 1mg 8/8
Furo 1mg 8/8
Amoxicilina 1mg 8/8
Penicilina 800mg

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente	1010	10/10/10
----------	------	----------

Alojamento	2
------------	---

Leito	2
-------	---

Convênio

[illegible]

Nome do Paciente 1			
Operador	Enf.	Leito	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	1º Auxiliar	Instrumentador
Diagnóstico Pré-Operatório		Tipo de Anestesia	
Tipo de Operação		Diagnóstico Pós-Operatório	
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

- 1) Tumor em derivado do
- 2) Anaplas e Anaplas
- 3) Aperto de Capas Externas
- 4) Pequenos tumores localizados lateral
- 5) Desseleção por fluxo de fase de Tumor
- 6) Tumor com defeito de tecido
- 7) Tumor com defeito de tecido
- 8) Bloco 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100
- 9) Bloco 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100
- 10) Sutura por fluxo lateral 30 pontos
- 11) Sutura de 10 pontos 30 pontos
- 12) Cuidados

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Dr. Amaro

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente) CSF Antonio Alojamento) 2 Leito) 2 Convênio)

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
28/08/12	1) Vida livre		
	2) SFCF 1500ml 2x12	500 500 500	Redução estomat.
	3) Cefazolin 1g 6x8h	12 20 24	4) foles
	4) de 240 + SFCF 1x12	12	5) Fenda superior
	5) Metronidazol 500 6x8h	12 20 24	6) VPI
	6) Pipracil 1g + ANEC 6x6h	12 18 24 06	
	7) Tildil 200mg + ANEC 6x12h	12 18 24 06	
	8) Dexametasona 40 + ANEC 1x12h		
	9) Curativo		
	10) Acompanhamento BMT		
	11) Dexametasona 40 1x12h	18	

BMT: 28/08/12 14:00 hrs.
Paciente vítima de acidente de moto, apresentando melioplastia em maxila e limitação de abertura bucal sem queixas visuais.

ES: Solicito TC de face.
Reavalição BMT.
RETORNAR
FRA VILA DE ZILGUA 5
e "E". *COMBINAR MESMO TEMPO - INURB

Assinatura do médico
Data de prescrição
Assinatura do enfermeiro
Data de prescrição

Dr. H. Henrique Araújo
Clínica Buco-Maxilo-Facial
Implantodontia
CRP-PB 0001

Data da Operação		Enf.	Leito
Operador		1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório: Ferimento lacerado - Contusão de			
Tipo de Operação: Ressecção de SVP e T.M.F. (D)			
Diagnóstico Pós-Operatório: Ressecção de SVP e T.M.F. (D)			
Relatório Imediato da Patologia: não houve			
Exame Radiológico no Ato: não houve			
Acidente Durante a Operação: não houve			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

- ① Acesso pelo pericrânio
- ② Desbridamento do Bordo
- ③ Sutura por planos
- ④ Curativos expostos

BA

८५

Convênio

CR# 3168

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente	dox Antonio	Alojamento	2	Leito	2	Convênio
----------	-------------	------------	---	-------	---	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
10/09/12	1. Dieta livre 2. SF 0,9% 1500 ml EV 24h 3. Cefazolin 1g EV 8h 4. Cefazolin 40mg SC 1x/dia 5. Dipirona 1g EV 6h 6. Anatox.	12 20 04 18 24 06 18 24 06	Paciente está em estado de choque. Cirurgia realizada pelo neurologista.
18/09/12	1. Dieta livre 2a ordem 2. SF 0,9% 1500 ml EV 24h 3. Cefazolin 1g EV 8h 4. Cefazolin 40mg SC 1x/dia 5. Dipirona 1g EV 6h 6. Clofazina 50mg	12 20 04 18 24 06 18 24 06	Paciente está em estado de choque. Cirurgia realizada pelo neurologista.

pedia, por o momento não a realizar (sujeito de respons. em anexo).



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Serviço Social

Nome: José Antônio Nunes Idade: 26

Como é conhecido(a) — Ala 001 Fm 2 Cam 2

Data de admissão 27/08/12 Procedência Nova Palmeira

Endereço: Sítio Poco de Pedro d'Água
Trinidade

Com quem reside? com a companheira e um filho

Resp. Elaine Alves Nunes Telefone: 8676401

DADOS SOCIAIS:

Está inserido em algum Programa Social? Não () Sim (x) Qual? PBF

É acompanhado por algum Serviço de Saúde? Não () Sim (x) Qual? B.S.F

Causa da admissão: Queda de moto

Se adulto ou idoso:

Estado civil: em casamento Tem filhos: Não () Sim (x) Quantos? 2

Profissão: Agricultor Fuma? Não (x) Sim () Faz uso de bebida alcoólica?
Não () Sim (x) Eventualmente () É etilista ()

Se criança ou adolescente:

Estuda: Sim () Não (). Que série está cursando? —

Profissão dos pais ou responsável: —

Observações: Acompanhado pela companheira Maria
desenvolvendo atividades sobre a mesma e sua
doença.

28/08/12

Silvia
Gilvanize Távares da S.O.
ASSISTENTE SOCIAL
CRESS 1709



Folha de Tratamento e Evolução

Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica	
1) <i>Acido Lúrico</i>				<i>Até Médica</i>	
2) <i>Sal 2000 ml EV 2/4</i>					
3) <i>Ufasolima 1g EV 8/84</i>					
4) <i>Tubal 20mg EV 12/124</i>					
5) <i>Quivima 2ml + AD EV 6/64</i>				<i>Dr. [Signature]</i>	
6) <i>Cloran 40mg x 1 cada</i>					
7) <i>Carapal 2</i>					
8) <i>Cl 60 - 500</i>					
9) <i>Até Médica</i>					

Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande
Dr. Carlos Gonzaga Fernandes

Artim - 11/11/17

Data da Operação *27/08/12* Enf. *[assinatura]* Leito *[assinatura]*

Operador *Dr. Schuchert Costa* 1º Auxiliar *Dr. Ricardo*

2º Auxiliar *[assinatura]* Instrumentador *[assinatura]*

Diagnóstico Pré-Operatório *H. exposta de Fêmur D* Tipo de Anestesia *geral*

Tipo de Operação *Artroscopia de fêmur exposta de Fêmur D*

Diagnóstico Pós-Operatório *O melhora*

Relatório Imediato da Patologia *sem*

Exame Radiológico no Ato *sem*

Acidente Durante a Operação *sem*

Procedimento e técnica feita

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

1. Procedimento em fêmur exposto de fêmur D
2. Borepin + Artroscopia
3. Campos Campos Artroscopia
4. Lavagem abundante com 99% / 1% + H₂O₂ + RBE
5. Fechamento de ferida parietalizada
6. Imobilização de fêmur
7. Sutura
8. Curativo
9. Cefazolin 1g / 12h

DR. SCHUCHERT COSTA
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM 5523

PARO 101



BOLETO DE RETORNO

PACIENTE: José Roberto Nunes

DATA DO ATENDIMENTO: 24.08.12

PRONTUÁRIO: 957053 FICHA:

DIAGNÓSTICO: fratura da perna direita

PROCEDIMENTO: Redução + fixação

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Marcelo Jorge

DATA RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	SAEA
Paciente em uso de medicação anti-convulsiva			
Paciente em uso de medicação anti-convulsiva			
23/10/12			
24/11/2012	Ortop	HRT	torção 120
5/3/2013	Ortop	HRT	torção 120
13/4/2013	Ortop	HRT	torção 120
25/10/13	Ortop	HRT	torção 120

10/08



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR.(A): Antonio José Nunes

PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A

TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 5.22 NO CID. DURANTE

O PERÍODO DE 27/08/12 A 30/09/12 NECESSITANDO DE

doze (12) dias DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES

Campina Grande, 30/09/12

[Assinatura]
Ass. do Médico - Nº. do CRM _____

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o

Dr., _____ a registrar o diagnóstico

codificado CID ou por extenso neste atestado médico

Ass. do Paciente ou Responsável



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 3612311 DATA DE EMISSÃO 17 DEZ 2007

NOME ANTONIO JOSÉ NUNES

Nome José João Nunes

Matrícula Maria Nunes

Pedra Lavrada-PA. 20.04.1986

Cert. Nasc. 3610, Fls. 46v, Tav. A-03.

Cart. Barreiras-PA.

LRF

Assinatura

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

900

ANTONIO JOSÉ NUNES

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

Correios

www.correios.gov.br

Jul 2009

Receita Federal

CPF

096.792.144-94

ANTONIO JOSÉ NUNES



Seguradora Líder - DPVAT

LAUDO DO IMPL - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE - DAV

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Antonio Jose NunesDATA DO ACIDENTE 26.08.2012CPF DA VÍTIMA 096.792.144-94

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA ÉENDEREÇO DO PORTADOR Sítio JazourindaNº 511 COMPLEMENTOBAIRRO Zona RuralCIDADE Itapecuru UF PACEP 58.184-000E-MAIL antoniojose@lupul.com.br TELEFONE (83) 3371-2274

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA 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 OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1104

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 14/03/16

IDENTIDADE 361234

ASSINATURA ANTONIO JOSE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA _____ MATR. CORREIOS _____

NOME _____

ASSINATURA _____

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0831380/16
Vítima: ANTONIO JOSE NUNES
CPF: 096.792.144-94

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 26/08/2012
Titular do CPF: ANTONIO JOSE NUNES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANTONIO JOSE NUNES : 096.792.144-94

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.

Portador da documentação entregue

Data: 22/03/2016
Nome: ANTONIO JOSE NUNES
CPF/CNPJ: 096.792.144-94

ANTONIO JOSE NUNES

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 22/03/2016
Nome: JOCELLY VIRGINIO DE SOUZA
CPF: 037.238.207-00

JOCELLY VIRGINIO DE SOUZA

~~SECRET~~

Número do Benefício: 601.689.569.9

Espécie: 31

Assunto: ANTONIO JOSE NUNES

Endereço: QUATI SN , ZONA RURAL

CEP: 58.180.000 **Município:** PEDRA LAVRADA

UF: PE

Assunto: Requerimento da Pedido de Prorrogação

Decisão: DEFERIDO

Motivo: **Constatação de incapacidade laborativa**

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei Nº 8.213, de 24/07/1991 e arts. 71 e 78 do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 06/05/1999.

42800 (a) Senhor (a),

Em atenção ao requerimento de Pedido de Prorrogação, efetuado em 17/07/2013, a Previdência Social comunica que foi reconhecido o direito à prorrogação do benefício, em razão do exame médico pericial realizado pelo INSS ter concluído que existe incapacidade para o trabalho e/ou atividade habitual.

0 Auxílio-Doença Foi concedido até 19/09/2013 Data da Cessação do Benefício - DCB.

Caso não recupere a capacidade para o trabalho e/ou atividade habitual até a data da cessação, fixada, o(a) Senhor poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante Pedido de Prorrogação - PP, no prazo de 15 (quinze) dias antes da cessação do benefício 19/09/2013 observado o disposto no artigo 78, § 2º, do Regulamento da Previdência Social.

Cessado o benefício, o(s) Senhor(á) poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante Pedido de Consideração - PR ou apresentar Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social, ambos no prazo de 30 (trinta) dias contados a partir de 19/09/2013, observado o disposto nos arts. 78, § 1º e 305, § 1º, do Regulamento da Previdência Social aprovado pelo Decreto nº 3.048/99.

Os Pedidos de Prorrogação, de Reconsideração e a apresentação do Recurso poderão ser agendados por meio do portal da Previdência Social na internet (www.previdencia.gov.br), da Central 135 ou em uma Agência da Previdência Social.

...Caso haja recuperação da capacidade para o trabalho e/ou atividade habitual antes do prazo fixado, orienta-se o comparecimento a uma Agência da Previdência Social para marcação de exame médico-pericial.

O prazo para a revisão do benefício é de 10 (dez) anos contados da data da concessão ou do indeferimento, de acordo com o prazo decadencial previsto no art. 103 da Lei nº 8.213/91 e art. 347 do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048/99.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

AG DA P S CAMPINA GRANDE - DINAMERICA

ENDERECO: AV. DINAMERICA ALVES CORREIA, S/N

- SANTA ROSA

CEP: 58416.680

MUNICIPIO: CAMPINA GRANDE

UF: PR



0831380/10



ARIO
LIDER - DPVAT

TELEFONE / Phone Number
SAC DPVAT 0800 0221204

UF / State RJ	PAÍS / Country BRASIL
------------------	--------------------------

ATENDIMENTO

