



Número: **0801431-51.2019.8.15.0301**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Pombal**

Última distribuição : **22/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.087,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA (AUTOR)	CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31152 675	01/06/2020 12:04	<u>2722937_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190303896

Vítima: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 03/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

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, contados 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

Carta nº 14275367

Pag. 01893/01894 - carta_01 - INVALIDEZ



00020947





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190303896

Vítima: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 03/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

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

Comprovante de residência 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

Pag. 00143/00144 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 14277001





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190303896 **Vítima: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA**

Data do Acidente: 03/10/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000732

Conta: 0000028325-0

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, retorno 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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:
 852.074.034-00 RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

Nome completo: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA CPF: 852.074.034-00

Profissão: CINEURG Endereço: NUN Pe. AMÂNCIO LEITE Número: 346 Complemento: CASA

Bairro: CERTINHO Cidade: POMBAL Estado: PB CEP: 58.840-000

E-mail: Tel.(DDD): 53-98132-0080

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo [ANEXAR CóPIA].

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0732

CONTA: 00028315

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou: Sim Não Vítima deixou: Sim Não
 Vivos: Falecidos: Nascimento (vai nascer)? _____

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Imprссionar
assinatura da
vítima ou
beneficiário
declarante
Local e Data, _____
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

[*] A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cléncia do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 1074/2018

Natureza da ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO
Data do fato: 03/10/2018 hora: 23h30min

Notificante: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA, alcunha "****",
Nacionalidade: Brasileira, naturalidade: Currais Novos-RN, nascido
em 20/12/1973, documento: RG nº1.361.219 CPF nº 852.074.034-00,
filho de Terezinha dos Santos Medeiros e de José João da Silva,
endereço: Rua Padre Amâncio Leite, 346 Bairro Centro- Pombal/PB,
referência: tel contato 83-999372695.

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: Bel. Roberto Barros

Vítima: , alcunha " ", Nacionalidade: ,
naturalidade: , idade: anos, nascido em
/ / , cor/raça: *****, Estado Civil: Casado,
Profissão: , Escolaridade: ***** , documento:
filiação: e de , endereço: Rua , referência:
Tel/Cel:(**) **;

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas
ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE, em data de
03/10/2018, por volta das 23h30min aproximadamente, quando conduzia
o veículo de marca renault/duster 20d 4X2A, de cor branca,
ano/modelo 2013/2014, de placas PGP 8350-RN, saindo de Catolé do
Rocha para a cidade de Pombal-PB, onde reside, pela PB325, Km 45,
na subida de uma ladeira com uma curva acentuada a esquerda veio a
pedir o controle do veículo, onde capotou por várias vezes, fato
este ocorrido depois da entrada da cidade de Lagoa-PB, e devido ao
local este notificante só foi socorrido por Policiais Militares
Bombeiros, depois de três horas do acidente, levado para o
Hospital Regional de Pombal onde recebeu os primeiros socorros,
ficando internado para observações médicas. Por esse motivo
comunica o fato e pede providencias.. Nada mais a consignar.

Catolé do Rocha, 28 de novembro de 2018. Às 16:10 horas.

Ronaldo José dos Santos Silva

Notificante Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
José Carlos da Silva Filho
Matrícula: 135.602-0





**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
3º COMANDO REGIONAL BOMBEIROS MILITAR
6º BATALHÃO DE BOMBEIRO MILITAR
2ª COMPANHIA DE BOMBEIRO MILITAR
GABINETE DO COMANDANTE
BM - 3**

VISTO

Jardel Alves Leite
Comandante 1º CBM/6º BBM
Matr. 525.954-1

CERTIDÃO COMPROBATÓRIA – Nº 025/2018

Certificamos para os fins a que se destina, que aproximadamente às 03h00min do dia 04 de outubro do ano de dois mil e dezoito, a guarnição de Auto Resgate desta Unidade do Corpo de Bombeiros Militar deslocou-se para atender uma ocorrência tipo Acidente Automobilístico, ocorrido na PB-325 antes da entrada para a cidade de Lagoa-PB.

MOVIMENTO DO SOCORRO: Hora do aviso: 03h00min#####

RELATO DO EVENTO: Chegando ao local solicitado, a Guarnição de Resgate do Corpo de Bombeiros Militar se deparou com a vítima, o Senhor **RONALDO JOSÉ DOS SANTOS SILVA**, que se encontrava em decúbito dorsal no acostamento da pista. A Vítima queixava-se de dores no ombro esquerdo e abdômen. A vítima foi estabilizada e conduzida ao Hospital Regional de Pombal, onde foi atendida pelo médico plantonista.#####

VITIMAS FATAIS: Não houve.#####

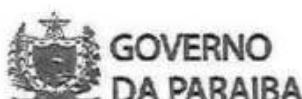
SOCORRISTAS: 1ºTEN BM MATR. 525.954-1 **JARDEL ALVES LEITE**
SD BM MATR. 526.091-4 **ANTONIO FERREIRA DA SILVA**
SD BM MATR. 525.999-1 **QUEUDINALDO NOBREGA DE ASSIS**

SOLICITANTE DA CERTIDÃO: **RONALDO JOSÉ DOS SANTOS SILVA** – CPF: 852.074.034-00.

Pombal, 27 de novembro de 2018.

Jardel Alves Leite 1º TEN QOBM
Matr. 525.954-1

MARCELLO ANTÔNIO TEODOZIO COSTA PINTO – 1º TEN QOBM
Chefe da B/3 da 2ªCBM/6ºBBM



Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - 3º Comando Regional - 6º Batalhão - 2ª Companhia
Rua Antônio Ferreira, S/N, Centro, 58840-000 - Pombal-PB
Fone: (83) 3431-3548 - email: bombeiros.pombal@gmail.com





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:
 852.074.034-00 RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

Nome completo: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA CPF: 852.074.034-00

Profissão: CINEURG Endereço: NUN Pe. AMÂNCIO LEITE Número: 346 Complemento: CASA

Bairro: CERTINHO Cidade: POMBAL Estado: PB CEP: 58.840-000

E-mail: Tel.(DDD): 53-98132-0080

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo [ANEXAR CóPIA].

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0732 CONTA: 00028315 0
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou: Sim Não Nascimento (vai nascer): _____ Vítima deixou: Sim Não País/avós vivos? _____

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Imprima
número da
vítima ou
beneficiário
não declarado
Local e Data, _____
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

[*] A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cléncia do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO
RUA CEL. JOAO LEITE
POMBAL PARAIBA (83)3431-2149

SABEMI - REC. EM 03 MAI 2019

Ocorrência: INTERNAMENTO

Data/Hora 04/10/2018 11:27:40

Servidor do Dr.: 7120

Paciente RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

Idade: 44 Sexo M

Filiação

Pai:

Mãe:

TEREZINHA DOS SANTOS MEDEIROS

Endereço

Cidade POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

Endereço: ERON DE SOUSA LEITE

N.: 250

Bairro: PETROPOLIS

Naturalidade: CURRAIS NOVOS - RN

Fone:

Documentos

CNS: 706-5023-1845-8692

Identidade:

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento 20/12/1973

Cor: PARDA

Estado Civil: N.INF.

Profissão: AUTONOMO(A)

Responsável:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

*Paciente vítima de crise aguda de cancro de testis.
Com dor em testis + dor no abdômen*

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

*Exame: Esg, colete e abdômen, febre
ao toque*

Determinado em abdômen () + dor no abdômen

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Exame: Rádio, tórax, abdômen

Exame: Rádio (crânio) () + exames para bexiga ()

Diagnóstico:

Motivo da Alta:

Resultado: () Saiu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em: Dr. Tito Alberto de O. Soárez

Recepção: BARBARA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM/PE 22911 CRM/PE 23411



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00732

CONTA: 000000028325-0

Nr. da Autenticação 3950B7352D868236



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 12:04:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060112042813900000029896564>
Número do documento: 20060112042813900000029896564

Num. 31152675 - Pág. 11



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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)

Capital 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

SABEMI - REC. EM 03 MAI 2019

Eu, DONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA,

RG nº 5361239, data de expedição 16/05/18,

Órgão SSP-PB, CPF nº 852-074-034-00,

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 seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>DUA PC. AMARICIO LEITE</u>
Número	<u>346</u>
Apto/Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>POMBAL</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58.840-000</u>
Tel. de contato	<u>83- 98132-0080</u>
E-mail	<u>EVANDNOQUEIROCA.ADV@HOTMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: POMBAL-PB, 10/03/2019

Donaldo Jose dos Santos Silva
Assinatura do Declarante



 CAGEPA COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87		PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME ESTAMPO MATRÍCULA																															
		70912866																															
CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA E/ESGOTO E SERVIÇOS		REFERÊNCIA ABR/2019																															
CARLOS EVANDRO RABELO DE QUIROGA RUA MIGUEL ALVES DA SILVA, 28 - 1 ANDAR PETROPOLIS POMBAL PB 58840-000																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Inscrição</th> <th>SMI</th> <th colspan="3">Quantidade de Economias</th> <th>Responsável</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>Estimativa</th> <th>Realiz.</th> <th>Meta</th> <th>Pai</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>112.004.365.0146.000</td> <td>000</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Hidrômetro</td> <td>Data de Instalação</td> <td>Localização</td> <td>Situação Água</td> <td>Situação Esgoto</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>LIGADO</td> <td>LIGADO</td> <td>POTENCIAL</td> </tr> </tbody> </table>				Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável			Estimativa	Realiz.	Meta	Pai	112.004.365.0146.000	000	1	0	0	0	Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto					LIGADO	LIGADO	POTENCIAL
Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável																												
		Estimativa	Realiz.	Meta	Pai																												
112.004.365.0146.000	000	1	0	0	0																												
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto																													
			LIGADO	LIGADO	POTENCIAL																												
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m ³) NUM DE DIAS PRÓXIMA LEITURA 10 10 10/05/2019 HIST. CONS./AMOR. LEIT. QUALID. ÁGUA ANEXO DA POF 05/2017 /15 MAR/2019 10 PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES FEV/2019 10 TURBIDEZ 46 46 46 JAN/2019 10 CLORO 46 46 46 DEZ/2018 10 COL. TERMO 0 0 0 NOV/2018 10 COR 10 46 42 OUT/2018 10 COL. TOTAL 46 46 46 MÉDIA(m ³) DADOS REFERENTES A: FEVEREIRO/2019																																	
DATA DA IMPRESSÃO: 11/04/2019 DESCRIÇÃO ÁGUA RESIDENCIAL UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA		HORA DA IMPRESSÃO: 10:15:59 CONSUMO TOTAL(R\$) 10 m ³ 37,91																															
ESGOTO ACRESCIMO(S) MÊS(E) ANO: 03/2019 JUROS DE MORA 03/2019		0,75 0,06																															
VENCIMENTO: 23/04/2019 Total a Pagar:		R\$ 38,72																															
CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: NÃO MEDIDO TIPO DE TARIFA: 1 INFORMAÇÕES GERAIS: ABRIL VERDE: #CHGADAEACIDENTEDETRABALHO.																																	





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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, DONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA,

RG nº 1361219, data de expedição 16/05/18,

Órgão SSPI RN, CPF nº 852.074.034-00,

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 seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA PADRE AMARILIO LEITE</u>
Número	<u>384</u>
Apto/Complemento	<u>6021</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>POMBAL</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58.840-000</u>
Tel. de contato	<u>83-98132-0080</u>
E-mail	<u>EVANDROQUEIROCA.ADV@HOTMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: POMBAL - PB 02/05/2019

Donaldo José da Snta Silva
Assinatura do Declarante

SABEMI - REC. EM 31 MAI 2019





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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://www.2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

SABEMI - REC. EM 03 MAI 2019

Pelo exposto, eu CARLOS EVANDRO 17-1 Quico La inscrito (a) no CPF/CNPJ 030.823.674-129 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário DONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 852.074.034-00, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima DONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 852.074.034-00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Professor Renda: 3.773,82 e apresento os documentos comprobatórios:
CORTINAS

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		Número	Complemento
<u>PRIA MIGUEL ALVES DA SILVA</u>		<u>28</u>	<u>1º ANDAR</u>
BAIRRO	Cidade	Estado	CEP
<u>PETROPOLIS</u>	<u>POMBAL</u>	<u>PB</u>	<u>58.840-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>EVANDROQUEIROA.ADV@HOTMAIL.COM</u>			

POMBAL, 10 de ABRIL de 2019
Local e Data

Carlos Evandro Natilo La Quico La
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO DOMINGOS



Referente: 03/2019

Referente: 03/2019

Message in a bottle

Mengenlehre und Logik

Anästhesiatria

Data Assimilation

110

23





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: 0800-1596 / 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 Ouvintia: 0800 021 91 35

SABEMI - REC. EM 03 MAI 2019

Eu, Sabryna de Brito Crouijo,
RG nº 62 690.137-6, data de expedição 17/08/2017
Órgão 6SP, portador do CPF nº 111.833.894-42,
com domicílio na cidade de Pombal, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Dolva Ferreira de Queiroga, nº 511,
complemento 000, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA, cujo o condutor era
RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA.
Veículo: MISTOL Modelo: RENAULT MUSSEN 2.0 D Ano: 2013/2014
Placa: PGP-8350 Chassi: 93YH5B21AE1898557
Data do Acidente: 03/03/2018

Local e Data: Pombal - PB, 27/03/2019


Sabryna de Brito Crouijo
Assinatura do Declarante

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



Cel. João Queiroga
1º Ofício de Notas e Registros e Intervis.
CNPJ: 09.205.816/0001-26
Telefone: (83) 3431-2175 - Pombal-PB





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL SENADOR "RUI CARNEIRO"



SABEM - REC. EM 03 MAI 2019

HOSPITAL	
NOME DO PACIENTE	Ronaldo dos Santos
DATA DA OPERAÇÃO	16.10.18
OPERADOR	Dr. Senom
2º AUXILIAR	3º AUXILIAR
ANESTESISTA	Dr. Alison
DIAGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO	Fratura de antebraço (ET)
TIPO DE OPERAÇÃO	Ostossíntese
DIAGNOSTICO PÓS- OPERATORIO	O mesmo -
RELATORIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA	
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO	
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO	

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA- MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS

1. PCT em dicíbus dorsal horizontal
2. Banhamento
3. Incisão clorof
4. Dissecção por planos + Hemostasia
5. Identificação do foco de fratura
6. Descolamento do palpo-fuso da T13 em fragmentos
7. Redução
8. Fixação em placa DCP. + par. costelas
9. Cefalos por pl
10. Curativa



Nome: Ronaldo José dos Santos Silva
 Filiação: Terezinha dos Santos Mendes
 Sexo: Marci. Idade: 44a. Cor: Rarida
 Procedência: Clínica Domíngos Data: 26/10/18
 Cirurgião: Dra. Silvana Auxiliar: -
 Anestesista: Dra. Flávia Alisson Anestesia: Blockus + Sedação
 Início da anestesia: 14:15 Término: 15:25 Duração: 1h10m
 Início da intervenção: 14:15 Término: 15:25 Duração: 1h10m

Insumo	Quantidade
Equipo macrogotas	01
Jelco 20	01
Soro fisiológico 0,9% 500ml	20
Seringa 5ml	05
Seringa 10ml	10
Lidocaína 2%	01
Neocaína	01
Dimorf 0,2	01
Agulha para raque	01
Luva estéril	03
PVPI tópico	50ml
Gaze (pacote com 10 unidades)	12
Compressas	18
Efortil	01
Cefalotina ou cefazolina ou ceftriaxona	01
Nausedron	01
Decadrom 4mg	01
Água para injeção	04
Espasadrapo	80cm
Escova de PVPI degermante	07
Touca	05
Máscara	05
Propé (par)	05
Luva de procedimentos (par)	12
Látex	01
Cateter de oxigênio tipo óculos	01
Lâmina de bisturi nº 24	01
PVPI degermante	100ml
Algodão ortopédico 12cm	08 rolos

Hospital: Hospital Regional de Pombal		Enfermaria	Leito	Nº Prontuário			
Nome: Rosalva José da Silva Silva		Idade: 46	Sexo: M	Altura: -			
Peso: 100 Kg. FRC: 1000mls.		Respiração: 20/12 = 9,17	Temperatura: -	Peso: -			
ipo Sangue	Hemácias: -	Hemoglobina: -	Hematídeo: -	Oleodina: -	Ureia: -	Outros: -	
	Urina: -						
p. Respiratório	Síntomas: -					Alergia: -	
p. Circulatório	Hab. mas não faz uso de medicamentos.					Ecografia: -	
p. Digestivo	Síntomas: -					Ag. Urinário: -	
Estado Mental	Consciente, orientado, ansioso					Alergia: -	
Diagnóstico Pré-Operatório	Fratura de mto braço (E).					Estado Físico: II	Risco: -
Unidades Anestésicas							
Medicinas Pré-Anestésicas: Neg		Aplicado às: -		Bolha: -			
Anestesia Anestesiador	O ₂	- Intubação - Cetamina - e axilas (E)		Bolha: -			
	O ₂						
União	S/DOc	- Intubação de 20m de bipolarizada 0,5% etoca no esfogo, m-		INDUÇÃO			
	EEG	- 98x 99x 99x - 98x 99x n/n n/n n/n n/n n/n		Bolha: - Est: - Tosses: - Laringo espasmo: - Lento: - Náuseas: - Vômito: - Outros: -			
Sistema Respiratório - Anestésico Geral	260	- 100% oxigênio		MANUTENÇÃO			
	240	- 100% (E)					
	220	- 100% (E)					
	200	- 100% (E)					
	180	- 100% (E)					
	160	- 100% (E)					
	140	- 100% (E)					
	120	- 100% (E)					
	100	- 100% (E)					
	80	- 100% (E)					
	60	- 100% (E)					
	40	- 100% (E)					
	20	- 100% (E)					
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES: ① Fentanil 50ug ② Octreotida 10ug ③ Tenoctetram 200ug ④ Propofol 100mg ⑤ Ondansetron 8mg ⑥ Cefazolina 3g ⑦ D-Prone 3g							
POSIÇÃO	Decubito lateral						

Another approach to modeling the sub-coupling is the combination

Outra, ou a, as complicações pré-operatórias e pós-operatórias
Out: paciente vítima de acidente portando hérnia e fratura de
antebraço (01), será submetido à remoção cirúrgica. MSE opera-
TORIA DE ANESTESIA

FOLHA DE ANESTESIA
sentido de perda motor e sensitivo, após o ocultante e antes
da realização do bloqueio deplexo brônquial (E)





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

2 - CNES
2592568

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE
RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

4 - PRONTUÁRIO
33876

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
706-5023-1845-8692

6 - DATA DE NASCIMENTO
20/12/1973

7 - SEXO
M

8 - RACA / COR
PARDA

9 - NOME NA MÃE

TEREZINHA DOS SANTOS MEDEIROS

10 - TELEFONE
34312149

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - ENDERÉCO
ERON DE SOUSA LEITE

N.º 250

13 - BAIRRO

PETROPOLIS

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÓD IBGE
POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Veniente vítima de caiamento de concreto
Bh. com dor e frax + paroxi de MNE
Paroxismo total da MNE*

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Recomendação da Cirurgia

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exames gênes + Rx

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura notável do tornozelo

22 - CID 10-RRNQ 23 - CID 10-SEC 24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

952.0 V87.9

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tomografia para ferimento de tornozelo

26 - COD. PROCEDIMENTO

0408020431

27 - CLÍNICA

28 - CARATÉR INTERNAÇÃO

29 - DOCUMENTO

30 - NOME PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE

ERON

ERON

CNS CPF

029.187.184-93

ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE

*Dr. Tulio Alberto de O. Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 02511-PE*

32 - DATA SOLIC.

04/10/18

33 - ASSINATURA / CARIMBO (DIRETOR MEDICO)

*DR. TULIO ALBERTO DE SOUZA
CRM: 02511-PE*

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

34 () ACIDENTE TRÂNSITO

37 - CNPJ SEGURADORA

38 - N° BILHETE

39 - SÉRIE

35 () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ EMPRESA

36 () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

41 - CNAE EMPRESA

42 - CBOR

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - N° AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - N° DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL

CNS CPF

029.187.184-93

48 - DATA AUTORIZAÇÃO

49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

1 / 1





Paciente: RONALDO JOSÉ DOS SANTOS SILVA

Nº do Paciente: PB180201273

Data de Nascimento: 20/12/1973

Data do Exame: 01/02/2019

Procedência: Paciente Interno

Sexo: M

RADIOGRAFIAS DIGITAIS DO ANTEBRACO ESQUERDO AP/PERFIL

RELATÓRIO:

Osteossíntese metálica do terço médio da diáfise do rádio.

Imagem densa projetada junto a face medial da porção proximal da ulna (calcificação?).

Relações articulares mantidas.

Assinado Eletronicamente por: Dra. Bianca Weikersheimer CRM 734845-RJ | Médica-radiologista RQE 26199-RJ CRM ES-1964-55 em Laudo Radiológico Criado em 01/02/2019 11:14:02 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.

Endereço 1: Coronel João Carneiro, 368 / Centro - Pombal - PB Fone: (83) 3431-2020 / 9 99989-0097
Endereço 2: Rua Padre Sandoval Ferrer, s/n / Centro - São Bento - PB Fone: (83) 3444-2946 / 9 9989-0237
Endereço 3: Rua Véndico Neiva, s/n / Centro - Catolé do Rocha - PB Fone: (83) 3441-3567 / 9 9820-2114





Nome: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

Convênio: PARTICULAR

Médico Solicitante: FERNANDO HENRIQUE SOUZA

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO

TÉCNICA DE EXAME:

Foram realizadas aquisições multisequências e multiplanares ponderadas em T1, T2, T2-STIR. Realizadas sequências ponderadas em T1/FS antes e após a infusão EV do meio de contraste paramagnético (gadolínio).

ANÁLISE :

Desfiladeiro torácico anatômico.

Alteração morfológica e hipersinal nas sequências T2/STIR na topografia do trajeto das raízes do plexo braquial esquerdo, de C5 a T1, sugerindo lesão neural traumática. Após a infusão EV do meio de contraste paramagnético observamos impregnação anômala do trajeto das raízes do plexo braquial e dos planos musculares e adiposos regionais, sugerindo atividade inflamatória.

Triângulos dos escalenos bem configurados bilateralmente.

Ausência de lesões sólidas ou císticas no trajeto dos desfiladeiros torácicos.

Ápices dos hemitóraces conservados.

Dr. Carlos Ferreira Neto II - CRM 5912-PB
Dr. Henrique Queiroga Cartaxo - CRM 4146-PB
Dr. Italo Miranda Pereira - CRM 5206-PB
Dr. Marcílio Mendes Cartaxo - CRM 2044-PB
Dr. Murilo Augusto de Almeida Rodrigues - CRM 7084-PB
Dr. Océlio Queiroga Cartaxo Filho - CRM 5056-PB
Dr. Pedro Guedes Pereira - CRM 5023-PB

MAGNETOM SAMARITANO
Av. Santa Julia, 35 - Torre - João Pessoa - PB - CEP 58.040-450
Fones: Ressonância (83) 3244-6968 - Tomografia (83) 3244-2968
MAGNETOM PRAIA
Av. Sen. Ruy Carneiro, 234 - Mirmar - João Pessoa - PB - CEP 58.032-101
Tel.: (83) 3247-3111
www.magnetom.com.br • Email: magnetom@magnetom.com.br





IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Sinais de lesão neural traumática acometendo as raízes do plexo braquial esquerdo de C5 a T1, destacando-se atividade inflamatória nestas estruturas neurais e dos planos musculares e adiposos regionais.

João Pessoa, 31 de Outubro de 2018

DR. Carlos Ferreira Neto I i

CRM - 5962 PB

Dr. Carlos Ferreira Neto II • CRM 5962 PB

Dr. Henrique Queiroga Cartaxo • CRM 4146 PB

Dr. Italo Miranda Pereira • CRM 5966 PB

Dr. Marclio Mendes Cartaxo • CRM 2044 PB

Dr. Murilo Augusto de Almeida Rodrigues • CRM 7084 PB

Dr. Ocelio Queiroga Cartaxo Filho • CRM 5056 PB

Dr. Pedro Guedes Pereira • CRM 5033 PB

MAGNETOM SAMARTANO

Av. Santa Julia, 35 - Torre - João Pessoa - PB - CEP 58.040-450
Fones: Ressonância (83) 3244-6968 - Tomografia (83) 3244-2968

MAGNETOM PRAIA

Av. Sen. Ruy Carreiro, 234 - Miramar - João Pessoa - PB - CEP 58.032-101
Tel.: (83) 3247-3111
www.magnetom.com.br • Email: magnetom@magnetom.com.br



Relatório de Eletroneuromiografia

Paciente: RONALDO JOSÉ DOS SANTOS SILVA, 44 anos

Data: quarta-feira, 31 de outubro de 2018

INSTITUTO PARAIBANO DO CÉREBRO

AV. AMAZONAS, 187- BAIRRO DOS ESTADOS - JOÃO PESSOA - PB - FONE: (83) 999485408

Médico Solicitante: DR. FERNANDO HENRIQUE

APARELHO NEURO-MEP MICRO

História Clínica:

ACIDENTE DE AUTOMÓVEL EM 04.10.2018 (CAPOTAMENTO); SOFREU FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO, CLAVÍCULA E COSTELAS; DESDE ENTÃO, MONOPLÉGIA EM BRAÇO ESQUERDO.

ACHADOS RELEVANTES: EXAME REALIZADO EM MEMBROS SUPERIORES

ESTUDO DE CONDUÇÃO MOTORA

O NERVO MEDIANO DIREITO DEMONSTROU ONDA M COM LATÊNCIA DISTAL PROLONGADA, AMPLITUDE E VELOCIDADE DE CONDUÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE, COM CAPTAÇÃO NO MÚSCULO ABDUTOR CURTO DO POLEGAR, ESTÍMULOS EM PUNHO E COTOVELO; O NERVO MEDIANO ESQUERDO NÃO DEMONSTROU RESPOSTA;

O NERVO ULRNAR DIREITO DEMONSTROU ONDA M COM LATÊNCIA DISTAL, AMPLITUDE E VELOCIDADE DE CONDUÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE, COM CAPTAÇÃO NO MÚSCULO ABDUTOR DO DEDO MÍNIMO, ESTÍMULOS EM PUNHO, ABAIXO E ACIMA DO COTOVELO; O NERVO ULRNAR ESQUERDO NÃO DEMONSTROU RESPOSTA DETECTÁVEL;

OS NERVOS MÚSCULO-CUTÂNEO E AXILAR DIREITOS DEMONSTRARAM ONDA M COM AMPLITUDE, LATÊNCIA DISTAL DENTRO DA NORMALIDADE; A ESQUERDA NÃO EVIDENCIARAM RESPOSTA DETECTÁVEL;

ESTUDO DE CONDUÇÃO SENSITIVA

OS NERVOS MEDIANO NO II, III DEDOS, NERVO ULRNAR NO V DEDO, RADIAL SUPERFICIAL SENSITIVO E CUTÂNEO-LATERAL DO ANTEBRAÇO A DIREITA DEMONSTRARAM PICOS DE LATÊNCIA E AMPLITUDES NORMAIS;

EVIDENCIADO AMPLITUDE REDUZIDA DOS NERVOS MEDIANO NO II, III DEDOS E RADIAL SUPERFICIAL A ESQUERDA; NÃO SE DETECTOU RESPOSTA DO NERVO ULRNAR NO V DEDO A ESQUERDA;

ELETROMIOGRAFIA COM USO DE AGULHA MONOPOLAR DESCARTÁVEL

O EXAME DE AGULHA REVELOU ATIVIDADE DE INSERÇÃO NORMAL, COM INTENSA ATIVIDADE ESPONTÂNEA (FIBRILAÇÕES E ONDAS AGUDAS POSITIVAS) DURANTE O REPOUSO NOS MÚSCULOS A ESQUERDA DELTÓIDE (C5, C6- NERVO AXILAR, TRONCO SUPERIOR, CORDÃO POSTERIOR), BÍCEPS BRAQUIAL (C5,C6- NERVO MÚSCULO CUTÂNEO, TRONCO SUPERIOR, CORDÃO LATERAL), PRONADOR REDONDO (C6,C7- NERVO MEDIANO, CORDÃO LATERAL E MEDIAL, TRONCOS SUPERIOR E MÉDIO), ABDUTOR LONGO DO POLEGAR (C7,C8- NERVO RADIAL, TRONCOS MÉDIO E INFERIOR, CORDÃO POSTERIOR); SILENCIO ELÉTRICO NO MÚSCULO INTERÓSSEO DORSAL (C8,T1- NERVO ULRNAR, C8,T1- NERVO ULRNAR, TRONCO INFERIOR, CORDÃO MEDIAL), INFRAESPINHOSO (C5,C6- NERVO SUPRAESCAPULAR, TRONCO SUPERIOR). NÃO REGISTRADO POTENCIAIS DE UNIDADE MOTORA NOS MÚSCULOS ACIMA AVALIADOS.

CONTINUA....

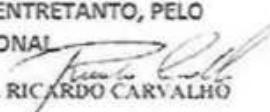
RONALDO JOSÉ DOS SANTOS SILVA

CONCLUSÃO:

ESTUDO REALIZADO COM 28 DIAS DE TRAUMA, EVIDENCIADO SINAIS DE DESNERVAÇÃO EM ATIVIDADE NOS MÚSCULOS A ESQUERDA DELTÓIDE (C5, C6- NERVO AXILAR, TRONCO SUPERIOR, CORDÃO POSTERIOR), BÍCEPS BRAQUIAL (C5,C6-NERVO MÚSCULO-CUTÂNEO, TRONCO SUPERIOR, CORDÃO LATERAL), PRONADOR REDONDO (C6,C7-NERVO MEDIANO, CORDÃO LATERAL E MEDIAL, TRONCOS SUPERIOR E MÉDIO), ABDUTOR LONGO DO POLEGAR (C7,C8- NERVO RADIAL, TRONCOS MÉDIO E INFERIOR, CORDÃO POSTERIOR), DENOTANDO PLEXOPATIA BRAQUIAL A ESQUERDA, COM COMPROMETIMENTO DE TRONCOS SUPERIOR, MÉDIO E INFERIOR, COM DESNERVAÇÃO EM ATIVIDADE, COM CARACTERÍSTICAS PRÉ E PÓS GANGLIONAR.

COMENTÁRIOS:

NÃO EVIDENCIADO AINDA ATIVIDADE DE DESNERVAÇÃO EM MIÓTOMOS DE C8, T1 (MÃO); ENTRETANTO, PELO TEMPO DE TRAUMA AINDA NÃO SE PODE AFIRMAR AUSÊNCIA DE COMPROMETIMENTO AXONAL


DR. RICARDO CARVALHO

NEUROCIRURGIA / NEUROFISIOLOGIA

CRM 6628

RONALDO JOSÉ DOS SANTOS SILVA

2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 12:04:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060112042813900000029896564>
Número do documento: 20060112042813900000029896564

Num. 31152675 - Pág. 28



Paciente: RONALDO JOSÉ DOS SANTOS SILVA
Nº do Paciente: P-201810040517
Data de Nascimento: 20/12/1973
Data do Exame: 04/10/2018
Procedência: Paciente Interno
Sexo: M

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DE TÓRAX

INDICAÇÃO CLÍNICA:

Avaliação.

TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de tomografia computadorizada, com colimação, filtros e reconstruções específicas para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

RESULTADO:

Múltiplas fraturas de arcos costais posteriores à esquerda.

Consolidação no lobo inferior esquerdo, inespecífica, podendo corresponder a contusão pulmonar / área de hemorragia intraparenquimatosa.

Pequeno derrame pleural bilateral, pouco maior à esquerda, e pequeno derrame pleural loculado no ápice esquerdo.

Traqueia centrada e de calibre usual.

Brônquios fontes sem alterações detectáveis.

Não há evidências de linfonodomegalia ou massas mediastinais.

Ausência de derrame pericárdico.

Imagens obtidas no abdômen superior sem alterações.

Unidade 1: Coronel João Carneiro, 368 / Centro - Pombal - PB Fone: (83) 3431-2020 / 9 99989-0097

Unidade 2: Rua Padre Sandoval Ferreira, s/n / Centro - São Bento - PB Fone: (83) 3444-2946 / 9 9989-0237

Unidade 3: Rua Venâncio Neiva, s/n / Centro - Catolé do Rocha - PB Fone: (83) 3441-3567 / 9 9820-2114





CONCLUSÃO:

Múltiplas fraturas de arcos costais posteriores à esquerda.

Consolidação no lobo inferior esquerdo, inespecífica, podendo corresponder a contusão pulmonar / área de hemorragia intraparenquimatosa.

Pequeno derrame pleural bilateral, pouco maior à esquerda, e pequeno derrame pleural loculado no ápice esquerdo.



Assinado Eletronicamente por: Dr. Saulo Carvalho CRM 8078-RN | Médico-radiologista RQE 2723-RN através de Telelaudo Tecnologia Médica Ltda | CRM ES-1964-55 em Laudo Radiológico Criado em 04/10/2018 16:07:43 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para qualquer esclarecimento necessário.

Unidade 1: Coronel João Correiro, 368 / Centro - Pombal - PB Fone: (83) 3431-2020 / 9 99989-0097
Unidade 2: Rua Padre Sandoval Ferrer, s/n / Centro - São Bento - PB Fone: (83) 3444-2946 / 9 9989-0237
Unidade 3: Rua Vendílio Neiva, s/n / Centro - Catolé do Rocha - PB Fone: (83) 3447-3567 / 9 9820-2114





HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO
RUA CEL. JOAO LEITE
POMBAL PARAIBA (83)3431-2149

Data/Hora 04/10/2018 11:27:40

Ocorrência: INTERNAMENTO

Servidor do Dr.: 7120

Paciente RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

Idade: 44 Sexo M

Filiação

Pai:

Mãe:

TEREZINHA DOS SANTOS MEDEIROS

Endereço

Cidade POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

Endereço: ERON DE SOUSA LEITE

N.: 250

Bairro: PETROPOLIS

Naturalidade: CURRAIS NOVOS - RN

Fone:

Documentos

CNS: 706-5023-1845-8692

Identidade:

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento 20/12/1973

Cor: PARDA

Estado Civil: N.INF.

Profissão: AUTONOMO(A)

Responsável:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

*Paciente vítima de CHONDRITOSEN DE CÂMOS lesão na
costela em TÓRAX + fratura de MÍDIA*

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

*AO exame: Obs, concavidade e deformidade, infecção
ao TOQUE*

Deformidade em MÍDIA () + Fratura de MÍDIA

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Rx MÍDIA, TÓRAX, abdômen

Fratura de TÓRAX () + Fratura de MÍDIA

Diagnóstico:

Fratura de TÓRAX () + Fratura de MÍDIA

Motivo da Alta:

Resultado: () Saiu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em. D. Tito/Alberto de O. Souza

Recepção: BARBARA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

CAMPUS 25110-000/PE 23411





12393881279









PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190303896 **Cidade:** Pombal
Vítima: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 03/10/2018 **Natureza:** Invalidez Permanente
Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA TORÁCICO.
FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DA DÍAFISE DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DO RÁDIO ESQUERDO. (P.1)
TRATAMENTO CONSERVADOR NAS DEMAIS LESÕES E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190303896 **Cidade:** Pombal
Vítima: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 03/10/2018 **Natureza:** Invalidez Permanente
Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA TORÁCICO.
FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DA DÍAFISE DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DO RÁDIO ESQUERDO. (P.1)
TRATAMENTO CONSERVADOR NAS DEMAIS LESÕES E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO

Outorgante: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA, brasileiro, solteiro, comerciante, portador da cédula de Identidade de nº. 1361219 SSP/RN, e CPF de nº 852.074.03400, residente e domiciliado a Rua Pe. Amâncio Leite, 346, Centro, Pombal – PB.

Outorgado: CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA, brasileiro, casado, RG. 2.264.265 SSP/PB, CPF. 030.823.674-29, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 21.101, seccional da Paraíba, com endereço profissional na Rua Miguel Alves da Silva, 606, Petrópolis, Pombal – PB.

Confere poderes: Para o foro em geral, com a cláusula ad judicia – “et extra”, em qualquer juízo, instância ou tribunal, podendo para tanto ajuizar as ações competentes, qualquer instância administrativa ou judicial, inclusive as de falência, e defendê-lo(s) nas contrárias seguindo umas e outras, até decisão final, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, e apresentar documentos referentes ao sinistro, ocorrido no dia 03/10/2018, as 23h30min, em um veículo Renault Duster, 2013/2014, de placa PGP-8350, requerer indenização por invalidez permanente, junto a Seguradora Lider e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs. É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Pombal – PB 08/02/2019

4 (4)

Ronaldo Jose dos Santos Silva

CARTÓRIO "CEL. JOÃO QUEIROGA" 1º OFÍCIO	
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA, EM TEST. DA VERDADE. D.O.U. nº POMBAL-PB, 17/04/2019.	
ANA CRISTINA FORMIGA DE QUEIROGA Selo Digital da Notariação Física Normal B-A-477306-PSIC Confira os dados do ato em http://sabem.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060112042813900000029896564 EMOLUM. R\$ 1,89 FARPART-R\$ 0,28 FEPJ R\$ 0,00	
 Cel. João Queiroga 1º Ofício de Notas e Testemunhas e Intimações CNPJ: 09.205.816/0001-26 Telefone: (83) 3431-2175 - Pombal-PB	



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0148151/19

Vítima: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

CPF: 852.074.034-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/10/2018

Titular do CPF: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA : 030.823.674-29

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

RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA : 852.074.034-00

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: 03/05/2019
Nome: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA
CPF: 852.074.034-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/05/2019
Nome: JULIANE CAMPOS RODRIGUES
CPF: 026.874.120-40

RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

JULIANE CAMPOS RODRIGUES



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 12:04:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060112042813900000029896564>
Número do documento: 20060112042813900000029896564

Num. 31152675 - Pág. 39

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0148151/19

Número do Sinistro: 3190303896

Vítima: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

CPF: 852.074.034-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/10/2018

Titular do CPF: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA : 852.074.034-00

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 31/05/2019

Nome: CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA

CPF: 030.823.674-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/05/2019

Nome: CRISTIANE DOS SANTOS CENTENA

CPF: 719.562.550-87

CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA

CRISTIANE DOS SANTOS CENTENA

