
Rio de Janeiro, 11 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190628267

Vítima: JOSENILDO CORREIA DE MELO

Data do Acidente: 08/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSENILDO CORREIA DE MELO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190628267

Vítima: JOSENILDO CORREIA DE MELO

Data do Acidente: 08/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSENILDO CORREIA DE MELO

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

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

A documentação médica anexada, datada de 08/06/2019, emitida pelo Dr. KLÊNIO FARIAS DA NÓBREGA, CRM nº 11094 - PB, da Instituição HOSP. MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 050 763 634-70 4 - Nome completo da vítima: Josenilda Correia de Melo

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

5 - Nome completo: Josenilda Correia de Melo 6 - CPF: 050 763.634-70
7 - Profissão: Recebe 8 - Endereço: Rua Serra da Raiz 9 - Número: 26 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Municipios 12 - Cidade: Santa Rita 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58300-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 31 98708-8728

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Santander
AGÊNCIA: 2370 CONTA: 01086372 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 07/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 09825.01.2019.1.02.009

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09825.01.2019.1.02.009, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 17:53 horas do dia 21 de outubro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 9ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Fernando Barboza de Carvalho, matrícula 1331868, e lavrado por Cláudia Valéria Gomes, Agente de Telecomunicações, matrícula 962449, ao final assinado, compareceu **Josenildo Correia de Melo**, CPF nº 010.763.634-40, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Eletricista, filho(a) de Neci Correia de Melo e José Cardoso de Melo, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 13/05/1982 (37 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Serra da Raiz, Nº 26, bairro Tibiri II, tendo como ponto de referência Praça dos Quiosques, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98860-1694.

Dados do(s) Fatos:

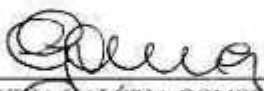
Local: Avenida Hilton Souto Maior, Via Pública, Próximo a Ceap, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 08/06/19 17:44h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, NO DIA 08.06.2019 POR VOLTA DAS 17H44M, O NOTICIANTE TRAFEVA NA AVENIDA HILTON SOUTO MAIOR, BAIRRO MANGABEIRA, CONDUZINDO UMA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/XRE 300, ANO FAB. 2015/2015, COR VERMELHA, PLACA OEZ-2632/PB, CHASSI 9C2ND11110FR033523, DOCUMENTADA EM NOME DE SAMUEL FRANCISCO LIRA, QUANDO NO GIRADOURO DA CEAPH O NOTICIANTE PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO, BATENDO NO MEIO FIO E CAINDO AO SOLO, ONDE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA (TRAUMINHA), ONDE FOI SUBMETIDO A AVALIAÇÃO MÉDICA E EXAME, QUE EVIDENCIOU FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO, CERTIDÃO DE Nº 1271/2019, MÉDICA DA VIGILÂNCIA À SAÚDE DRª CRISTIANE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA, CRM/PB 3137. MOTIVO PELO QUAL VEIO RELATAR O OCORRIDO.

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

João Pessoa/PB, 21 de outubro de 2019.


CLÁUDIA VALÉRIA GOMES
Agente de Telecomunicações




JOSENILDO CORREIA DE MELO
Notificante

Procedimento Policial: 09825.01.2019.1.02.009

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 050 763 634-70 4 - Nome completo da vítima: Jesenilda Correia de Melo

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

5 - Nome completo: Jesenilda Correia de Melo 6 - CPF: 050 763.634-70
7 - Profissão: Recebe 8 - Endereço: Rua Serra da Raiz 9 - Número: 26 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Municipios 12 - Cidade: Santa Rita 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58300-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 31 98708-8728

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Santander
AGÊNCIA: 2370 CONTA: 01086372 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 07/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

EFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
MPL HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
A. ENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
056-14 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
X: () - CNPJ:

Ficha Nr: 236135 Atd: Nao Regulado
Data: 08/06/2019
Hora: 17:44:50
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: ORTOPEDIA

DOS DO PACIENTE

me: JOSENILDO CORREIA DE MELO

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.06.000868

S: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 0684658 Fone: 986190584

tural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 13/05/1982 Id: 37 ano(s)

d.: RUA NOSSA SENHORA DA PENHA, 462 PACIENTE SEM CART DO SUS

irro: PENHA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

e: NECI CORREIA DE MELO

Pai: JOSE CARDOSO DE MELO

ca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: CASADO(A)

upação: MOTORISTA SEM ESPECIFICACAO

Escolaridade: NAO INFORMADO

IFORMACOES DE ENTRADA

isp.: CUNHADO SAMUEL FRANCISCO LIRA

l/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

ocedencia: RESIDENCIA

FATURADO

ransporte utilizado: VEICULO PROPRIO

itima de acidente por: QUEDA DE MOTO EM MANGABEIRA PROX DA CEAP HJ

itima de violência por: FAZ 10 MINUTOS CONDUTOR

] Caso Policial

RE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

ipo de Classificação de Risco: VERDE

A: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

C: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

eso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispineia

licemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

irc. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

ueixa Principal

UEDA DE MOTO REFERE TRAUMA EM MSE. NEGA OUTROS
TRAUMAS

030306006-1-040809024-5(5628)

istoria - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

paciente com trauma em m. do

Diagnostico

| Conduta

Rx

Prescricao

| Horario da medicacao

*- Voltou a ficar 19:25
- Aferiu 70 gemo
- Que daqui 75
- Atende: 6 dias.*

Dr. Luciano

Dr. Klênio Farias da Nobrega
Res. Ortopedia e Traumatologia
CRM-PA 11099

ta e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

de	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Med.



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Policarpo Cirne, 270 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-870 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARA CONSULTAR O VALOR DO PREÇO DO SERVIÇO DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA E ESGOTO, POR FAVOR, LEIA O PREÇO POR M3.

MATRÍCULA

8923771

REFERÊNCIA

SET/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JOSE CARDOSO DE MELO

RUA SERRA DA RAIZ, 26 - MUNICIPIOS SANTA RITA PB

58300-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
003.008.345.0227.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A09F085714	09/06/2009	EXT LACR	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (M3) | NUM DE DIAS | PROXIMA LEITURA
3152 | 3168 | 16 | 30 | 25/10/2019

HIST. CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.
AGO/2019 | 27 | PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES
JUL/2019 | 17 | TURBIDEZ | 0 | 0 | 0
JUN/2019 | 22 | CLORO | 0 | 0 | 0
MAI/2019 | 31 | COL. TERMOT | 0 | 0 | 0
ABR/2019 | 28 | COR | 0 | 0 | 0
MAR/2019 | 24 | COL. TOTAIS | 0 | 0 | 0
MEDIA(M) | 24 | DADOS REFERENTES A: JUL/2019

DATA DA IMPRESSÃO: 26/09/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 09:39:47

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	6 M3	29,34
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,22 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

07/10/2019

Total a Pagar:

R\$ 67,25



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:
#CHEGADA DE TRABALHO INFANTIL



CERTIDÃO

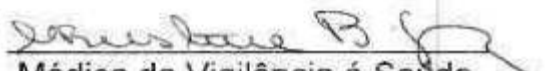
Nº. 1271/2019

Atendendo solicitação de JOSENILDO CORREIA DE MELO e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº236135 pertencentes ao paciente que foi atendido dia 08/06/2019 às 17H44min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame que evidenciou fratura de rádio distal esquerdo. Medicado, feito redução e imobilizado.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 07 de agosto de 2019


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137

REFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
OMPLF HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
UA- ENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
8056-34 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
AX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 236135 Atd: Nao Regulado
Data: 08/06/2019
Hora: 17:44:50
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSENILDO CORREIA DE MELO
Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2019.06.000868
Sexo: M IDENTIDADE: 0684658 Fone: 986190584
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 13/05/1982 Id: 37 ano(s)
End.: RUA NOSSA SENHORA DA PENHA, 462 PACIENTE SEM CART DO SUS
Mairro: PENHA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: NECI CORREIA DE MELO Pai: JOSE CARDOSO DE MELO

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: MOTORISTA SEM ESPECIFICACAO
INFORMACOES DE ENTRADA

Estado Civil: CASADO(A)
Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: CUNHADO SAMUEL FRANCISCO LIRA
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: RESIDENCIA

FATURADO

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO EM MANGABEIRA PROX DA CEAP HJ

Vitima de violência por: FAZ 10 MINUTOS CONDUTOR

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

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

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Observacao

Queixa Principal

QUEDA DE MOTO REFERE TRAUMA EM MSE. NEGA OUTROS TRAUMAS

030306006-1-040803024-5(S698)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

paciente com trauma em m. d.

Diagnostico

Conduta

Rx

Prescricao

Horario da medicacao

*- Voltar o dia 19:25
- Aferir v. gemo
- Reducao 45
- Afetado: 45 dias.*

Dr. Lucio
Dr. Klênio Farias da Nobrega
Res. Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 11094

ata e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

tde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO []

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medi

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES E INFRA-ESTRUTURA NACIONAL DE TRANSPORTES	
NOME JOSENILO CORREIA DE MELO	
RG IDENTIDADE / CRL EMISSÃO UF 2654658 SSP PB	CPF 010.763.634-40
DATA NASCIMENTO 13/05/1982	
RESIDÊNCIA JOSE CARDOSO DE MELO NECI CORREIA DE MELO	
TITULAR JOSENILO CORREIA DE MELO	ACC AD
Nº REGISTRO 04211561598	VALIDADE 05/10/2023
1ª EMISSÃO 18/10/2007	
OBSERVAÇÕES (Empty box)	
ASSINATURA DO PORTADOR <i>João Pessoa</i>	
LOCAL JOÃO PESSOA, PB	DATA EMISSÃO 10/10/2018
ASSINATURA DO DETONADOR <i>João Pessoa</i>	
PARAÍBA	

VÁLIDE EM TODO
 O TERRITÓRIO NACIONAL

1660842985

PROIBIDO PLASTIFICAR
 O DOCUMENTO

1660842985

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014799953822
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

1 0107911312-3 00/00000000 2019

SAMUEL FRANCISCO LIRA

95332618468

OEZ2632/PB

NOVO PB 9C2ND1110FR033523

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL

HONDA/XRE 300 2019 2019

2 P/291 /CI PARTIC VERMELHA

1	COTA ÚNICA	00/00/0000	1ª
2	VENCO / COTAS		
3	VENCO / COTAS		
4	VENCO / COTAS		
5	VENCO / COTAS		
6	VENCO / COTAS		
7	VENCO / COTAS		
8	VENCO / COTAS		
9	VENCO / COTAS		
0	VENCO / COTAS		

SEGURO OBRIGATORIO

A.F. BV FINANCEIRA S.A.
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

JOAO PESSOA - PB 04/07/2019

36994



20931

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014799953822 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2019 04/07/2019

1 95332618468 OEZ2632/PB

01079113123 HONDA / PB 300

2019 3 9C2ND1110FR033523

PRÊMIO TARIFARIO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 05.249.006/0001-04

20931-1231498-20190704





- IDENTIFICAÇÃO -

VÍTIMA _____
DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE () _____

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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

• MORTE - R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- 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 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA *x fernando da m...*

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190628267 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO CORREIA DE MELO **Data do acidente:** 08/06/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.
P 2/3

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: P 2

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190628267 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO CORREIA DE MELO **Data do acidente:** 08/06/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.
P 2/3

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: P 2

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



CERTIDÃO

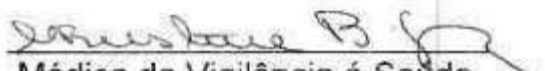
Nº. 1271/2019

Atendendo solicitação de JOSENILDO CORREIA DE MELO e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº236135 pertencentes ao paciente que foi atendido dia 08/06/2019 às 17H44min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame que evidenciou fratura de rádio distal esquerdo. Medicado, feito redução e imobilizado.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 07 de agosto de 2019


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137

REFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
OMPLF HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
UA- ENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
8056-34 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
AX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 236135 Atd: Nao Regulado
Data: 08/06/2019
Hora: 17:44:50
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSENILDO CORREIA DE MELO
Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2019.06.000868
Sexo: M IDENTIDADE: 0684658 Fone: 986190584
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 13/05/1982 Id: 37 ano(s)
End.: RUA NOSSA SENHORA DA PENHA, 462 PACIENTE SEM CART DO SUS
Mairro: PENHA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: NERI CORREIA DE MELO Pai: JOSE CARDOSO DE MELO

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: MOTORISTA SEM ESPECIFICACAO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: CUNHADO SAMUEL FRANCISCO LIRA
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: RESIDENCIA

Estado Civil: CASADO(A)
Escolaridade: NAO INFORMADO

FATURADO

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO EM MANGABEIRA PROX DA CEAP HJ

Vitima de violência por: FAZ 10 MINUTOS CONDUTOR

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

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

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Observacao

Queixa Principal

QUEDA DE MOTO REFERE TRAUMA EM MSE. NEGA OUTROS TRAUMAS

030306006-1-040803024-5(S698)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Doente com trauma em MSE

Diagnostico

Conduta

Rx

Prescricao

Horario da medicacao

- Voltar o dia 19:25
- Aferir o peso
- Reduzir o peso
- Aferido: 45 dias

Dr. Lucio
Dr. Klênio Farias da Nobrega
Res. Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 11094

ata e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

tde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO []

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medi

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES E INFRA-ESTRUTURA NACIONAL DE TRANSPORTES	
NOME JOSENILDO CORREIA DE MELO	
RG IDENTIDADE / CRL EMISSÃO UF 2654658 SP PS	
CPF 010.763.634-40	
DATA NASCIMENTO 13/05/1982	
RESIDÊNCIA JOSE CARDOSO DE MELO NECI CORREIA DE MELO	
TITULAR JOSE CARDOSO DE MELO	ACC JOSE CARDOSO DE MELO
CRIAR JOSE CARDOSO DE MELO	AD JOSE CARDOSO DE MELO
Nº REGISTRO 04211561598	VALIDEZ 05/10/2023
1ª EXATIDÃO 18/10/2007	
OBSERVAÇÕES (Empty box for observations)	
ASSINATURA DO PORTADOR 	
LOCAL JOAO PESSOA, PB	DATA EMISSÃO 10/10/2018
ASSINATURA DO DETENTOR 	55489428673 PB037672018
PARAÍBA	

VÁLIDE EM TODO
 O TERRITÓRIO NACIONAL

1660842985

PROIBIDO PLASTIFICAR
 O DOCUMENTO

1660842985

EFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
MPL HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
A. ENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
056-14 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
X: () - CNPJ:

Ficha Nr: 236135 Atd: Nao Regulado
Data: 08/06/2019
Hora: 17:44:50
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: ORTOPEDIA

DOS DO PACIENTE

me: JOSENILDO CORREIA DE MELO

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.06.000868

S: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 0684658 Fone: 986190584

tural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 13/05/1982 Id: 37 ano(s)

d.: RUA NOSSA SENHORA DA PENHA, 462 PACIENTE SEM CART DO SUS

irro: PENHA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

e: NECI CORREIA DE MELO

Pai: JOSE CARDOSO DE MELO

ca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: CASADO(A)

upação: MOTORISTA SEM ESPECIFICACAO

Escolaridade: NAO INFORMADO

IFORMACOES DE ENTRADA

isp.: CUNHADO SAMUEL FRANCISCO LIRA

l/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

ocedencia: RESIDENCIA

FATURADO

ransporte utilizado: VEICULO PROPRIO

itima de acidente por: QUEDA DE MOTO EM MANGABEIRA PROX DA CEAP HJ

itima de violência por: FAZ 10 MINUTOS CONDUTOR

] Caso Policial

RE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

ipo de Classificação de Risco: VERDE

A: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

C: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

eso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispineia

licemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

irc. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

ueixa Principal

QUEDA DE MOTO REFERE TRAUMA EM MSE. NEGA OUTROS TRAUMAS

030306006-1-040809024-5(5628)

istoria - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

paciente com trauma em m. do

Diagnostico

| Conduta

Rx

Prescricao

| Horario da medicacao

*- Voltou a ficar 19:25
- Aferiu 70 gemo
- Que daqui 75
- Atende: 6 dias.*

Dr. Luciano

Dr. Klênio Farias da Nobrega
Res. Ortopedia e Traumatologia
CRM-PA 11099

ta e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

de	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Med.



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Policarpo Cirne, 279 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-870 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARA CONSULTA E IMPRESSÃO
ENTRADA DE DADOS

MATRÍCULA

8923771

REFERÊNCIA

SET/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JOSE CARDOSO DE MELO

RUA SERRA DA RAIZ, 26 - MUNICIPIOS SANTA RITA PB

58300-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
003.008.345.0227.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A09F085714	09/06/2009	EXT LACR	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (M3) | NUM DE DIAS | PROXIMA LEITURA
3152 3168 16 30 25/10/2019

HIST. CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.
AGO/2019 27 PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES
JUL/2019 17 TURBIDEZ 0 0 0
JUN/2019 22 CLORO 0 0 0
MAI/2019 31 COL. TERMOT 0 0 0
ABR/2019 28 COR 0 0 0
MAR/2019 24 COL. TOTAIS 0 0 0
MEDIA(M) 24 DADOS REFERENTES A: JUL/2019

DATA DA IMPRESSÃO: 26/09/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 09:39:47

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	6 M3	29,34
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,22 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

07/10/2019

Total a Pagar:

R\$ 67,25



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:
#CHEGADA DE TRABALHO INFANTIL



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 09825.01.2019.1.02.009

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09825.01.2019.1.02.009, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 17:53 horas do dia 21 de outubro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 9ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Fernando Barboza de Carvalho, matrícula 1331868, e lavrado por Cláudia Valéria Gomes, Agente de Telecomunicações, matrícula 962449, ao final assinado, compareceu **Josenildo Correia de Melo**, CPF nº 010.763.634-40, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Eletricista, filho(a) de Neci Correia de Melo e José Cardoso de Melo, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 13/05/1982 (37 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Serra da Raiz, Nº 26, bairro Tibiri II, tendo como ponto de referência Praça dos Quiosques, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98860-1694.

Dados do(s) Fatos:

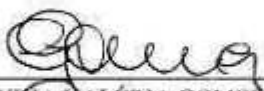
Local: Avenida Hilton Souto Maior, Via Pública, Próximo a Ceap, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 08/06/19 17:44h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, NO DIA 08.06.2019 POR VOLTA DAS 17H44M, O NOTICIANTE TRAFEVA NA AVENIDA HILTON SOUTO MAIOR, BAIRRO MANGABEIRA, CONDUZINDO UMA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/XRE 300, ANO FAB. 2015/2015, COR VERMELHA, PLACA OEZ-2632/PB, CHASSI 9C2ND11110FR033523, DOCUMENTADA EM NOME DE SAMUEL FRANCISCO LIRA, QUANDO NO GIRADOURO DA CEAPH O NOTICIANTE PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO, BATENDO NO MEIO FIO E CAINDO AO SOLO, ONDE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA (TRAUMINHA), ONDE FOI SUBMETIDO A AVALIAÇÃO MÉDICA E EXAME, QUE EVIDENCIOU FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO, CERTIDÃO DE Nº 1271/2019, MÉDICA DA VIGILÂNCIA À SAÚDE DRª CRISTIANE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA, CRM/PB 3137. MOTIVO PELO QUAL VEIO RELATAR O OCORRIDO.

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

João Pessoa/PB, 21 de outubro de 2019.


CLÁUDIA VALÉRIA GOMES
Agente de Telecomunicações




JOSENILDO CORREIA DE MELO
Noticiante

Procedimento Policial: 09825.01.2019.1.02.009

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 050 763 634-70 4 - Nome completo da vítima: Jesenilda Correia de Melo

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

5 - Nome completo: Jesenilda Correia de Melo 6 - CPF: 050 763.634-70
7 - Profissão: Recebe 8 - Endereço: Rua Serra da Raiz 9 - Número: 26 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Municipios 12 - Cidade: Santa Rita 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58300-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 33 98708-8728

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Santander
AGÊNCIA: 2370 CONTA: 01086372 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 07/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 050 763 634-70 4 - Nome completo da vítima: Jesenilda Correia de Melo

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

5 - Nome completo: Jesenilda Correia de Melo 6 - CPF: 050 763.634-70
7 - Profissão: Recebe 8 - Endereço: Rua Serra da Raiz 9 - Número: 26 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Municipios 12 - Cidade: Santa Rita 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58300-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 31 98708-8728

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Santander
AGÊNCIA: 2370 CONTA: 01086372 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 07/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 11 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190628267

Vítima: JOSENILDO CORREIA DE MELO

Data do Acidente: 08/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSENILDO CORREIA DE MELO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190628267

Vítima: JOSENILDO CORREIA DE MELO

Data do Acidente: 08/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSENILDO CORREIA DE MELO

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

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

A documentação médica anexada, datada de 08/06/2019, emitida pelo Dr. KLÊNIO FARIAS DA NÓBREGA, CRM nº 11094 - PB, da Instituição HOSP. MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190628267 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO CORREIA DE MELO **Data do acidente:** 08/06/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.
P 2/3

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: P 2

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0392051/19

Vítima: JOSENILDO CORREIA DE MELO

CPF: 010.763.634-40

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/06/2019

Titular do CPF: JOSENILDO CORREIA DE MELO

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSENILDO CORREIA DE MELO : 010.763.634-40

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/11/2019
Nome: JOSENILDO CORREIA DE MELO
CPF: 010.763.634-40

JOSENILDO CORREIA DE MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/11/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190628267 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILDO CORREIA DE MELO **Data do acidente:** 08/06/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.
P 2/3

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: P 2

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

- IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____
DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE () _____

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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

- DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

• 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 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• 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 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA *x fernando da m...*

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014799953822
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

1 0107911312-3 00/00000000 2019

SAMUEL FRANCISCO LIRA

95332618468

OEZ2632/PB

NOVO PB 9C2ND1110FR033523

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL

HONDA/XRE 300 2019 2019

2 P/291 /CI PARTIC VERMELHA

COTA ÚNICA 00/00/0000 1º VENC / COTAS

1 P 00/00/0000 1º VENC / COTAS

2 V 00/00/0000 2º VENC / COTAS

3 A 00/00/0000 3º VENC / COTAS

SEGURO OBRIGATORIO

A.F BV FINANCEIRA S.A.
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

JOAO PESSOA - PB 04/07/2019

36994



20931

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014799953822 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2019 04/07/2019

1 95332618468 OEZ2632/PB

01079113123 HONDA / PB 300

2019 03 9C2ND1110FR033523

PRÊMIO TARIFARIO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 06.249.006/0001-04

20931-1231498-20190704



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0392051/19

Vítima: JOSENILDO CORREIA DE MELO

CPF: 010.763.634-40

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/06/2019

Titular do CPF: JOSENILDO CORREIA DE MELO

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSENILDO CORREIA DE MELO : 010.763.634-40

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/11/2019
Nome: JOSENILDO CORREIA DE MELO
CPF: 010.763.634-40

JOSENILDO CORREIA DE MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/11/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA