



Número: **0802607-66.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **21/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DIMAS NORONHA FERREIRA (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO) RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO) RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32589 849	23/07/2020 12:02	2737072_CONTESTACAO_Anexo_02	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, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190672503

Vítima: DIMAS NORONHA FERREIRA

Data do Acidente: 23/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DIMAS NORONHA FERREIRA

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,

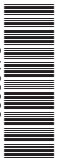
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15200046

Pag. 00357/00358 - carta_01 - INVALIDEZ

00030179





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, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190672503 Vítima: DIMAS NORONHA FERREIRA

Data do Acidente: 23/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), DIMAS NORONHA FERREIRA

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. Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 23/07/2019, emitido pelo Dr. RODRIGO CASTRO DO AMARAL CRM nº 4874 - PB, da Instituição HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA., que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00091/00092 - carta_31 - INVALIDEZ

00070046



Carta nº 15234177



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 616.893.944-04 4 - Nome completo da vítima: Dimas Noronha Ferreira

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

5 - Nome completo: Dimas Noronha Ferreira 6 - CPF: 616.893.944-04
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua Antônio do Espírito Santo 9 - Número: 91 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Mangabeira 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.055-300
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 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: ☒ RECLUSO 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1729 9 CONTA: 1000392 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso 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 (ou nascos)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se alfabetizado)

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, 01/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário declarante

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

VO02/2019



Autoatendimento
Deposito em Conta-Poupanca em Dinheiro

Banco: 237 Agencia: 1729 Maquina: 038084
Data: 02/12/2019 Hora: 12:18 N.Trans: 007186

Favorecido
Banco: 237
Agencia: 1729 / EPITACIO PESSOA-UJP
Conta: 1000392

Valor do deposito: 10,00

Titular: DIMAS NORONHA FERREIRA

Alo Bradesco
SAC - Servico de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamacoes e Informacoes
0800 704 8383
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvidoria - 0800 727 9933
Atendimento de segunda a sexta-feira das
8h as 18h, exceto feriados.

Horario de Brasilia.

Obrigado
Tenha uma boa tarde





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA
DEFESA SOCIAL
8ª DELEGACIA DISTRITAL,



CERTIDÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 1249/2019, na mesma continha o seguinte teor: segunda-feira, 25 de novembro de 2019, nesta cidade de João Pessoa e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Geraldo Batinga da Silva, às 09:00 horas, compareceu o Sr. Dimas Noronha Ferreira, portador da cédula de identidade nº 1 346 577 Seds/PB, CPF nº 616.893.944 - 04, brasileira, natural de João Pessoa/PB, solteiro, com 47 anos de idade, filho de José Ferreira de Farias e de Rosete Noronha-Ferreira, Cozinheiro, residente à rua Antonio do Espírito Santo nº 91, bairro de mangabeira, nesta capital, o qual notificou que, no término da noite do dia 23 de julho do ano fluente, se conduzia na motocicleta marca Honda/ CG 160ESDI, placa OEV 8551/PB, chassi nº 9C2K2200GR116831, cadastrada em nome de sua genitora, pela avenida Hilton Souto Maior, conjunto José Américo, oportunidade em que um veículo de placas e Condutor não identificado ao mudar de faixa e assim, colidiu na lateral da motocicleta, consequentemente, foi socorrido ao Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena, onde foi diagnosticado Fratura da Extremidade Superior do úmero, identificado pelo código CID 10 S.42.2, Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade, Dou fé. Eu Everaldo Martins da Costa, Escrivão que o digitei.

Everaldo Martins da Costa
Escrivão de Polícia Civil

João Pessoa, 25 de novembro de 2019.

[Handwritten signature]



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 616.893.944-04 4 - Nome completo da vítima: Dimas Noronha Ferreira

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

5 - Nome completo: Dimas Noronha Ferreira 6 - CPF: 616.893.944-04
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua Antônio do Espírito Santo 9 - Número: 91 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Mangabeira 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.055-300
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1729 9 CONTA: 1000392 (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso 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 (ou nascos)? ☐ 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, 01/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário declarante

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

VO02/2019



Autoatendimento
Deposito em Conta-Poupanca em Dinheiro

Banco: 237 Agencia: 1729 Maquina: 038084
Data: 02/12/2019 Hora: 12:18 N.Trans: 007186

Favorecido
Banco: 237
Agencia: 1729 / EPITACIO PESSOA-UJP
Conta: 1000392

Valor do deposito: 10,00
Titular: DIMAS NORONHA FERREIRA

Alo Bradesco
SAC - Servico de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamacoes e Informacoes
0800 704 8383
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvidoria - 0800 727 9933
Atendimento de segunda a sexta-feira das
8h as 18h, exceto feriados.

Horario de Brasilia.

Obrigado
Tenha uma boa tarde



15103



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



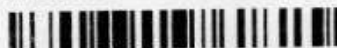
**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGUE

o trabalho

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 5332165700

Boletim de Atendimento: 1178664



Identificação do paciente						
ID 1423459	Nome DIMAS NORONHA FERREIRA	Sexo Masculino				
Data de nascimento 28/10/1972	Idade 46 anos 8 meses 25 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe ROSETE NORONHA FERREIRA	Pai JOSE FERREIRA DE FARIAS					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) DIMASETE NORONHA FERREIRA - IRMAO(A)					
DDD Celular 83	Celular 988945219	DDD	Telefone			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1346577	Nº Cns				
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURIT (ORTOTRAUMA)	Tipo UNIDADES SAUDE		UF PB			
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58055300	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro ANTÔNIO DO ESPÍRITO SANTO			
Número 91	Complemento	Bairro MANGABEIRA				
Admissão						
Data e Hora 23/07/2019 00:36:54	Número da pulseira 1000007759733	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veu de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA						Tempo 01min 25seg

Imprimir

23/07/2019 00:34

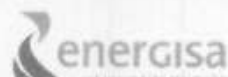


DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é sujeito de ICMS.

Bulcão para depósito pagamento da rede localidade de energia elétrica Nº 028.148.395



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 52071-680
CNPJ 08.995.183 / 0001-40 - Ins. Est. 15.015.823-9

DADOS DO CLIENTE

MANOEL JOAO DA SILVA
RUA ANTONIO DO ESPIRITO SANTO 91 A
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1488407-6

REFERÊNCIA

JUL/2019

APRESENTAÇÃO

17/07/2019

CONSUMO

81

VENCIMENTO

11/08/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 70,82

Acesse: www.energisa.com.br



ENTREGA ADE

MANOEL JOAO DA SILVA

Roteiro: 10-005-380-1900

8364000000-3 70820149000-8 14884072019-4 07900005019-9

VENCIMENTO

11/08/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 70,82

MATRÍCULA

1488407-2019-07-9



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 12:02:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072312024724300000031215129>

Número do documento: 20072312024724300000031215129

Num. 32589849 - Pág. 9



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1178664

PACIENTE: DIMAS NORONHA FERREIRA

DATA DE NASCIMENTO: 28.10.72

Data e Hora do Atendimento: 23.07.19

Horário: 0:36h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta procedente do ORTOTRAUMA de Mangabeira apresentando imobilização tipo hemijota de malha tubular no membro superior direito, com diagnóstico de fratura do úmero proximal, refere ainda dor no ombro direito e hemitorax direito. Atendido pelo Dr. Rodrigo Castro do Amaral CRM 4847.

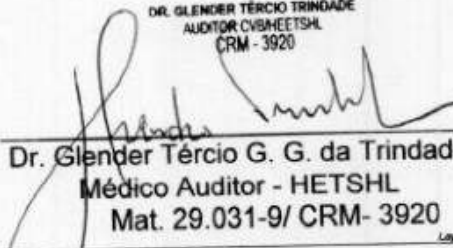
DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO
CID 10 S 42 2

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, Tomografia computadorizada do ombro direito que evidenciou fratura do úmero proximal com pouco desvio em grande tuberosidade e colo cirúrgico, Rx de Tórax AP e Perfil, Rx do ombro direito e tratamento clínico conservador inicial.

ALTA HOSPITALAR: Em 23.07.19 às 2:22h.

Data da Emissão: 30.10.19

DR. GLENDER TERCIO TRINDADE
AUDITOR CVBAHETSHL
CRM - 3920


Dr. Glender Tercio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGRE
o trabalho**

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente DIMAS NORONHA FERREIRA	BAE 1178664	Data/Hora Entrada 23/07/2019 00:36:54	Data Baixa
Data de nascimento 28/10/1972	Idade 46a 8m 25d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988945219
Mãe ROSETE NORONHA FERREIRA		CNS	Prontuário
Endereço ANTÔNIO DO ESPÍRITO SANTO, 91	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RODRIGO CASTRO DO AMARAL	Nº Cons. Regional 4847/PB
Data/Hora Classificação 23/07/2019 00:43:16		Data/Hora Prescrição 23/07/2019 01:20:02	

ANAMNESE

PACIENTE ENCAMINHADO DO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA DE ACORDO COM PACTUAÇÃO, APRESENTA IMOBILIZAÇÃO TIPO HEMIJOIA DE MALHA TUBULAR PARA MSD COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL. QUEIXA-SE DE DOR NO OMBRO DIREITO APÓS QUEDA DE MOTO. REFERE DOR NO HEMITÓRAX À DIREITA. SOLICITO RX OMBRO DIREITO + RX DE TÓRAX

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DA ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL DIREITO

RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL)

CID10

S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero

Conduta

Em observação

Dr. Rodrigo Castro do Amaral
Ortopedista / Traumatologista
CRM-PB 4847 SBOT 8331

DIMAS NORONHA FERREIRA

RODRIGO CASTRO DO AMARAL
(CRM: 4847/PB)

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 23/07/2019 00:38:19





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGUE
o trabalho**

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente DIMAS NORONHA FERREIRA	BAE 1178664	Data/Hora Entrada 23/07/2019 00:36:54	Data Baixa 2019-07-23 02:22:23.0
Data de nascimento 28/10/1972	Idade 46a 8m 25d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988945219
Mãe ROSETE NORONHA FERREIRA		CNS	Prontuário
Endereço ANTÔNIO DO ESPÍRITO SANTO, 91	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RODRIGO CASTRO DO AMARAL	Nº Cons. Regional 4847/PB
Data/Hora Classificação 23/07/2019 00:43:16		Data/Hora Prescrição 23/07/2019 01:20:02	

ANAMNESE

PACIENTE ENCAMINHADO DO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA DE ACORDO COM PACTUAÇÃO. APRESENTA IMOBILIZAÇÃO TIPO HEMIJOIA DE MALHA TUBULAR PARA MSD COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL. QUEIXA-SE DE DOR NO OMBRO DIREITO APÓS QUEDA DE MOTO. REFERE DOR NO HEMITORAX A DIREITA. SOLICITO RX OMBRO DIREITO + RX DE TÓRAX
(23/07/2019 01:20:02-RODRIGO CASTRO DO AMARAL)

PACIENTE ENCAMINHADO DO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA DE ACORDO COM PACTUAÇÃO. APRESENTA IMOBILIZAÇÃO TIPO HEMIJOIA DE MALHA TUBULAR PARA MSD COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL. QUEIXA-SE DE DOR NO OMBRO DIREITO APÓS QUEDA DE MOTO. REFERE DOR NO HEMITORAX A DIREITA. SOLICITO RX OMBRO DIREITO + RX DE TÓRAX SOLICITO TC DO OMBRO PARA DEFINIR CONDUTA
(23/07/2019 01:50:16-RODRIGO CASTRO DO AMARAL)

PACIENTE ENCAMINHADO DO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA DE ACORDO COM PACTUAÇÃO. APRESENTA IMOBILIZAÇÃO TIPO HEMIJOIA DE MALHA TUBULAR PARA MSD COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL. QUEIXA-SE DE DOR NO OMBRO DIREITO APÓS QUEDA DE MOTO. REFERE DOR NO HEMITORAX A DIREITA. SOLICITO RX OMBRO DIREITO + RX DE TÓRAX SOLICITO TC DO OMBRO PARA DEFINIR CONDUTA 02:15 - TC DE OMBRO APRESENTA FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL COM POUCO DESVIO EM GRANDE TUBEROSIDADE E COLO CIRÚRGICO CD: TRATAMENTO CONSERVADOR NO MOMENTO. MANTIDO IMOBILIZAÇÃO. PRESCRITO ALGINAC 1000 + MIOSAN 5MG
(23/07/2019 02:22:23-RODRIGO CASTRO DO AMARAL)

\$mpOrdenacao.get(\$ordem)

RADIOGRAFIA DA ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL DIREITO

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: RECONSTRUÇÃO 3D)

CID10

S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero

Conduta

Em observação

Alta

Usuário
RODRIGO CASTRO DO AMARAL
Motivo de Alta
ALTA MEDICA

Data e Hora
23/07/2019 02:22:23
Observações

Dr. Rodrigo Castro do Amaral
Ortopedista / Traumatologista
CRM-PB 4847-8001 8331

DIMAS NORONHA FERREIRA

RODRIGO CASTRO DO AMARAL
(CRM: 4847/PB)



REQUISICÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nº: 496342

Nome DILMAS NORONHA FERREIRA		
Data de Nascimento 28/10/1972	Nº Boletim Emergência 1178664	Prontuário
Material a examinar		
		Data Prescrição: 23/07/2019 01:50:18

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO DIREITO
(RECONSTRUÇÃO 3D)


di 63 22
63 22

Reimpresso por:

dia:

Dr. Rodrigo Castro de Amorim
Ortopedista/Traumatologista
CRM-PB 4847 SBCR 8331

Assinatura e Carimbo do Profissional

É permitida cópia separada para imagens e laudos em arquivos digitais



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma



GOVERNO DO PARÁ
SEGRETO

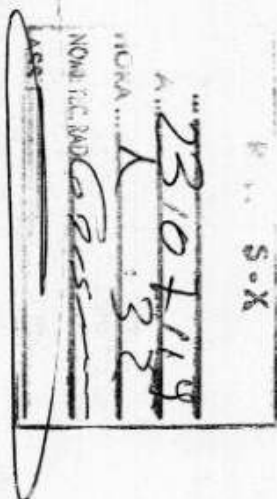
REQUISICÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nº: 496341

Nome DIMAS NORONHA FERREIRA		
Data de Nascimento 28/10/1972	Nº Boletim Emergência 1178664	Prontuário
Material a examinar		
		Data Prescrição: 23/07/2019 01:20:02

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DA ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL DIREITO
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)



Reimpresso por:

dia:

Dr. Rodrigo Castro do Amaral
Ortopedista / Traumatologista
CRM-PB 48617 58018331

Assinatura e Carimbo do Profissional

Se precisar copiar, lembre-se para manter o laboratório e a data, clique aqui.





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGUE
o trabalho**

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente DIMAS NORONHA FERREIRA	BAE 1178664	Data/Hora Entrada 23/07/2019 00:36:54	Data Baixa
Data de nascimento 28/10/1972	Idade 46a 8m 25d	CNS	Telefone de Contato (83) 988945219
Mãe ROSETE NORONHA FERREIRA	Sexo Masculino		Prontuário
Endereço ANTÔNIO DO ESPÍRITO SANTO, 91	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RODRIGO CASTRO DO AMARAL	Nº Cons. Regional 4847/PB
Data/Hora Classificação 23/07/2019 00:43:16		Data/Hora Prescrição 23/07/2019 01:50:18	

ANAMNESE

PACIENTE ENCAMINHADO DO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA DE ACORDO COM PACTUAÇÃO. APRESENTA IMOBILIZAÇÃO TIPO HEMIJOIA DE MALHA TUBULAR PARA MSD COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO UMERÓ PROXIMAL. QUEIXA-SE DE DOR NO OMBRO DIREITO APÓS QUEDA DE MOTO. REFERE DOR NO HEMITORAX A DIREITA. SOLICITO RX OMBRO DIREITO + RX DE TÓRAX SOLICITO TC DO OMBRO PARA DEFINIR CONDUTA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: RECONSTRUÇÃO 3D)

Conduta

Em observação

DIMAS NORONHA FERREIRA

Dr. Rodrigo Castro do Amaral
Ortopedista / Traumatologista
CRM-PB 4847 SBO 8331

RODRIGO CASTRO DO AMARAL
(CRM: 4847/PB)

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 23/07/2019 00:38:19



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
DIMAS NORONHA FERREIRA

OCCUPAÇÃO / ENDEREÇO Nº
1346577 SSP PB

CPF 616.893.944-04 DATA NASCIMENTO 28/10/1972

FUNÇÃO
**JOSE FERREIRA DE
FARIAS
ROSETE NORONHA
FERREIRA**

PERMISSÃO ACB CATRAL
AB

Nº REGISTRO 00363268150 VIGÊNCIA 20/11/2021 1ª HABILITAÇÃO 14/08/1998

CONDIÇÕES

ASSINATURA DO TITULAR

DATA EMISSÃO 29/11/2016

LOCAL JOÃO PESSOA, PB

13847806340
PB033645736

DETRAN PB (PORAIBA)

VALIDAR EM TUDO
O VERBETE NACIONAL
1405214104

PROTEÇÃO PLÁSTICA
1405214104



[illegible]

- IDENTIFICAÇÃO

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

MAI QUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () 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 CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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)
- () CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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 QUINTADAS
- () NOTAS FISCAS (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

- () CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATE R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO DPVAT NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = CÉMBOLIO ATE R\$ 2.700,00 (PREPROBISOL), 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, ACESSSE: WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE:

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA:

DATA _____

DATA _____

IDENTIDADE _____

NOME _____

ASSINATURA _____

ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190672503 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIMAS NORONHA FERREIRA **Data do acidente:** 23/07/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO DIREITO.
TRAUMA FECHADO DE TÓRAX COM HEMITÓRAX DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190672503 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIMAS NORONHA FERREIRA **Data do acidente:** 23/07/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0429183/19

Vítima: DIMAS NORONHA FERREIRA

CPF: 616.893.944-04

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 23/07/2019

Titular do CPF: DIMAS NORONHA FERREIRA

CPF de: Próprio

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

DIMAS NORONHA FERREIRA : 616.893.944-04

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: 03/12/2019
Nome: DIMAS NORONHA FERREIRA
CPF: 616.893.944-04

DIMAS NORONHA FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

