
Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190664815

Vítima: VALDONIEL GONCALVES ALBUQUERQUE JUNIOR

Data do Acidente: 23/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALDONIEL GONCALVES ALBUQUERQUE JUNIOR

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, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190664815

Vítima: VALDONIEL GONCALVES ALBUQUERQUE JUNIOR

Data do Acidente: 23/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), VALDONIEL GONCALVES ALBUQUERQUE JUNIOR

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190664815

Vítima: VALDONIEL GONCALVES ALBUQUERQUE JUNIOR

Data do Acidente: 23/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VALDONIEL GONCALVES ALBUQUERQUE JUNIOR

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.037,50

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda auditiva total bilateral (surdez completa) 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **VALDONIEL GONCALVES ALBUQUERQUE JUNIOR**

Valor: **R\$ 3.037,50**

Banco: **104**

Agência: **000000737**

Conta: **0000028816-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.



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: 042.1982.139 3 - CPF da vítima: 049.479.204-32 4 - Nome completo da vítima: VALDONIEL GONÇALVES ALBUQUERQUE JUNIOR

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

5 - Nome completo: VALDONIEL GONÇALVES ALBUQUERQUE JUNIOR 6 - CPF: 049.479.204-32
7 - Profissão: MOTORISTA 8 - Endereço: RUA SERGITE 9 - Número: 2700 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: TAMBORE 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PARAIBA 14 - CEP: 58.414-040
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83.98651-8167

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0737 CONTA: 28816 AGÊNCIA: CONTA:

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• 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.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (ou nascidos)? ☐ 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190664815
Nome do(a) Examinado(a): Valdoniel Goncalves Albuquerque Junior
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Sergipe, 2700
Liberdade Campina Grande PB CEP: 58414-040
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 2860540
Data local do acidente: [23/03/2019]
Data local do exame: [06/12/2019] Campina Grande [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
**TCE GRAVE HEMATOMA SUBDURAL.
FRATURA MANDÍBULA.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
**Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO, CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA E OSTEOSÍNTESE DA MANDIBULA
Complicações: NÃO HOUVERAM COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
**PACIENTE APRESENTA HIPOACUSIA MODERADA A DIREITA E LEVE A ESQUERDA COMPROVADA COM AUDIOMETRIA,
PARALISIA FACIAL A DIREITA LEVE.
MOBILIDADE NORMAL, ORIENTAÇÃO TEMPO ESPAÇO NORMAL.**
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
**PACIENTE APRESENTA HIPOACUSIA MODERADA A DIREITA E LEVE A ESQUERDA COMPROVADA COM AUDIOMETRIA,
PARALISIA FACIAL A DIREITA LEVE.
MOBILIDADE NORMAL, ORIENTAÇÃO TEMPO ESPAÇO NORMAL.**
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|--|
| <p>() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</p> | <p>() "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</p> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|--|
| <p>Região Corporal (Sequela):
AUDIÇÃO TOTAL BILATERAL (SURDEZ COMPLETA)
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|--|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Valthi Menezes Guimarães
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 16.551 / CRM-PB 6326
TEOT 15-090
CIRURGIA DO JOELHO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº12553.01.2019.2.00.401

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):
Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO
Data da Ocorrência: 23/03/2019 **Hora:** 23:56:00
Forma da Comunicação: Verbal
Endereço: Rua Otacilio Nepomuceno, Catolé, Campina Grande, PB.
Ponto de referência: Em Frente Ao Partagem Shopping

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Valdoniel Gonçalves Albuquerque Júnior
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria Emília Ribeiro Albuquerque e Valdoniel Gonçalves Albuquerque
Idade: 36 **Data de Nascimento:** 06/07/1983 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: divorciado(a)
Escolaridade: Ensino médio completo **Profissão:** Condutor Socorrista do Samu Campina Grande Pb
Cargo: Não informado **Matrícula:** Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 049.479.204-32
Endereço: Rua Sergipe, 2700, Liberdade, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Casa
Telefone: (83) 98790-8191

TESTEMUNHA

Nome: Aluska de Moraes Ferraz Sena
Conhecido por: Não informado
Filiação: Georgia Alves de Moraes Sena e Carlos Alberto Ferraz de Sena
Idade: 31 **Data de Nascimento:** 22/04/1988 **Identidade de Gênero:** feminino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Varzea Alegre
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Ensino superior completo **Profissão:** Enfermeira
Cargo: Não informado **Matrícula:** Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 027.659.683-81
Endereço: Av Almirante Barroso, 914, Liberdade, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Casa
Telefone: (83) 99980-6227



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de Campina Grande -
Setor de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

TESTEMUNHA

Nome: Luiz Leopoldino de Albuquerque
Conhecido por: Não informado
Filiação: Celia Pereira Albuquerque e João Luiz Gonçalves de Albuquerque
Idade: 26 Data de Nascimento: 28/07/1993 Identidade de Gênero: masculino
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Ensino médio completo Profissão: Almoxarifado
Cargo: Não informado Matrícula: Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 073.271.254-85
Endereço: Rua José Branco Ribeiro, 460, Catolé, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Casa
Telefone: (83) 33371-982

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca HONDA/XRE 300, modelo HONDA/XRE 300, tipo de veículo PASSEIO, cor BRANCA, ano 2017, UF: PB, placa OFX-0251, chassi 9C2ND1120HR001388, renavam 01141842189, características gerais: Nome Proprietário valdoniel Goncalves a Junior

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

PARTES

Exame de Lesão Corporal Nº 310.2019
(1) Valdoniel Gonçalves Albuquerque Júnior (VITIMA)

HISTÓRICO

Que a vítima na data, horário e local já citados; Que a vítima vinha conduzindo sua moto já descrita acima, momento que foi utilizar do freio desta moto pois a sua frente estava uma passagem de pedestre; Que ao se utilizar do freio, que este travou a moto; Que com este travamento do freio dianteiro a moto capotou jogando a vítima ao solo; Que a vítima posteriormente foi socorrido pelo SAMU para o Hospital de Trauma de Campina Grande PB; Que neste hospital estava para ser realizado um procedimento cirúrgico na cabeça da vítima porém o procedimento neste citado hospital estava a demorar e o paciente / vítima estava a seis dias interno neste hospital; Que amigos e familiares resolveram transferir a vítima para o Hospital Antonio Targino, Campina Grande PB; Que neste hospital a vítima no dia seguinte a sua chegada foi realizado o procedimento cirúrgico na cabeça da vítima; segue em anexo documentação.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

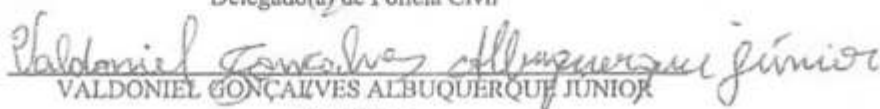
Procedimento Policial: 12553.01.2019.2.00.401



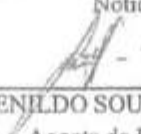
Campina Grande/PB, 07 de novembro de 2019.



GILSON DE JESUS TELES
Delegado(a) de Polícia Civil



VALDONIEL GONÇALVES ALBUQUERQUE JÚNIOR
Noticiante



JOSENILDO SOUSA DE ALMEIDA
Agente de Investigação

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: 042.19.82.139 3 - CPF da vítima: 049.479.204-32 4 - Nome completo da vítima: VALDONIEL GONÇALVES ALBUQUERQUE JUNIOR

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

5 - Nome completo: VALDONIEL GONÇALVES ALBUQUERQUE JUNIOR 6 - CPF: 049.479.204-32
7 - Profissão: MOTORISTA 8 - Endereço: RUA SERGIFE 9 - Número: 2700 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: TAMBOUR 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PARAIBA 14 - CEP: 58.414-040
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83.98653-8167

DADOS CADASTRAIS

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0737 CONTA: 28816 0 AGÊNCIA: CONTA:

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concludo, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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/viv-nascido? ☐ 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário ou representante legal
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: 2008 DESESA 28/11/2008

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Valdoniel Gonçalves Albuquerque Junior

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDONIEL GONCALVES ALBUQUERQUE JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00737

CONTA: 000000028816-0

Nr. da Autenticação A35637F13297B605



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

DATA CONTATO COM O CAGEPA,
INFORME ESTENDIMENTO

MATRÍCULA

11897376

REFERÊNCIA

NOV/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

VALBONIEI. G ALBUQUERQUE
RUA SERGIPE, 2700 - TAMBOR CAMPINA GRANDE PB
58414-040

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
018.016.300.0285.000		000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto			
Y11X164775	29/10/2011	EXT LACR	LIGADO	LIGADO			

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA
765	768	3	33	01/12/2019
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 POST. 05/2017 MS.				
OUT/2019	3	PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES		
SET/2019	8	TURBIDEZ	178	184
AGO/2019	1	CLORO	178	184
JUL/2019	2	COL. TERMOD	0	0
JUN/2019	2	COR	55	184
MAI/2019	4	COL. TOTAIS	178	181
MEDIA(M)	3	DADOS REFERENTES A: SET/2019		

DATA DA IMPRESSÃO: 04/11/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 10:17:17

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	3 M3	37,91
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ESGOTO	3 M3	30,33

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,31 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

16/11/2019

Total a Pagar:

R\$ 68,24



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

O EXERCÍCIO BRASILEIRO, POR MEIO DO 31º BIH, CONVOCA TODOS OS RESE
RVISTAS DOS ÚLTIMOS 5 ANOS PARA O EXERCÍCIO DE APRESENTAÇÃO DA RE
SERVA (EXAR/2019), NO PERÍODO DE 09 A 16 DE DEZ/2019 DAS 08H AS 1
5:30H.

Paciente: VALDONIEL GONÇALVES ALBUQUERQUE JUNIOR
Data do Exame: 28/03/2019
Exame: Tomografia Computadorizada de Crânio

Técnica: Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado.

Indicação: TCE.

Análise:

- Coleção extra-axial hipodensa frontotemporoparietal, com espessura de 8,8 mm.
- Hipodensidade na substância branca junto ao corno anterior do ventrículo lateral direito, inespecífica.
- Fraturas das paredes dos seios esfenóides e do processo pterigóide direito. Associa-se hemossinus.
- Fratura longitudinal da porção petrosa do temporal bilateral, com extensão à cavidade timpânica, que encontra-se preenchida por material hipodenso bilateralmente (hemotimpano?). Não há disjunção das cadeias ossiculares. Há extensão da fratura para a porção escamosa à direita.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Estruturas da fossa posterior preservadas.
- Aspecto anatômico das cisternas basais.
- Não há evidência de desvio das estruturas da linha média.


Dr. William Ramos Tejo Neto
Médico Radiologista
CRM-PB 6733



CLÍNICA
JOSÉ PINTO BRANDÃO
OTORRINOLARINGOLOGISTA, FONOAUDILOGISTA
CRUZADA DE CARVALHO E PÉSCOCO

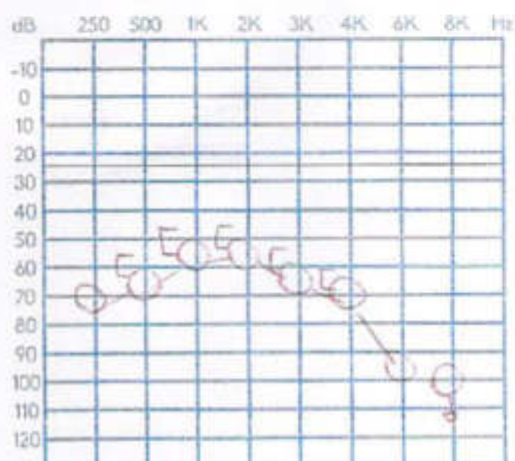
Nome: Valdinei Gonçalves Junior
Idade: 36 anos Data: 14-11-19 Sexo: Masculino
Médico Solicitante: -
Profissão: Condutor Securitista

AUDIOMETRIA

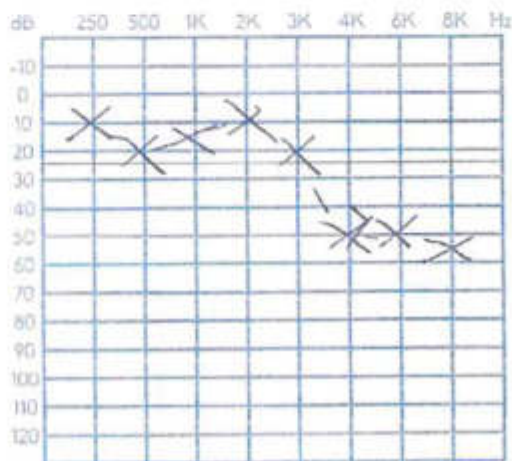
Tipo do Audiômetro: B6000

Calib. 010220

OUVIDO DIREITO



OUVIDO ESQUERDO



WEBER

250 500 1K 2K 4K

SRT

OD 15
OE 30

SDT

OD -
OE -

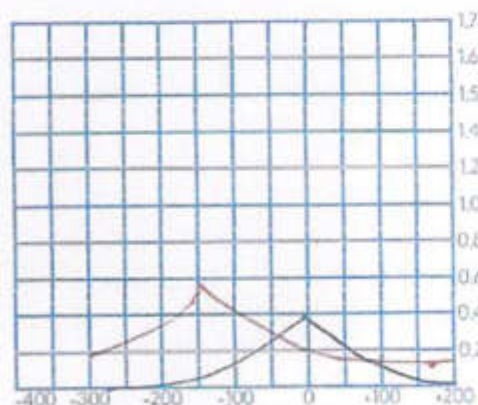
IPRF

M 100% 105 MASC
D - - -

M 100% 10 MASC
D - - -

Conclusão: Perda auditiva do tipo sensorioneural de grau moderado na OD, com queda nas freq's de 6 a 8 kHz.
Tonos auditivos dentro dos padrões de normalidade, exceto nas freq's de 2 a 8 kHz na OE/

IMITACIOMETRIA



OUVIDO DIREITO

C/S	LIMINAL TONAL	NÍVEL DO REFLEXO	DIF	IPSI
500	<u>65</u>	<u>16</u>	<u>45</u>	<u>-</u>
1000	<u>-</u>	<u>↓</u>	<u>-</u>	<u>↓</u>
2000	<u>-</u>	<u>↓</u>	<u>-</u>	<u>↓</u>
4000	<u>-</u>	<u>↓</u>	<u>-</u>	<u>-</u>

OUVIDO ESQUERDO

C/S	LIMINAL TONAL	NÍVEL DO REFLEXO	DIF	IPSI
500	<u>-</u>	<u>↓</u>	<u>-</u>	<u>-</u>
1000	<u>15</u>	<u>90</u>	<u>75</u>	<u>110</u>
2000	<u>-</u>	<u>↓</u>	<u>-</u>	<u>105</u>
4000	<u>50</u>	<u>60</u>	<u>50</u>	<u>-</u>

Conclusão: Curva timpanométrica do tipo "C" na OD e tipo "A" na OE. Reflexos estapediais ausentes IPSI e em 1000, 2000 e 4000 Hz CONTRA OD e em 500 e 2000 Hz CONTRA OE/

Assinatura: [Assinatura]
Data: 14/11/19



CIRUR. BUCO-MAXILO FACIAL
CIRURGIA GERAL
CIRURGIA PLÁSTICA
CIRURGIA TORÁCICA
CIRURGIA VASCULAR
CIRURGIA COM VIDEO
CLÍNICA MÉDICA
ELETROENCEFALOGRAFIA
ENDOSCOPIA
NEFROLOGIA
NEUROCIRURGIA
ORTOPEDIA
OTORRINOLARINGOLOGIA
RAIO X
STENT
TRAUMATOLOGIA
UROLOGIA

ANGIOGRAFIA DIGITAL
ANGIOPLASTIA
BRONCOFIBROSCÓPIA
ENDOSCOPIA
ELETROCARDIOGRAMA
TOMOGRAFIA C.M.R.
UTI MÓVEL

Valdomiro Gouveia, 442 / Centenário / Campina Grande / Paraíba
Fones

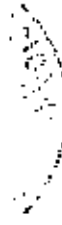
Terapia
de face

Paralisia facial

MELHORE SUA LETRA

Uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente.

Rua Delmiro Gouveia, 442 / Centenário / Campina Grande / Paraíba
CEP 58428-016 / Fone: (83) 2102.0101 / www.hat.com.br



3

PROF. DR. ROBERTO DE
MOURA
CURSO ESPECIAL EM
ODONTOLÓGIA

LAUDO RADIOLOGICO

EXAME RADIOLOGICO DE
TOMOGRAFIA DE BATELHA

DATA 29/1/71
Rosa Maria de Jesus
CRM 1508
ODONTOLÓGICA
MÉDICO



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
NÚCLEO OPERACIONAL DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL/CG
BR 230, km 165,5, Alça Sudoeste, Serrotão, Campina Grande/PB

C: Laudo: 03.03.06.112019.29955

LAUDO TRAUMATOLÓGICO
Ferimento ou Ofensa Física

03.03.06.112019

Data do exame: 14/11/2019 Hora do exame: 14:14.

Órgão Requisitante: SETOR DE B. E OCORRÊNCIAS. Nº da Solicitação: 310/2019. Autoridade Solicitante: BEL: Gilson de Jesus. Nome: VALDONIEL GONÇALVES ALBUQUERQUE JUNIOR, Identidade de Gênero: Masculino. RG: CPF:04947920432. Data de Nascimento: 06/07/1983. Idade: 36 Profissão: Condutor do Samu. filho(a) de Valdoniel gonçalves Albuquerque e Maria Emilia Ribeiro Albuquerque. Estado Civil: divoricado. Escolaridade: Naturalidade: Campina Grande/PB. Residente na rua Sergipe, 2700 Liberdade CAMPINA GRANDE/PB.

HISTÓRICO – Periciando refere ter sofrido acidente de moto em 23/03/2019, sendo socorrido para o Hospital de Trauma de Campina Grande, posteriormente sendo removido para o Hospital Antônio Targino, onde se submete a tratamento cirúrgico.

DESCRIÇÃO – Ao exame, observamos: discreta cicatriz cirúrgica na região temporal direita, hipercrômica em normotrófica; cicatrizes irregulares normocrômicas e hipertróficas no dorso da mão direita; cicatrizes irregulares hipercrômicas e normotróficas na lateral da perna direita. Conduz os seguintes documentos: relatório cirúrgico de redução de fratura de mandíbula com fixação e diagnóstico de fratura complexa de mandíbula; relatório cirúrgico com craniectomia à direita; atestado médico com relato de internamento de 29/03/2019 a 04/04/2019, afastamento de 90 dias de suas atividades e CID S06.1; ficha de atendimento hospitalar em 24/03/2019 com relato de queda de moto e trauma cranioencefálico; audiometria descrevendo perda auditiva moderada neurosensorial à direita.

QUESITOS

- 1º. Há ferimento ou ofensa física? SIM.
- 2º. Qual o meio que o ocasionou? AÇÃO CONTUNDENTE.
- 3º. Houve perigo de vida? NÃO.
- 4º. Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? SIM, LEVE DEBILIDADE DA FUNÇÃO AUDITIVA.
- 5º. Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? SIM.
- 6º. Provocou aceleração de parto? PREJUDICADO.
- 7º. Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? NÃO.
- 8º. Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? NÃO.
- 9º. Resultou deformidade permanente? NÃO.
- 10º. Provocou aborto? PREJUDICADO.

Dr Heráclio Almeida da Costa
CRMPB 6479 / Mat 168.232.6

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Instituto de Polícia Científica
Unidade de Medicina Legal

CONFERE COM ORIGINAL

Campina Grande - PB 14/11/2019

PERITO



HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

Nome: VALDANIEL GONCALVES ALBUQUERQUE

Convenio: SUS - INTERNO

Solicitante: LUCIANO FERREIRA DE HOLANDA

Exame(s): TC CRANIO

Nº Exame: 26429

Data: 29/03/2019

Exame realizado em projeção axial com cortes de 5,0 mm de espessura para a fossa posterior e de 10,0 mm para a região supratentorial.

Evidenciamos imagem hipoatenuante (Densidade líquida), laminar, periencefálica, apagando os sulcos corticais, medindo aproximadamente 1,0 cm no diâmetro transversal e 7,0 cm no eixo céfalo caudal, localizada no espaço subdural fronto-têmporo-parietal direito. Observamos pequena área hipoatenuante, sem exercer efeito de massa, distribuídos de maneira significativa, ovalada, medindo aproximadamente 1,5 x 1,0 cm nos maiores diâmetros, localizada no aspecto anterior da região núcleo capsular direita. Os coeficientes de atenuação das demais estruturas cranioencefálicas avaliadas encontram-se dentro dos limites da normalidade.

Discreta assimetria dos ventrículos laterais, estando menor o direito. Aspecto morfológico, volumétrico e topográfico normal das demais câmaras ventriculares.

Cisternas encefálicas basais bem delineadas.

Desvio incipiente das estruturas encefálicas da linha média para a esquerda.

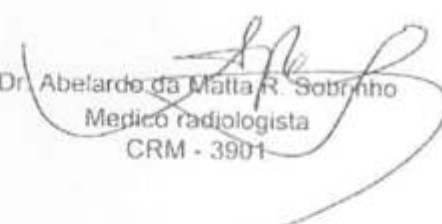
Calcificações dos plexos coróides e glândula pineal.

Perda de definição dos sulcos corticais e fissuras encefálicas do hemisfério cerebral direito.

Conclusão: Coleção subdural fronto-têmporo-parietal direita.

Pequena contusão cerebral na região núcleo capsular direita.

CM


Dr. Abelardo da Matta R. Sobrinho
Médico radiologista
CRM - 3901

KOCl $\rightarrow$

The names of 25000 men

CONSULT. LABORATORY
MANUFACTURING DIVISION

Area per

27 Remains No. 5
7272

#3mf 02:20

Paciente relata ter sido vítima de
quedada de moto. No momento encontra-se
com color arterial, hidratado e consciente.

TC di mano frattura di scapula mandibola. ortopedista.

CD: Intenções BMF

DESTINO DO PACIENTE / / às : hs

() Centro cirúrgico

()Internação (setor)

☐ Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

()Alta hospitalar

() A revelia

() Decisão Médica

Óbito

TECNOLOGIA: Praxinoscopio

viuendo aliquo rem habebat

do MAI (sem erro)

cap. Alto de Neurociencia

BMF : Solicito manuscrito da
NCR / Funct. - Temporal?)
08:30

08:30

NCR / First-Feedback?

Dr. Fernando Portela
Cirurgião e Traumatologista
Bucomaxilofacial
CRQ-PB 4420

Foi realizada Rx de ombro esquerdo.
AP e laterais, devido às lesões e fraturas, com
paules marcando as áreas de colagem.

condição (01) - sistema para gerar, manter
e atualizar a base de dados para os 03 setores

Dr. Wagner Luis F. de Araújo
ORÇ. ORTODONTOLÓGICO
CPV 132 1176

→ Cirurgia Cereb

5:47 - Sutura em Joelho e tornozelo Es-
querdos. Solicito Rx mão D (la uregia
em indicador); e avaliação do
ula. Ortopedista.

Dr. Iankei Thago MD
MEDICO
SAINT PAUL

SERVICIOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

C6

IDADE

[Handwritten musical notation on five-line staves]

Ficha de Acolhimento

Nome:	Vildefiel Fernandes Albuquerque		
End:	Bairro: Fátima		
Data de Nascimento:	16-09-85	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acid. de	Data do Atend.	24-03-19 Hora: 08:46 Documento: ---
Acidente de trabalho?	() Sim	(X) Não	

Classificação de Risco

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

Estratificação

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

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


Assinatura e carimbo do profissional

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Waldemir Gonçalves Albuquerque Jr

IDADE: 35A

AUX: UTI

LEITO: 08

MÉDICO: Dr. [assinatura]

DATA: 29 / 03 / 19

MANHÃ

ADMISSÃO:

Paciente admitido procedente do Hospital de Trauma de C. Grande. PB, acordado, orientado, sem a.a., com escoreações em MMS e MMSS, com AUP, Temp: 37.4, FC: 64 bpm, A: 140 x 100 mmHg, realizado Eletrocardiograma.

TARDE

Paciente evolui acordado, consciente e orientado, apnéia, diurese espontânea, acionou dieta oral, feito Rx de tórax 1. fei, m. c.p.m. realizado em sala interna.

NOITE

Paciente acordado, afébril, normotenso, echocardiograma S/D, diurese (+), acionou dieta oral, escoreações múltiplas, trocador intravascular em 8, medicado com, segue em dieta zero de líquidos.

[assinatura]
Mozaniel S. Cavalcanti
COREN/PB - 310.112-1E

COREN/PB - 310.112-1E

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Valdonel Gonçalves A. Junior
ALM: UTI LEITO: 08 MÉDICO: Dr. Jairo

IDADE: 35

DATA: 30/03/19

MANHÃ

Pte. menor do abd. confuso, opaco, hiperoculto, ventriculocente. Às 9h maximizando no C.C. retornando um P.O. já menor do abd., hipertenso. Segue em cateter de U. Est. que se comprometido. Diurese presente.

TARDE

Paciente evolui acordado, aférril, normotenso, feito RX PA de mandíbula, diurese por SVD, em uso de coleta, foi M.C.P.M., realizado em dedos inteiros.

Sandra Elisabete do Nascimento
Téc. em Enfermagem
COREN-PR 51762

NOITE

Paciente evolui com G.G.E., diurese em cateter, seg em de ambiente, opaco e normotenso, em diurese de presente, com diurese C.C. presente, segue em uso de coleta (V) mantendo SVD, C.C.G. e diurese em

PAGE: 1
NOME: Valdonel Gonçalves A. Junior
CURSO: Técnico em Enfermagem
COBRANCA DO SUS

COBRANCA DO SUS

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Valdoniel Gonçalves A. Junior IDADE: 35 anos
ALIA: VIT LEITO: 08 MÉDICO: Dr. Dargival

DATA: 31/03/19

MANHÃ

Paciente evolui acordado, consciente e orientado
espontâneo, afebril, normocárdico, normotenso, diurese
por SVD, aceita dieta oral. Mep e feito CBB

ELTON
FELIX GOMES
COREN 229133

TARDE

Paciente evolui acordado orientado sem
quixos, afebril, normotenso, espontâneo, aceita
dieta m.c.p.m realizado ESW e cui-
dade geral

Valdoniel A. Junior
FELIX GOMES
COREN 229133

NOITE

Paciente acordado, consciente, afebril,
normotenso, aceita dieta oral, quixos-se de
deixar em hemitorax direito, diurese em SVD,
medicado CPM, segue aos cuidados.

huf

Mrsaniel S. Cavalcanti
COREN/PA - 310.112 - 11

ATESTADO MÉDICO DE INTERNAÇÃO

Atesto para os devidos fins que o paciente

Valdemir José de Albuquerque Junior

portador da carteira profissional Nº

esteve internado nesse nosocômio de 29/3/19 a

04/04/19, necessitando de 90 (noventa)

dias de afastamento de suas atividades lattes

a partir desta data por motivo de doença.

CID S06.1

Hipertensão arterial
essencial
de grau 1
sem risco

Campina Grande, 4/4/19

Ass. Médico - CRM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
 INSTITUTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO

NOME: **VALDONIEL GONCALVES ALBUQUERQUE JUNIOR**
 RG: **2860540** / ORG. EMISSOR: **SP**
 CPF: **049.479.204-32** / DATA NASCIMENTO: **06/07/1993**
 TITULO: **VALDONIEL GONCALVES ALBUQUERQUE**
 MATR. EMITIDA: **EMILIA RIBEIRO ALBUQUERQUE**
 FOTOGRAFIA: 
 Nº RENOVADO: **02085552302** / VALIDADE: **28/01/2022**
 Nº EMISSÃO: **30/11/2001**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1494469580

CATEGORIA: **AD**
 DATA EMISSÃO: **15/08/2017**
 Nº RENOVADO: **89701424604**
 Nº EMISSÃO: **PH033811679**

PARAIBA

DENATRAN

[illegible]

CONTRIN

Frederick J. Beckwith

99999999

1	0114184218-9	00/00000000	2019
---	--------------	-------------	------

VALDONIEL GONCALVES A JUNIOR

CPF/CNPJ	PLACA
04947920432	0FX0251/PB

PLACA ANT / UP	GRUPO B
NOVO PB	9C2ND1120HR001388

PPS/MOTOCICLE/NAO APLIC	ALCO/GASOL
-------------------------	------------

MARCA / MODELO	ANO FAB	ANO INC
HONDA/XRE 300	2017	2017

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COLORE PREDOMINANTE
2 P/291 /CI	PARTIC	BRANCA

COTA ÚNICA	VENO. COTA ÚNICA	VENO. COTAS
00/00/0000		1*

PAGA LÍQUIDA	INDELMAMENTO / COTAS	2º
*****	0	3º

PREMIO TANTO ANO (R\$)	125 (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO		P A G O	29/03/2019

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

CAMPINA GRANDE-PB 01/04/2019

9999999  *Salvador* 3555

Arachis

3555

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

PB Nº 014798453591 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

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2019	01/04/2019

VIA	CFE / CFEU	PLACA
1	04947920432	0FX0251/PB

1141842189	HONDA/XRE 300
------------	---------------

ANNO FISC.	CC TERR.	NP CLASSI
2017	9	9C2ND1120HR001388

PRÊMIO TARIFÁRIO

FEES (R\$)	DEMATRIAN (R\$)	CUSTO DO DEGRUPO (R\$)
★★★★★	★★★★★	★★★★★

CUSTODIO (M) (53)	KOP (58)	RECEIÇÃO (54) (55) (56) (57)
-------------------	----------	------------------------------

*****	SEGURO	F A G C
PAGAMENTO	DATA DE COTAÇÃO	
15000 UNICA	PARCELADO	29/03/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

0-10000076-0

35556-1126385-20190401

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190664815 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDONIEL GONCALVES **Data do acidente:** 23/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
ALBUQUERQUE JUNIOR

PARECER

Diagnóstico: TCE GRAVE HEMATOMA SUBDURAL.
FRATURA MANDÍBULA.

Descrição do exame físico: PACIENTE APRESENTA HIPOACUSIA MODERADA A DIREITA E LEVE A ESQUERDA COMPROVADA COM
AUDIOMETRIA, PARALISIA FACIAL A DIREITA LEVE.
MOBILIDADE NORMAL, ORIENTAÇÃO TEMPO ESPAÇO NORMAL.

Resultados terapêuticos: FERIMENTOS CICATRIZADOS NO PÓS OPERATÓRIO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO AUDIÇÃO TOTAL BILATERAL (SURDEZ COMPLETA) E LIMITAÇÃO
FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190664815 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDONIEL GONCALVES **Data do acidente:** 23/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
ALBUQUERQUE JUNIOR

PARECER

Diagnóstico: TCE GRAVE HEMATOMA SUBDURAL.
FRATURA MANDÍBULA.

Descrição do exame físico: PACIENTE APRESENTA HIPOACUSIA MODERADA A DIREITA E LEVE A ESQUERDA COMPROVADA COM AUDIOMETRIA, PARALISIA FACIAL A DIREITA LEVE. MOBILIDADE NORMAL, ORIENTAÇÃO TEMPO ESPAÇO NORMAL.

Resultados terapêuticos: FERIMENTOS CICATRIZADOS NO PÓS OPERATÓRIO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO AUDIÇÃO TOTAL BILATERAL (SURDEZ COMPLETA) E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/12/2019

Conduta mantida:

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190664815 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDONIEL GONCALVES **Data do acidente:** 23/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
ALBUQUERQUE JUNIOR

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO. P1/6/7

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190664815 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDONIEL GONCALVES **Data do acidente:** 23/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
ALBUQUERQUE JUNIOR

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO. P1/6/7

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0421982/19

Vítima: VALDONIEL GONCALVES ALBUQUERQUE .

CPF: 049.479.204-32

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/03/2019

Titular do CPF: VALDONIEL GONCALVES
ALBUQUERQUE JUNIOR

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

VALDONIEL GONCALVES ALBUQUERQUE JUNIOR : 049.479.204-32

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: 28/11/2019
Nome: VALDONIEL GONCALVES ALBUQUERQUE JUNIOR
CPF: 049.479.204-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

/ALDONIEL GONCALVES ALBUQUERQUE JUNIOR

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA