



Número: **0002888-52.2016.8.15.0271**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Picuí**

Última distribuição : **23/05/2017**

Valor da causa: **R\$ 6.750,00**

Assuntos: **Indenização por Dano Moral, Indenização por Dano Moral**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DEUSDALIO DIAS (AUTOR)		NILO TRIGUEIRO DANTAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34975587	01/10/2020 10:14	2754103_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
2ª Superintendência Regional de Polícia
13ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE PICUI



C E R T I D ã O

Nº.Cont.: 040/2014

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registros de Ocorrências N.º 02/2014, nele encontrei as folhas de N.º 02, o Registro n.º 040/2014, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Aos 26 dias do mês de Junho do ano de 2014, Nesta cidade de Picuí, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, presente a Autoridade Policial o (a) Bel(ª). Dianni Regina de Barros Silva, Delegada de Polícia Civil, comigo, Escrivão(o) de Polícia de seu cargo no final assinado e declarado, Ai, volta das 15h30 horas, compareceu: **DEUSDALIO DIAS**, brasileiro, união estável, agricultor, natural de Picuí/PB, nascido aos 29/03/1985, filho(a) de Geraldo Luis Dias e Cicera Julia Dias, residente na Rua Manoel Dionisio da Silva, nº 9, Bairro Limeira, Picuí/PB, CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTÁRA SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE. ASSIM FAZ O REGISTRO: QUE no dia 23 de Janeiro de 2014, por volta das 10h e 30 min., o comunicante deslocava-se do Bairro Limeira para o centro da cidade e ao chegar de frente ao Colégio do Lordão passou em um quebra molas e perdeu o controle da moto que conduzia caindo ao solo; moto marca Honda CG 125 FAN KS, cor preta, placa OGE-7610-PB, chassi nº 9C2JC4110DR7110712; Que devido o acidente fraturou o pé esquerdo; Que o comunicante foi socorrido pela viatura da policia para o Hospital Regional de Picuí em seguida foi transferido para o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes da cidade de Campina Grande/PB, conforme documentação em anexos; Era o que tinha a registrar. O referido é Verdade e Dou fé.

Picuí/PB, 26 de Junho de 2014.

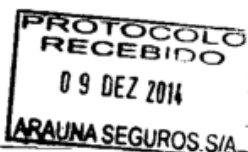
Deusdalis Dias
COMUNICANTE:

Cícero Fernandes de Araújo
CÍCERO FERNANDES DE ARAÚJO

TESTEMUNHA 1 RG nº 2.143.174- SSP/PB Rua Manoel Oliveira Chagas, S/nº, Bairro Limeira, Picuí/PB.

Antônia Júlia dos Santos
ANTÔNIA JÚLIA DOS SANTOS

TESTEMUNHA 2 RG nº 1.516.049- SSP/PB Rua Bela Vista, nº 174, Bairro Limeira, Picuí/PB.



Delegacia Regional de Polícia Civil - Picuí - PB
Rua Cel. Manoel Lucas, nº 02, Bairro Centro, CEP: 58.187-000 - Picuí - PB - Fone: (83) 3371-2324

01





(1)



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPrensaTRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para o beneficiário a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3140114189 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA DEUSDALIO DIAS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO ARUANA SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO DEUSDALIO DIAS

CPF/CNPJ: 01562023365

Posição em 22-09-2020 10:55:19

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
13/01/2015	PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/LFqE2FzV8VGby8s7n6A3gapi_key=X0pTBXPGKmYBwSV8NbD4OgzaC+DMqtPWejh+PPB3HkY=)
29/12/2014	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/1B7k5s+P3D__MckjdACapi_key=X0pTBXPGKmYBwSV8NbD4OgzaC+DMqtPWejh+PPB3HkY=)
12/12/2014	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/jiyor3ejWAI9hQLQd1e8api_key=X0pTBXPGKmYBwSV8NbD4OgzaC+DMqtPWejh+PPB3HkY=)

Chat





(<https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/>)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)



(<https://www.seguradoralider.com.br>)



(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?optconsultasemsinistro=true>)

Chat

www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?optconsultasemsinistro=true

2/3



Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › Perguntas Frequentes (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › Telefones de Contato (/Contato/telefones-de-contato)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
- › Mapa do Site (/Mapa-do-Site)



(<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)

Chat



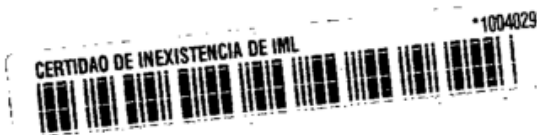
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Deusdolio Dias, portador da carteira de identidade nº 200.300.300.609 e inscrito no CPF/MF sob o nº 015620233-65, residente e domiciliado na Mamuel Dionísio da Silva, Cidade Picui, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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



Deusdolio Dias

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Picui - PB, 03/09/14

Local e data



02



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3140114189

Cidade: Picuí

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DEUSDALIO DIAS

Data do acidente: 23/01/2014

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta não especificada do pé esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Cicatriz cirúrgica em dorso do pé esquerdo de cerca de 3 cm. Sem déficit de movimentos. Sem lesão neurológica ou vascular. Sem queixas.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico sendo realizada limpeza e fixação das fraturas com dois fios de Kirschner intramedulares. Recebeu alta em 25/01/2014. Fez fisioterapia (2 sessões).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 06/01/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Ricardo Amorim Guedes Filho

CRM do médico: 5628

UF do CRM do médico: PB

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

PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PICUI
C.N.P.J. 08.741.399/0001-73
Home Page: <http://picui.pb.gov.br>
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
C.N.P.J. 08.619.650/0001-21



PREFEITURA MUNICIPAL DE

Picuí

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATORIO



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que o Senhor **DEUSDÁLIO DIAS**, brasileiro, portador do RG: 03808736810 – SSP-CE e CPF: 015.620.233-65, residente à Rua Manoel Dionísio da Silva, 09, Bairro Limeira, neste município, foi transferido para o Hospital de Trauma de Campina Grande no veículo da Secretaria Municipal de Saúde (modelo Ranger), no dia 23 de janeiro de 2014, após ter sofrido um acidente na Rua Getúlio Vargas, Centro, deste município, por não haver ambulância disponível no momento do ocorrido.

Picuí, 23 de junho de 2014.


MARIA LÚCIA DANTAS XAVIER
Secretária Municipal de Saúde



Rua: Galdino Pinheiro, 26 – Bairro: Centro/ CEP: 58 187 - 000 - Picuí - PB
Fone/fax: (83) 3371-2374 – e-mail: mpicui@estapiens@uol.com.br



**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

Nome do(a) Examinado(a): **DEUSDALIO DIAS** Sinistro: **3140114189** Data: **23/01/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA MANOEL DIONISIO DA SILVA, 9 - LIMEIRA - Picuí - PB - CEP 58187-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /CE**] **2003003006099**

Data local do exame: [**06/01/2015**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura exposta não especificada do pé esquerdo. Cicatriz cirúrgica em dorso do pé esquerdo de cerca de 3 cm. Sem déficit de movimentos. Sem lesão neurológica ou vascular. Sem queixas.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Submetido a tratamento cirúrgico sendo realizada limpeza e fixação das fraturas com dois fios de Kirschner intramedulares. Recebeu alta em 25/01/2014. Fez fisioterapia (2 sessões).

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [] Sim [**X**] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opção no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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 (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

(**X**) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Ricardo Amorim Guedes Filho - CRM: 5628 - PB

Ricardo Amorim Guedes Filho - CRM: 5628 - PB



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Deusdualio Dias,

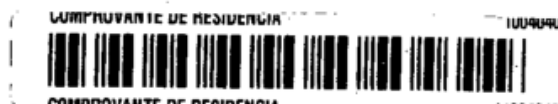
RG nº 2003003006099 data de expedição 26/01/2011 Órgão
SSP-CE, CPF nº 015620233-65, venho perante a este
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em
meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo
descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>Manoel Dionísio da Silva</u>
Número	<u>nº 9</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Limreira</u>
Cidade	<u>Picuí</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58197-000</u>
Telefone de Contato	<u>83) 3371-2274/ 9912-5490/ 9104-9190/ 8852-4690</u>
E-mail	<u>nilotdantas@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Picuí - PB, 03/09/14

Assinatura do Declarante: Deusdualio Dias



23



34.77

TOTAL A PAGAR:

CONSUMO D AGUA
ACRESCIM(S) MES(S) ANT.
DIAS DE MORA
33.97
0.74
0.06

Dados Referentes à

THUNDER
COR
CLORO
COLONIAS TROPICAIS
(*) sistema que analisa 40 ou mais amostras por
min, aumento em 55% das amostras analisadas

RESIDENCIAL
QUANTIDADE DE ECONOMIAS
50187-000
COMERCIAL INDUSTRIAL
PUBLICO

028.01.130.0422

06687863-2

Rua Feliciano Cimo, s/n - Jaguaripe Jodo Pessoa - PB, CEP. 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

MAR/2014

SET	OUT	NOV	DEC	JAN	FEB	MARCH
11	12	11	10	11	14	00
12	11	10	09	10	13	00
13	12	11	10	11	14	00
14	13	12	11	12	15	00
15	14	13	12	13	16	00
16	15	14	13	14	17	00
17	16	15	14	15	18	00
18	17	16	15	16	19	00
19	18	17	16	17	20	00
20	19	18	17	18	21	00
21	20	19	18	19	22	00
22	21	20	19	20	23	00
23	22	21	20	21	24	00
24	23	22	21	22	25	00
25	24	23	22	23	26	00
26	25	24	23	24	27	00
27	26	25	24	25	28	00
28	27	26	25	26	29	00
29	28	27	26	27	30	00
30	29	28	27	28	31	00
31	30	29	28	29	32	00
32	31	30	29	30	33	00
33	32	31	30	31	34	00
34	33	32	31	32	35	00
35	34	33	32	33	36	00
36	35	34	33	34	37	00
37	36	35	34	35	38	00
38	37	36	35	36	39	00
39	38	37	36	37	40	00
40	39	38	37	38	41	00
41	40	39	38	39	42	00
42	41	40	39	40	43	00
43	42	41	40	41	44	00
44	43	42	41	42	45	00
45	44	43	42	43	46	00
46	45	44	43	44	47	00
47	46	45	44	45	48	00
48	47	46	45	46	49	00
49	48	47	46	47	50	00
50	49	48	47	48	51	00
51	50	49	48	49	52	00
52	51	50	49	50	53	00
53	52	51	50	51	54	00
54	53	52	51	52	55	00
55	54	53	52	53	56	00
56	55	54	53	54	57	00
57	56	55	54	55	58	00
58	57	56	55	56	59	00
59	58	57	56	57	60	00
60	59	58	57	58	61	00
61	60	59	58	59	62	00
62	61	60	59	60	63	00
63	62	61	60	61	64	00
64	63	62	61	62	65	00
65	64	63	62	63	66	00
66	65	64	63	64	67	00
67	66	65	64	65	68	00
68	67	66	65	66	69	00
69	68	67	66	67	70	00
70	69	68	67	68	71	00
71	70	69	68	69	72	00
72	71	70	69	70	73	00
73	72	71	70	71	74	00
74	73	72	71	72	75	0

LEITURA ATUAL
LEITURA ANTERIORE
CONSUMO DO MÊS (m³)
DATA DA LEITURA
DIAS DE CONSUMO
CONDIÇÃO DA LEITURA
CONDIÇÃO DO FATORAMENTO
ANOMALIA DE CONSUMO
DATA DA PRÓXIMA LEITURA

CLIENTE
YANNIE SIBELY DE
ENFERMCO
RUA MANOEL DIONISIO
SAIRMO
JK
RESPONSAVEL
SITUACAO AGUA
LIGADO

POTENCIAL
SITUACIÓN
FICHA

REPORT DIONISIO DA SILVA, J

YANNIE SIBELY DE MEDRINHOS

PROTOKOLO
RECEPCION
11 DEZ 2014
COM REGULADORA

24



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3140114189

Cidade: Picuí

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DEUSDALIO DIAS

Data do acidente: 23/01/2014

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2014

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NO PÉ ESQUERDO

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PÉ 50%

Documentos complementares:

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50%	25 %	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3140114189

Cidade: Picuí

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DEUSDALIO DIAS

Data do acidente: 23/01/2014

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta não especificada do pé esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Cicatriz cirúrgica em dorso do pé esquerdo de cerca de 3 cm. Sem déficit de movimentos. Sem lesão neurológica ou vascular. Sem queixas.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico sendo realizada limpeza e fixação das fraturas com dois fios de Kirschner intramedulares. Recebeu alta em 25/01/2014. Fez fisioterapia (2 sessões).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 06/01/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Ricardo Amorim Guedes Filho

CRM do médico: 5628

UF do CRM do médico: PB

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

PRESTADOR

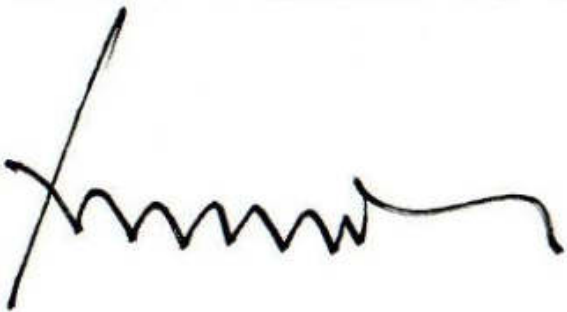
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2014

Carta nº: 5906213

A/C: DEUSDALIO DIAS

Sinistro: 3140114189
Vitima: DEUSDALIO DIAS
Data Acidente: 23/01/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00929/00930 - carta_01



Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2014

Carta nº: 5971928

A/C: DEUSDALIO DIAS

Sinistro: 3140114189
Vítima: DEUSDALIO DIAS
Data Acidente: 23/01/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00717/00718 - carta_02



[illegible]

MEDICO ASSISTENTE / CRM

DATA: 25 / 01 / 2014

RECIBO
2014/01/25
MEDICO

540,9 - 3 anos
1400 - 1 ano
1500 - 1 ano

Presença e interpretação

CONDIÇÃO: de saúde e ausência de sintomas

EXAMES REALIZADOS:

segundo

em um teste de gravidez 11.8 por

H.D.A. Quase não há sintomas

PROFISSÃO: Agente de saúde

CIDADE: Picuí

ENDEREÇO: Sítio Guaratã

DATA DE NASCIMENTO: 29 / 03 / 1985

SEXO: masculino

DOCUMENTO Nº. 800303

IDADE: 28 anos

NOME: Osmundo dos

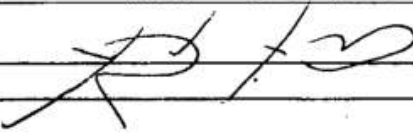
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE PICUI "Felipe Tiago Gomes"



50



MOD. 002		DATA: 24/07/2024		HORA DA SOLICITAÇÃO:		Carimbo e Assinatura do Médico	
URGÊNCIA ☐		ROTINA ☐					
EXAMES SOLICITADOS: RX do joelho AP e Oblíquo <i>4 segundos</i>							
MATERIAL A EXAMINAR:							
DADOS CLÍNICOS: Fratura de metacarpo (3º metacarpo - 2º dedo)							
IDADE:		SEXO: ☐ M ☐ F		COR: ☐ B ☐ P ☐ A		PESO:	
ALTURA:		CLÍNICA:		ENF: 6		LEITO: 3	
NOME: D E V S D A L I O		PRONTUÁRIO: 517					
GOVERNO DA PARAIBA		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			
REQUISICIONAMENTO DE EXAMES							



GOVERNO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		REQUISICÃO DE EXAMES	
NOME: D A S S A L I S		PRONTUÁRIO: 419	
IDADE:	SEXO: M ☐ F ☐	COR: A ☐ P ☐	PESO: ALTURA: CLÍNICA: ENF: LEITO:
DADOS CLÍNICOS:			
MATERIAL A EXAMINAR:			
EXAMES SOLICITADOS: Ex - ur e ur / obliqua			
URGENCIA ☐		HORA DA SOLICITAÇÃO: ROTINA ☐	
DATA: 23/01/14		Carimbo e Assinatura do Médico	





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIS GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIS GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ANDALAO Blog

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

218.627

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

161017019191912110101916

8 - DATA DE NASCIMENTO

29/03/85

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Luciana Silva Dias

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

St. Chelata

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Picau

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

P 125818101010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor abdominal e náusea

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Doença aguda

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Doença aguda de intestino

21 - CID 10 PRINCIPAL

592.3

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Doença aguda de intestino

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0498050462

26 - CLÍNICA

021-

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

0341216181015

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/11/2014

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PROTÓTIPO
RECEBIDO
11 DEZ 2014
JEM REGULADORA

MOD. 009



Diagnóstico

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente) Verônica D.A.S Alojamento) 6 Leito) 6 Convênio) 3

OK

Tratamento de Nutrição

Data	Prescrição Médica	Horário	Alojamento	Leito	Convênio	Evolução Médica
25/11/2014	Dieta DDA leve	18:30				
26/11/2014	Dieta DDA leve	18:30				
27/11/2014	Dieta DDA leve	18:30				
28/11/2014	Dieta DDA leve	18:30				
29/11/2014	Dieta DDA leve	18:30				
30/11/2014	Dieta DDA leve	18:30				
01/12/2014	Dieta DDA leve	18:30				
02/12/2014	Dieta DDA leve	18:30				
03/12/2014	Dieta DDA leve	18:30				
04/12/2014	Dieta DDA leve	18:30				
05/12/2014	Dieta DDA leve	18:30				
06/12/2014	Dieta DDA leve	18:30				
07/12/2014	Dieta DDA leve	18:30				
08/12/2014	Dieta DDA leve	18:30				
09/12/2014	Dieta DDA leve	18:30				
10/12/2014	Dieta DDA leve	18:30				
11/12/2014	Dieta DDA leve	18:30				
12/12/2014	Dieta DDA leve	18:30				
13/12/2014	Dieta DDA leve	18:30				
14/12/2014	Dieta DDA leve	18:30				
15/12/2014	Dieta DDA leve	18:30				
16/12/2014	Dieta DDA leve	18:30				
17/12/2014	Dieta DDA leve	18:30				
18/12/2014	Dieta DDA leve	18:30				
19/12/2014	Dieta DDA leve	18:30				
20/12/2014	Dieta DDA leve	18:30				
21/12/2014	Dieta DDA leve	18:30				
22/12/2014	Dieta DDA leve	18:30				
23/12/2014	Dieta DDA leve	18:30				
24/12/2014	Dieta DDA leve	18:30				
25/12/2014	Dieta DDA leve	18:30				
26/12/2014	Dieta DDA leve	18:30				
27/12/2014	Dieta DDA leve	18:30				
28/12/2014	Dieta DDA leve	18:30				
29/12/2014	Dieta DDA leve	18:30				
30/12/2014	Dieta DDA leve	18:30				
31/12/2014	Dieta DDA leve	18:30				

Dr. André Ribeiro
CRM-PB 5703

Dr. André Ribeiro
CRM-PB 5703

PROTÓCOLO
REGULADOR
11 DEZ 2014
I.E.M. REGULADORA

Nome do Paciente <i>Durvalino Dias</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>23/11/14</i>	Enf.		Leito
Operador <i>D. Edimar</i>		1.º Auxiliar <i>D. Jonh</i>	
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar		Instrumentador
Anestesia <i>Bl. Durvalino</i>		Tipo de Anestesia <i>Rogier</i>	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Ext. esquerda 3' - 4' metatars</i>			
Tipo de Operação <i>Exocip. ca. po K entomodela</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>o mesmo</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>9</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>9</i>			
Acidente Durante a Operação <i>9</i>			

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

Desenho basal
Ampliação e conformação T Corporal
Ligadura esofágica com ST
Radiação e f. respir. do fôlego com 2 pa K N.º 2 interdentado
Sutura de pele
Gestões
Tob. lista

W

PROTÓCOLO
CERINHO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

PROTOCOLO
RECIBIDO
11 DEZ 2014
F.M. REGULADORA

10



SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE DOM LUIS GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <i>Desidério Dias</i>				IDADE: <i>28</i>	SEXO: <i>M</i>	COR: <i>B</i>
DATA: <i>23.1.14</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS		
URINA								
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATÁRAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>Fratura exposta pé E</i>					ESTADO FÍSICO		RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	ÀS	EFEITO		

AGENTE ANESTÉSICO	LÍQUIDOS	CÓDIGOS VP. ARTERIAL - O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA - O - OPERAÇÃO	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20	INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ MANUTENÇÃO <i>N.A.</i> ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê?: _____ DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ CO₂: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com cânula: _____ Paro o leito: Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES:
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES				
POSIÇÃO: <i>Enteol + Mida 20kg</i>				
AGENTES: <i>Ysoflurano + D₂O + Gafarubina 2% + Tioxicar 4mg</i>				
TÉCNICA: <i>Raque</i>				CÂNULAS
OPERAÇÃO: <i>Redução cirúrgica c/ fixação</i>				
CIRURGIÕES: <i>Edilson + V. A.</i>				
ANESTESISTAS: <i>Amirio Pinto</i>				
OBSERVAÇÕES				

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS

PERDA SANGÜÍNEA

MOD. 068

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB





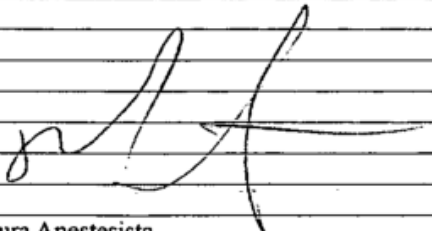
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Demetrio Dias</u>	Idade: <u>28</u>
Convênio: <u>Sus</u>	Data: <u>23/01/14</u>
Procedimento: <u>Redução cirurgica e/ fixação de fratura de pé eq.</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Gudiman</u>	Auxiliar: <u></u>
	Anestesista: <u>Dr. Aluisio</u>
Início: <u>15:00</u>	Término: <u>16:00</u>
	Anestesia: <u>Raque</u>

[illegible][illegible]

Observações:



Assinatura Anestesista

Circulante

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação





GOVERNO
DA PARAÍBA

Secretaria de Estado da Saúde
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS		

Assinatura do anestesista



Folha de Tratamento e Evolução

Fatores de isolamento

15

Paciente	Danielson Dias	Alojamento	6	Leito	3	Convênio
----------	----------------	------------	---	-------	---	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
24/07/14	1) Dado limo 2) SG 5% 500 mL EV, 22h 3) ST 0,9% 500 mL EV, 22h 4) Relatado 1g EV, 8/18h 5) Diquinone 1g EV, 6/14h 6) Tótil 20g EV, 12/12h 7) Omeprazol 40mg EV, 1x/dia 8) SSVT CCEG	14h 12h 18h 24h 26h 28h 30h 32h 34h 36h 38h 40h 42h 44h 46h 48h 50h 52h 54h 56h 58h 60h 62h 64h 66h 68h 70h 72h 74h 76h 78h 80h 82h 84h 86h 88h 90h 92h 94h 96h 98h 100h	14h 12h 18h 24h 26h 28h 30h 32h 34h 36h 38h 40h 42h 44h 46h 48h 50h 52h 54h 56h 58h 60h 62h 64h 66h 68h 70h 72h 74h 76h 78h 80h 82h 84h 86h 88h 90h 92h 94h 96h 98h 100h

[illegible]

Folha de Tratamento e Evolução

Structure of metabolism

17

Paciente) <i>Prudêncio Dias</i>				
	Alojamento)			
		6	Letto	
			3	Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
25/01/14	① Diltz & Mx ② SG 5% 500-L, EV, 2-24h ③ Digoxina 01E4+AD, EV, 6/8h ④ Tebital 20 - 21 AN, EV, 12/24h ⑤ SEQ, 97.500-L, EV, 2-24h ⑥ Kefopid 1g, EV, 8/8h ⑦ Oxyprop 40 - 4g, EV, 1x dia ⑧ SSVV + CC GG	12 18 24 06 12 24 06 Atenção	25/01/14 Ontologia Paciente evolui bem, sem queixas de dor, sem necessidade de quimioclonia. Evolução clínica satisfatória. 36mo exame, laboratório, bioquímico, em turno e após ao Tm e Tm. isr Atta Mendelzer



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

Hospital de Emergência e Trauma na Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Ficha de Acolhimento

Nome:	Demetrio Dias		
End.:	Sítio Gravata	Bairro:	Z. Rural
Data de Nascimento:	29/03/1985	Documento de Identificação:	Picui - PB
Queixa:	Ac. mão	Data do Atend.:	23/01/14
		Hora:	13:15
		Documento:	

Classificação de Risco *Fome 9957-8452*

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

Estratificação *infante*

- | | |
|---|--------------------------------------|
| () Vermelho - atendimento imediato | () Amarelo - atendimento até 1 hora |
| ☒ Verde - atendimento até 4 horas | () Azul - atendimento ambulatorial |

[Assinatura]
Enfermeira
COREN 282.537

Assinatura e carimbo do profissional

PROTOCOLO
RECEBIDO
11 DEZ 2014
F. M. REGULADOR

18



Rio de Janeiro, 12 de Janeiro de 2015

Carta nº: 6087479

A/C: DEUSDALIO DIAS

Sinistro: 3140114189
Vítima: DEUSDALIO DIAS
Data Acidente: 23/01/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00313/00314 - carta_04



Final

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO



100403/

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE PRODUÇÃO E REGULAMENTAÇÃO DE ENERGIA ELÉTRICA
 CRIE E REGULA O SISTEMA NACIONAL DE ENERGIA ELÉTRICA

274884702
 VALIDA EM TODA O TERRITÓRIO NACIONAL
 PROBIÇÃO PLASTIFICAR

Nome: **JOÃO DA SILVA**
 Data de Nascimento: **24/03/1985**
 CPF: **015.430.213-95**
 Endereço: **AV. JOÃO DA SILVA, 123 - JARDIM PAZ - RIO DE JANEIRO - RJ**
 Data de Emissão: **24/03/2014**
 Data de Validade: **24/03/2015**
 Assinatura: *[Assinatura]*

PARA SUA CONVIDADE, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DEBITO AUTOMATICO.

MAR/2014
 30/03/2014
 ***** 34.77
 TOTAL A PAGAR:

Setor	Consumo	Valor
Setor 1	11	1.00
Setor 2	12	1.00
Setor 3	13	1.00
Setor 4	14	1.00
Setor 5	15	1.00
Setor 6	16	1.00
Setor 7	17	1.00
Setor 8	18	1.00
Setor 9	19	1.00
Setor 10	20	1.00
Setor 11	21	1.00
Setor 12	22	1.00
Setor 13	23	1.00
Setor 14	24	1.00
Setor 15	25	1.00
Setor 16	26	1.00
Setor 17	27	1.00
Setor 18	28	1.00
Setor 19	29	1.00
Setor 20	30	1.00
Setor 21	31	1.00
Setor 22	32	1.00
Setor 23	33	1.00
Setor 24	34	1.00
Setor 25	35	1.00
Setor 26	36	1.00
Setor 27	37	1.00
Setor 28	38	1.00
Setor 29	39	1.00
Setor 30	40	1.00
Setor 31	41	1.00
Setor 32	42	1.00
Setor 33	43	1.00
Setor 34	44	1.00
Setor 35	45	1.00
Setor 36	46	1.00
Setor 37	47	1.00
Setor 38	48	1.00
Setor 39	49	1.00
Setor 40	50	1.00
Setor 41	51	1.00
Setor 42	52	1.00
Setor 43	53	1.00
Setor 44	54	1.00
Setor 45	55	1.00
Setor 46	56	1.00
Setor 47	57	1.00
Setor 48	58	1.00
Setor 49	59	1.00
Setor 50	60	1.00
Setor 51	61	1.00
Setor 52	62	1.00
Setor 53	63	1.00
Setor 54	64	1.00
Setor 55	65	1.00
Setor 56	66	1.00
Setor 57	67	1.00
Setor 58	68	1.00
Setor 59	69	1.00
Setor 60	70	1.00
Setor 61	71	1.00
Setor 62	72	1.00
Setor 63	73	1.00
Setor 64	74	1.00
Setor 65	75	1.00
Setor 66	76	1.00
Setor 67	77	1.00
Setor 68	78	1.00
Setor 69	79	1.00
Setor 70	80	1.00
Setor 71	81	1.00
Setor 72	82	1.00
Setor 73	83	1.00
Setor 74	84	1.00
Setor 75	85	1.00
Setor 76	86	1.00
Setor 77	87	1.00
Setor 78	88	1.00
Setor 79	89	1.00
Setor 80	90	1.00
Setor 81	91	1.00
Setor 82	92	1.00
Setor 83	93	1.00
Setor 84	94	1.00
Setor 85	95	1.00
Setor 86	96	1.00
Setor 87	97	1.00
Setor 88	98	1.00
Setor 89	99	1.00
Setor 90	100	1.00

CLIENTE: **YANNIE SIBELLY DE MEDEIROS**
 ENDEREÇO: **RUA MANOEL DIONÍSIO DA SILVA, 9**
 BAIRRO: **PIÇUI**
 CIDADE: **SITUAÇÃO: RESIDENTE**
 RESPONSÁVEL: **PIÇUI**
 SITUACAO: **RESIDENTE**
 LIGACAO: **RESIDENTE**
 POTENCIAL: **RESIDENTE**

Quantidade de Economias: **58187-000**
 Valor Médio: **028.01.130.0422**
 Valor: **06687863-2**

Rua Feliciano Cirne, s/n - Jaqueira João Passos - PB. CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PROTOCOLADO
 RECIBO
 11 DEZ 2014
 REGULADORA

67



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO	
JOSE MARCIO JUL 2013 OGE7610 PASSA / MOTOCICLET GASOLINA HONDA/CG 125 FAN KS 2012 2013 PARTICULAR PRETA 31/10/2014 CUITE 08/12/2014	OGE7610 Imprimir Consulta Último Licenciamento: 2013 Proprietário: JOSE MARCIO JUL Placa: OGE7610 Combustível: GASOLINA Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET Ano de Fabricação: 2012 Ano Modelo: 2013 Categoria: PARTICULAR Cor Predominante: PRETA Vencimento Licenciamento: 31/10/2014 Observação: Restrição: Financeira: Município: CUITE Situação: EM CIRCULACAO Data da Consulta: 08/12/2014

001

1004032



PROTOCOLO
11-DEZ-2014
REGULADORA

20

08/12/2014 16:09



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Deusdolio Dias
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2003003006099 EXPEDIDO POR SSR/GE EM 20/01/2011 E
 CPF 015620233-65 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Agricultor
 E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Deusdolio Dias, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da FAZENDA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

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

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0048 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 03294-0

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

Picui-SP de 12 de 14 Deusdolio Dias
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao pagamento na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez e tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO



1004039

o vigente
do com a
204.





AUTO-ATENDIMENTO - AG. PICUI

DATA: 15/09/2014

HORA: 17:33:45

TERMINAL: 49161005

CONTROLE: 491610050164

CONTA CREDITADA:

NOME:

DEUSDALIO DIAS

0048.013.00023294-0

