



01/10/2020

Número: **0837444-56.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **22/07/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROBERTO CARLOS DA SILVA (AUTOR)		Francisco Israel Cardoso da Silva (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34974 232	01/10/2020 09:52	2754344_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 18 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200071856

Vítima: ROBERTO CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 16/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROBERTO CARLOS DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

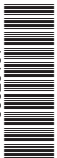
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15526034

Pag. 00213/00214 - carta_01 - INVALIDEZ

00020107





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

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200071856 Vítima: ROBERTO CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 16/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ROBERTO CARLOS DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01993/01994 - carta_11 - INVALIDEZ

00090987



Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

435698114-68

Nome completo da vítima

ROBERTO CARLOS DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ROBERTO CARLOS DA SILVA		CPF titular da conta 435698114-68	Profissão APFENSIÃO
Endereço R. RITA MIRANDA NR 80		Número 80	Complemento CHSA
Bairro 13 DE MAIO	Cidade SOÃO PESSOIA	Estado PB	CEP 58025-280
E-mail		Telefone (DDD) 83-988856995	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECURSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☒ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

- ☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAU (341)
 ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

1041

DV

CONTA

NRO.

60018757

DV

5

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

DV

CONTA

NRO.

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

SOÃO PESSOA 04 de FEVEREIRO de 2020

Local e Data

Roberto Carlos da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

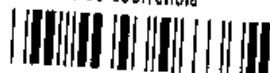




CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 09957.01.2019.1.00.401

Boletim de ocorrência



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09957.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:10 horas do dia 29 de agosto de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Rochelle Bezerra Rocha, Agente de Investigação, matrícula 1820354, ao final assinado, compareceu **Roberto Carlos da Silva**, CPF nº 435.698.114-68, nacionalidade brasileira, filho(a) de Joana Ricardo da Silva e Luiz Carlos da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 03/09/1963 (55 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Professora Rita Miranda, Nº 80, bairro Treze de Maio, tendo como ponto de referência Escola Boto de Menezes, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (s) para contato (83) 98885-6995.

Dados do(s) Fatos:

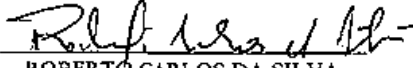
Local: Denox, João Pessoa/PB, bairro Treze de Maio; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 16/04/19 19:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO (ACIDENTE DE MOTOCICLETA) QUANDO CONDUZIA SUA MOTOCICLETA SUZUKI 125, COR PRETA, ANO E MODELO 2009, DE PLACA JJW-8351/PB, CHASSI 9CDNF41AJ9M236125; QUE O NOTICIANTE/VÍTIMA SOFREU LESÕES AO CAIR DA MOTOCICLETA; QUE O PRÓPRIO NOTICIANTE/VÍTIMA FOI AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA PROCURAR ATENDIMENTO, PORÉM NO DIA SEGUINTE DO ACIDENTE; QUE ESTE HOSPITAL EMITIU LAUDO MÉDICO, ASSINADO PELO DR. JOSE DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB; QUE CONSTA NO LAUDO MÉDICO O CID 10 S92.9; QUE VEIO A ESTA DELEGACIA A FIM DE QUE O FATO FIQUE REGISTRADO, FICANDO DESDE JÁ CIENTE E ORIENTADO DE QUE DEVE COMPARECER A DELEGACIA DA ÁREA PARA QUE O PROCEDIMENTO CABÍVEL SEJA INSTAURADO.

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

João Pessoa/PB, 29 de agosto de 2019.


ROBERTO CARLOS DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 09957.01.2019.1.00.401



Declaração de Inexistência de IML



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

ROBERTO CARLOS DA SILVA

CPF da Vítima

435698114-68

Data do acidente

16/04/2019

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

JOÃO PESSOA DA SILVA de FEVEREIRO de 2020

Local e Data

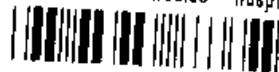
Roberto Carlos da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ROBERTO CARLOS DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	03/09/63
NOME DA MÃE	JOANA RICARDO DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.156.477.
DATA DO ATENDIMENTO	16/04/19
HORA DO ATENDIMENTO	14:46
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 2º PODODÁCTILO DIREITO.
CID 10	S92.9

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, nega perda da consciência, refere dor no membro inferior direito, com dificuldade de mobilização. Torax e abdomen sem queixas. Apresenta dor em pé direito e em joelho direito. RX evidenciam fratura de base da falange proximal do 2º dedo do pé direito.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de joelho direito
RX de pé direito
RX de tornozelo direito

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura da falange proximal do 2º dedo do pé direito.

TRATAMENTO:

Medicado.

ALTA HOSPITALAR:	16/04/19
DATA DA EMISSÃO:	20/08/19

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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



AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1156477

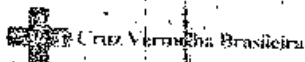


Identificação do paciente				
ID 1046395	Nome ROBERTO CARLOS DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 03/09/1963	Idade 55 anos 7 meses 13 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário
Mãe JANA RICARDO DA SILVA	Pai LUIZ CARLOS DA SILVA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel 8	Fone Móvel 983356385	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3153400	Nº Cns 703206635938890		
Local de procedência TORRE	Tipo BAIRRO		UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58125000	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro PROFESSORA RITA MIRANDA	
Número 30	Complemento	Bairro TREZE DE MAIO		
Admissão				
Data e Hora 16/04/2019 14:46:58	Número da pulseira 10007405609	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Modo de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	Pulso	Temperature		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []				
Ultrasonografia []				
Dados clínicos				
Diagnóstico				
CID				
Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA				
Tempo 44seg				

Imprimir

8080/cvb/pages/boletimEmergencia.do?perform=imprimir&id=1156477





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

Endereço: AV. GRESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 612122

Paciente	ROBERTO CARLOS DA SILVA	BAE	1156477	Data/Hora Entrada	16/04/2019 14:46:58	Data Saída	
Data de nascimento	03/09/1963	Idade	55a 7m 13d	Sexo	Masculino	CNS	703206635938880
Mãe	JOANA RICARDO DA SILVA					Telefone de Contato	(83) 968856965
Endereço	PROFESSORA RITA MIRANDA, 80	Bairro	TREZE DE MAIO	Município	JOAO PESSOA	UF	PB
Acidente	QUEDA / OUTROS	Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional	ALICE FRANCA FALCAO BATISTA DANTAS	Nº Cons. Regional	9519/PB
Data/Hora Classificação	16/04/2019 15:02:09			Data/Hora Prescrição	16/04/2019 15:33:35		

Anamnese

#CIRURGIA GERAL#

Paciente vítima de queda de moto, em uso de capacete. Nega perda de consciência ou vômitos. Refere dor MID, com dificuldade de mobilização do mesmo. Nega alergia medicamentosa.

Ao exame: EGR, LQTE, AAA, eupneico
torax: sem sinais de fraturas
Abdome: flácido, depressível, indolor.

cd: solicito radiografia de joelho, tornozelo e pe
avaliação ortopedia
alta da cirurgia geral

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., ACM, 0,0 (MGTSM)

SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSM)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE PE/ DEDOS DO PE DIREITO

RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA. (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DIREITA)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

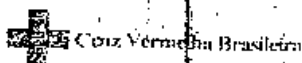
ROBERTO CARLOS DA SILVA

ALICE FRANCA FALCAO BATISTA DANTAS
(CRM: 9519/PB)

Boletim registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em: 16/04/2019 14:47:42

:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAntefraco=N&pdf=1&id=567484&pesquisa=S&pe





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

POSTO I B

Endereço: INTERNO, S/N., JOAO PESSO - PB, 51111111

Tel:

CNES: 454547

Paciente	ROBERTO CARLOS DA SILVA	BAE	1156477	Data/Hora Entrada	16/04/2019 14:46:58	Data Saída	2019-04-16 17:13:31,0
Data de nascimento	03/09/1963	Idade	55a 7m 13d	Sexo	Masculino	CNS	703206635935890
Mãe	JOANA RICARDO DA SILVA	Telefone de Contato	(83) 988856993	Profissional	JOAO PAULO SOUTO CASADO	Nº Cons. Regional	11598/PB
Endereço	PROFESSORA RITA MIRANDA, 80	Bairro	TREZE DE MAIO	Município	JOAO PESSOA	UF	PB
Acidente	QUEDA / OUTROS	Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Data/Hora Classificação	16/04/2019 15:02:09	Data/Hora Prescrição	16/04/2019 17:13:39

Anamnese

#ORTOPEDIA

PCTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO
RELATA DOR EM JOELHO DIREITO E PE DIREITO
APRESENTA EDEMA IMPORTANTE EM PE
ADM PREJUDICADO PELA DOR E EDEMA
NEUROVASCULAR PRESERVADO

RX EVIDENCIANDO FRATURA DE BASE DA FALANGE PROXIMAL DO 2º PDD DO PE DIREITO

CD:
IMOBILIZAÇÃO
RECEITA MEDICA
ORIENTACAO
ALTA
ATESTADO
RETORNO HTOP

PROCEDIMENTO

BOTA TALA, (OBSERVAÇÕES: MID)

CID10

Código	Descrição
S92.9	Fratura do pé não especificada

Conduta

Em observação

Alta Hospitalar

Usuário
JOAO PAULO SOUTO CASADO
Motivo de Alta
ALTA MEDICA

Data e Hora
16/04/2019 17:13:31
Observações

Dr. Tammir Gomes de Mello
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 810

ROBERTO CARLOS DA SILVA

JOAO PAULO SOUTO CASADO
(CRM: 11598/PB)

Boletim registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 16/04/2019 14:47:42

8080/cvb/pag/prescricao.do?control=7&imprimirDadosAtividade=115

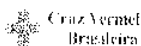


REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome ROBERTO CARLOS DA SILVA		
Data de 03/09/1963	Nº Boletim Emergência 1156477	Prontuário
Material a examinar		
		Data Prescrição: 16/04/2019 15:33:35
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL) RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (direita)		
RAIOS-X TIPO ... DATA ... 16/04/19 HORA ... 15:33 NOME TEC. RAD. ... ASS. <i>Suelio Moreira</i>		

Assinatura e Carimbo do Profissional





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 16/04/19 15:33

Usuário: ALICE FRANCA

Boletim 1156477



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de Nascimento	Idade	Sexo	Profissão	Data de Prescrição		
ROBERTO CARLOS DA SILVA	03/09/1963	55a 7m 13d	MASCULINO	1156477	16/04/2019 15:33:35		
Motivo do Atendimento	Enfermagem / Leito	Validade da Prescrição					
Convenio	Matricula	16/04/2019 15:33:00 - 17/04/2019 15:33:00					
SUS	Senha						
Data da entrada:		Data da internação:	Pontuação no	Permanência no			
16/04/2019 14:46:58			47 min				
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admin.	Veloc. Inf.	Pos	Apreçamento

1	DIPYRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	1,0	ML		E.V.	ACM	1546
2	SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML)	1,0	ML		INTRAMUSCULAR	AGORA	re

Reimpresso em:
dia

ALICE FRANCA FAI CAD BASTA
CRM: 5510

Assinatura e Carimbo do Profissional



Documentos de identificação

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICACAO

NOME: ROBERTO CARLOS DA SILVA

CPF: 435.698.114-68 DATA NASCIMENTO: 03/09/1963

ENDEREÇO: LUIZ CARLOS DA SILVA
JOANA RICARDO DA SILVA

PROFISSÃO: [] ADL [] OUT. HABIL: AE

Nº REGISTRO: 03057110195 VALIDADE: 12/06/2020 EXPIRACAO: 10/10/1984

Observações:
A
HAS PROD PERIGOSOS
EXERCE ATIV REMUNERADA

Assinatura: [Assinatura]

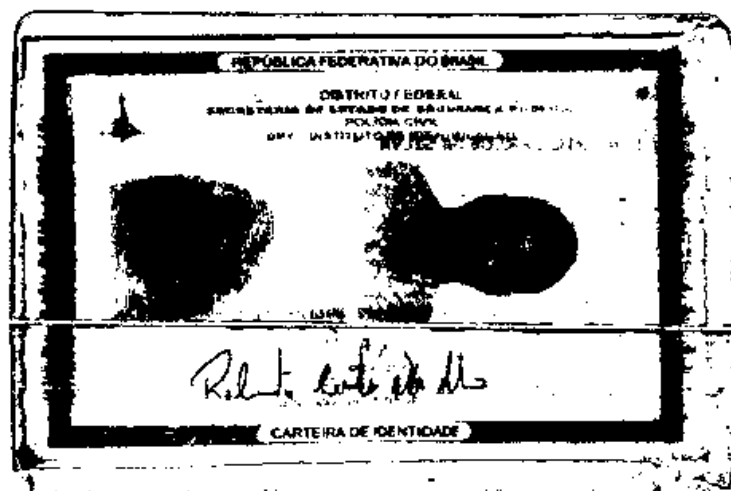
LOCAL: BRASILIA-DISTRITO FEDERAL, DF DATA EMISSAO: 08/07/2015

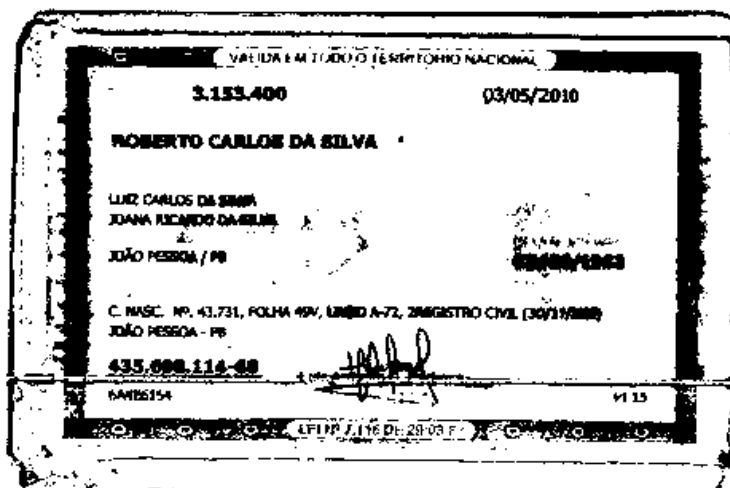
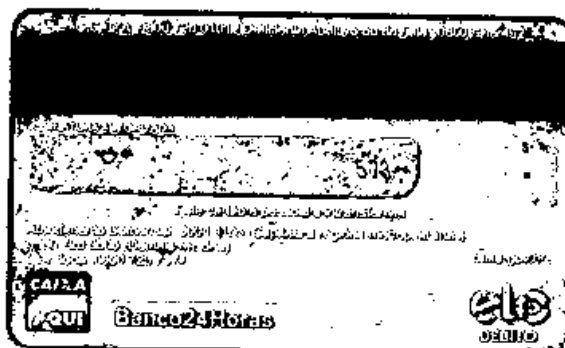
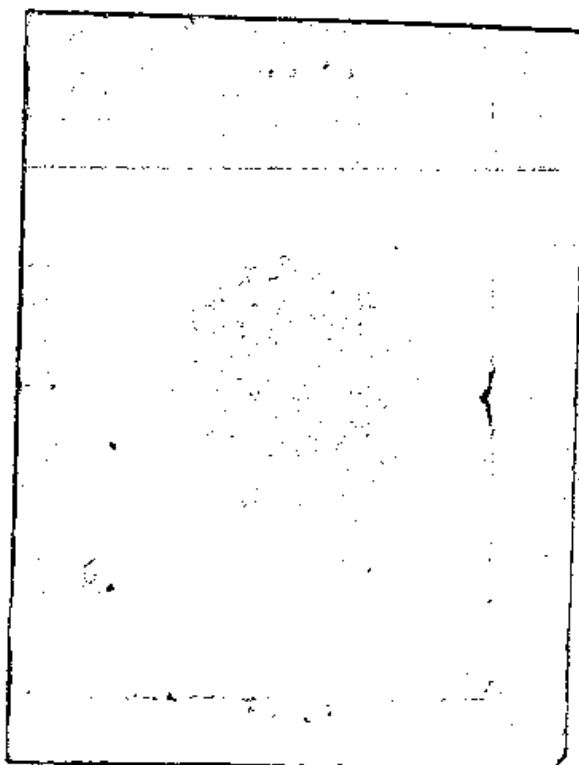
54005854618
0741953234

DETRAN-DF (DISTRITO FEDERAL)

VALIDADE EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS 1129078262

PREMIO PLASTIFICAR 1129078262





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETTRAN - PB Nº **015765232080**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 PRT: 20200000051198-5

VIA: 00200204068-8 / 007.000000000 2020

NOME: **ROBERTO CARLOS DA SILVA**

CPF / CNPJ: **43569811468** PLACA: **JJW8351/PB**

PLACA ANT. / UF: **JJW8351 DE** CHASSI: **9CDNF41AJ9M236125**

ESPECÍFICO: **PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC** COMBUSTÍVEL: **GASOLINA**

MARCA / MODELO: **JTA/SUZUKI INTRUDER 125** ANO FAB: **2009** ANO MOD: **2009**

CAP / POT / CL: **2 P/125 /CI** CATEGORIA: **PARTIC** COR PREDEFINIDA: **PRETA**

COTA ÚNICA: **00/00/0000** 1º VENC. / COTAS: **1º**

Faixa I.P.V.A.: **0** PARCELAMENTO / COTAS: **2º**

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): **330** I.O.F. (R\$): **0** PRÊMIO TOTAL (R\$): **330** DATA DE PAGAMENTO: **30/01/2020**

OBSERVAÇÕES: **SEM RESERVA DE DOMÍNIO E CANCELAMENTO**

LOCAL: **JOÃO PESSOA - PB** DATA: **31/01/2020**

19267 761

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE SOB SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 015765232080 - 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: **2020** DATA EMISSÃO: **31/01/2020**

VIA: **1** CPF / CNPJ: **43569811468** PLACA: **JJW8351/PB**

RENAVAL: **0200204068** MARCA / MODELO: **JTA/SUZUKI INTRUDER 125**

ANO FAB: **2009** CAT. DRC: **9** CHASSI: **9CDNF41AJ9M236125**

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$): **330** DENATRAM (R\$): **0** CUSTO DO SEGURO (R\$): **330**

CUSTO DO BILHETE (R\$): **330** I.O.F. (R\$): **0** DATA DE GERAÇÃO: **30/01/2020**

PAGAMENTO: **SEGURO** DATA DE GERAÇÃO: **30/01/2020**

SEGURODORA LÍDER - DPVAT
 CNPJ 09.248.600/0001-04

761-1222416-20200131

DUT



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros



ASL-0058306/20

Vítima: ROBERTO CARLOS DA SILVA

CPF: 435.698.114-68

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/04/2019

Titular do CPF: ROBERTO CARLOS DA
SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROBERTO CARLOS DA SILVA : 435.698.114-68

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: 12/02/2020
Nome: ROBERTO CARLOS DA SILVA
CPF: 435.698.114-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/02/2020
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

ROBERTO CARLOS DA SILVA

JULIANA MARQUES RODRIGUES



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0058306/20

Vítima: ROBERTO CARLOS DA SILVA

CPF: 435.698.114-68

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROBERTO CARLOS DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROBERTO CARLOS DA SILVA : 435.698.114-68

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: 12/02/2020
Nome: ROBERTO CARLOS DA SILVA
CPF: 435.698.114-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/02/2020
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

ROBERTO CARLOS DA SILVA

JULIANA MARQUES RODRIGUES

