
Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3180420134**
Vitima: **ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA**
Data do Acidente: **20/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180420134**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA**
Nº Sinistro: **3180420134**
Vitima: **ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA**
Data do Acidente: **20/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180420134**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA**
Nº Sinistro: **3180420134**
Vitima: **ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA**
Data do Acidente: **20/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180420134**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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, 09 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180420134

Vítima: ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA

Data do Acidente: 20/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA

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

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

088.829.934-69

Nome completo da vítima

ROSIVÂNIA TEODORO DE SOUSA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ROSIVÂNIA TEODORO DE SOUSA	CPF titular da conta 088.829.934-69	Profissão AGRICULTORA
Endereço RUA JOSÉ PEREIRA DE SOUSA	Número S/N	Complemento
Bairro JOSE AMÉRICO	Cidade RJACHO DOS CAVALOS	Estado PARAÍBA
Email JOSÉ OLIVEIRA.ADVOCADO@GMAIL.COM	CEP 58.870-000	Telefone (DDD) (83) 99660-2901

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

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome BRADESCO	NRO. 5374
AGÊNCIA NRO. 561917	D/V 3
CONTA NRO. 561917	D/V 3

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.

RJACHO DOS CAVALOS/PB, 13 de AGOSTO de 2018
Local e Data

Rosivânia Teodoro de Sousa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

VIA DO CLIENTE

CORRESPONDENTE DO BANCO BRADESCO S.A.
 CANDIDO CAETANO CARNEIRO
 RUA VINTE E OITO DE DEZEMBRO 18
 TERM.NET-ISO 00012540 DATA 14/08/2018
 DATA:14/08/2018 HORA DE BRASILIA:09:37

EXTRATO DE CONTA CORRENTE

ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA 09:37HR
 AGENCIA 5774 CTA 0561917-3 14/AGO/2018

DISPONIVEL

= TOTAL DISPONIVEL

+ CONTA FACIL (C/C + POUPE)

11 SET. 2018

TOTAL DE RECURSOS

SALDO DISP. P/INVEST.

MOVIMENTACAO-CONTA FACIL (C/C +

-----JULHO/ 2018-----

DIA HISTORICO N. DOCTO

13 SALDO ANTERIOR

25 RENDIMENTOS 2583715,

POUP.FACIL-DEPOS A PARTIR 4

GASTO C CREDITO 3990206

S A L D O.....

31 TRANSF.AUT. C/C 5774354

JOSENILDO ALMEIDA DA SILVA

S A L D O



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 291/2018

Natureza da ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data do fato: 20/03/2018 hora: 13H20MIN

Notificante: ****, alcunha "****", Nacionalidade: ****, naturalidade: ***, nascido em **/**/***, documento: ***, filho de *** e de ***, endereço: *****, referência: ***.

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: Roberto F. de Barros e Silva

Vítima: ROSIVÂNIA TEODORO DE SOUSA, alcunha "****", Nacionalidade: brasileira, naturalidade: Riacho dos Cavalos-PB, idade: 30 anos, nascido em 25/05/1987, cor/raça: *****, Estado Civil: União Estável, Profissão: agricultora, Escolaridade: *****, documento: RG 3053482 SSP/PB, filiação: Raimundo Teodoro Sobrinho e de Rita Francisca de Sousa, endereço: Rua José Pereira de Sousa, s/n, José Américo, Riacho dos Cavalos-PB, referência: ***. Tel/Cel: (**)***;

HISTÓRICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE na data e hora supracitadas a vítima estava conduzindo a motocicleta Honda Biz 125 ES, cor vermelha, placa NPV 5235/PB, CHASSI 9C2JC42209R062874, licenciado em nome de JOÃO FRANCISCO DE FREITAS, na Rua Epitácio Maia de Vasconcelos, próximo ao Mercadinho de Bracinho, Riacho dos Cavalos-PB, quando passou por uma pedra solta e perdeu o controle da moto caindo no chão; QUE a vítima foi socorrida pela ambulância municipal de Riacho dos Cavalos, que a levou para o PSF I no Bairro José Américo em Riacho dos Cavalos-PB onde realizou uma sutura na cabeça e posteriormente foi transferida para o Hospital Regional de Sousa, onde o médico observou na vítima uma fratura no pé direito. Nada mais a consignar.

Catolé do Rocha, 26 de março de 2018. Às 15:57 horas.

Robson Lima Silva

<input checked="" type="checkbox"/> Notificante	<input type="checkbox"/> Testemunha Arrogada
Assinatura do Policial responsável pelo registro ROBSON LIMA SILVA - ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL - Matrícula: 168.447-7	
POLICIA CIVIL	

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

Rosivânia Teodoro de Souza

CPF da Vítima

088.829.934-69

Data do Acidente

20/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

JOSE OLIVEIRA. ADVOGADO @ GMAIL.COM

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

(83) 99660-2901

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 atende 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.

Riacho dos Cavalos/PB, 13 de AGOSTO de 2018
Local e Data

Rosivânia Teodoro de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de Identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF/CNPJ 047.444.194 / 94, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ROSIVÂNIA TEODORO DE SOUSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 088-829.934 / 69, do sinistro de DPVAT cobertura INVAL DEZ da Vítima ROSIVÂNIA TEODORO DE SOUSA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 088-829.934 / 69, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Número	Complemento
<u>RUA JOSEFA OLINDINA DA CONCEIÇÃO</u>	<u>S/N</u>	
Bairro	Cidade	Estado
<u>JOSE AMÉRICO</u>	<u>RJACHO DOS CAVALOS</u>	<u>RJ/ RJ</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>JOSE.OLIVEIRA.ADVOCADO@GMAIL.COM</u>	<u>(83) 99696-4240</u>	<u>(83) 99660-2903</u>

RJACHO DOS CAVALOS/PB, 13 de AGOSTO de 2018
Local e Data

João Bruno Queiroga de Oliveira
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

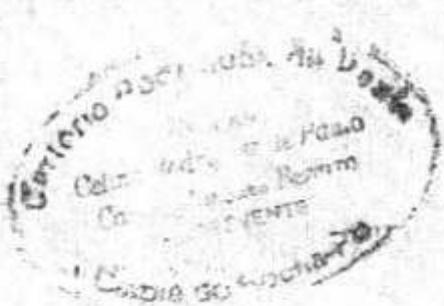
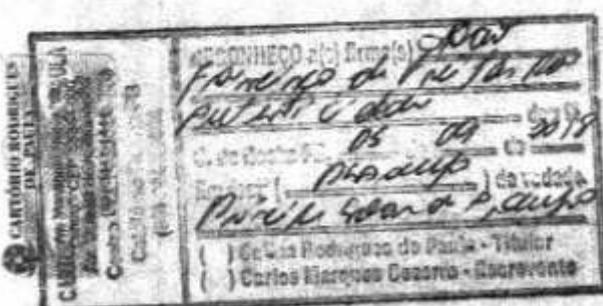
Eu, JOÃO FRANCISCO DE FERITAS,

RG nº 7.152.802, data de expedição 01/10/1985
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 752.722.614-53, com
domicílio na cidade de Catolé do Rocha, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Ledas de Feritas, nº 512,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
menionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima ROSIVÂNIA TEODORO DE SOUSA, cujo o condutor era
ROSIVÂNIA TEODORO DE SOUSA.

Veículo: PAS / MOTONETA / NÃO APLIC
Modelo: HONDA / BIZ 125 ES
Ano: 2009
Placa: NPV 5235 / PB
Chassi: 9C2JCA2209R062874
Data do Acidente: 20 / 03 / 2018
Local e Data: RIACHO DOS CAVALOS/PB, 13/08/2018

João Francisco Feritas
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Priscila Soares de Araújo
Encarregado

Selo Digital: AHL75129 - 5FFS
Consulte a autenticidade em:
<http://selodigital.tpb.jus.br>

DOCUMENTO ORIGINAL



SUS

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL 8800053927



UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS - UPS

NOME: HOSPITAL DISTRITAL DEPUTADO MANGILL GONÇALVES DE ABRENTES

ENDERECO: RUA - JOSE FACUNDO DE LIRA - SIN - GATO PRETO

CEP: 58.800-005 CNPJ: 06.778.268/0027-08

MUNICÍPIO: SOUSA ESTADO: PARAÍBA UF: 25

DADOS DO PACIENTE

NOME: ROSMANIA TEODORO DE SOUSA PRONT.: 00036522

SEXO: F DN - IDADE: 25/05/1967 - 30 A 9 M 27 D RACA / COR: PARRA

MÃE: RITA FRANCISCA DE SOUSA OCCUPAÇÃO

NATURALIDADE: RIACHO DOS CAVALOS DOCUMENTO:

CNS: 702907596052472 CPF: SUSPENSAO

ENDERECO: RUA - JOSE PEREIRA DE SOUSA - SN - CENTRO

COMPLIMENTO: MUNICÍPIO: RIACHO DOS CAVALOS CEP: 58.670-000 ESTADO: PARAÍBA

CÓDIGO DO MUNICÍPIO 251280 DATA: 21/03/2018 09:19:37 REGISTRADO POR: Jose.fabio

CLASSIFICAÇÃO NO INFORMADO PESO

TEMPERATURA PRESSÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

CARÁTER DO ATENDIMENTO

- 01 - ELETIVO
- 02 - URGÊNCIA
- 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVICO DA EMPRESA
- 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES OU ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - DESCRIÇÃO

DIAGNÓSTICO	
<input checked="" type="checkbox"/> MEDIDA	<input type="checkbox"/> ENCAMINHAMENTO
<input checked="" type="checkbox"/> PRESCRITA	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA
<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO
<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL
<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> APlicada	

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CÓDIGO - CBO

ASSINATURA(S) DOS PROFISSIONAIS ASSISTENTE(S) - CARIMBO

J. Antonio Enres 21/2
MÉDICO - CRM 1.000-81

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

CNS CBO CRM

ASSINATURA DO ACOMPANHANTE / PACIENTE / RESPONSÁVEL

Rubenvaldo Reckew de Souza
ASSINATURA DO REVISOR CLÍNICO - CARIMBO

11 SET. 2018

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE RIACHO DOS CAVALOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

PODENTES

ATESTADO MÉDICO

ATESTADO PARA OS SITUAÇÕES FOLHAS
que o paciente Rosivaldo Teixeira de
Souza foi atendido neste
Unidade Saúde no dia 20/03/14
com politrauma com fraturas
de tórax e fratura do couro abdômen
curativos de ns fs whipwits. hfa.
Tudo bx. PÉ direito l/304100
com fraturas. Mf. ambis.
hfa/1000 mobilizada leva.
Atendida. Para dupla CT
13/03/14

20.03.14.

DATA

PROFISSÃO

Dra. Waldolfo Washington de Lima
Médico - CRM/PB: 3389
CEP: 160.365.304-04

11 SET. 2018



ATESTADO MÉDICO

BOSIUA MEU TÉU DÓS JESUS
Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado, que
portador do RG: _____, foi submetido à consulta
médica nesta data, no horário das _____ horas, sendo
portador da afecção CID - 10 5.122-5923.
Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades
laborativa por um período de 60 (SESSENTA)
dias, a partir desta data.

Riacho dos Cavalos - PB,

20.03.17

Assinatura e Carimbo do Médico

Washington de Lima
Médico - CRM/PB: 3388
CPF: 160.365.304-04

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o
Dr. _____, a registrar
o diagnóstico codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

11 SET. 2018

Assinatura do Paciente ou Responsável

03/04/2019 07:18:35

Requerente: ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA

Sexo: Feminino

Nasc.: 25/05/1987

NB: 625.151.109-9

Est. Civil:

RG.: 00003053482

Nº Requer.: 192163226

Ocupação:

Emissão.:

Data Exame: 05/12/2018

Ordem: 1.00

Benefício:

AUXILIO-DOENCA PREVIDENCIARIO

Inicio da Doença: 20/03/2018

Cessação do Benefício: 20/06/2018

Inicio da Incapacidade: 20/03/2018

CID: S922

Fratura de outros ossos do tarso

História:

Requerente recepcionista, desempregada, refere ter sofrido acidente de moto em 20/03/2018, com fratura em pe D e TCE, em tratamento conservador. Atualmente sem queixas. Apresentou atestado médico emitido em 20/03/2018, por Dr. Ivaldo Lima (CRM-PB 3388), com CID10 S92.2/S92.3.

Considerações:

Houve incapacidade laborativa por 90 dias.

Exame Físico:

Consciente, orientada, afebril, eupneica, acianótica, anicterica, com boa perfusão periférica e bom estado geral.
Marcha livre. Sem dificuldade para sentar e levantar-se.
Sem outras alterações dignas de nota ao exame médico pericial.

04 ABR. 2019

Ac. do Trabalho: NÃO **Encam. à Reab. Profissional:** NÃO

Resultado: Existiu Incapacidade laborativa.

Especie de Nexo:

Isenção de Carência: SIM

Auxilio Acidente: NÃO **Sug. de Apos. por invalidez:** NÃO

Vistoria Técnica:

I: L-Spine: AP

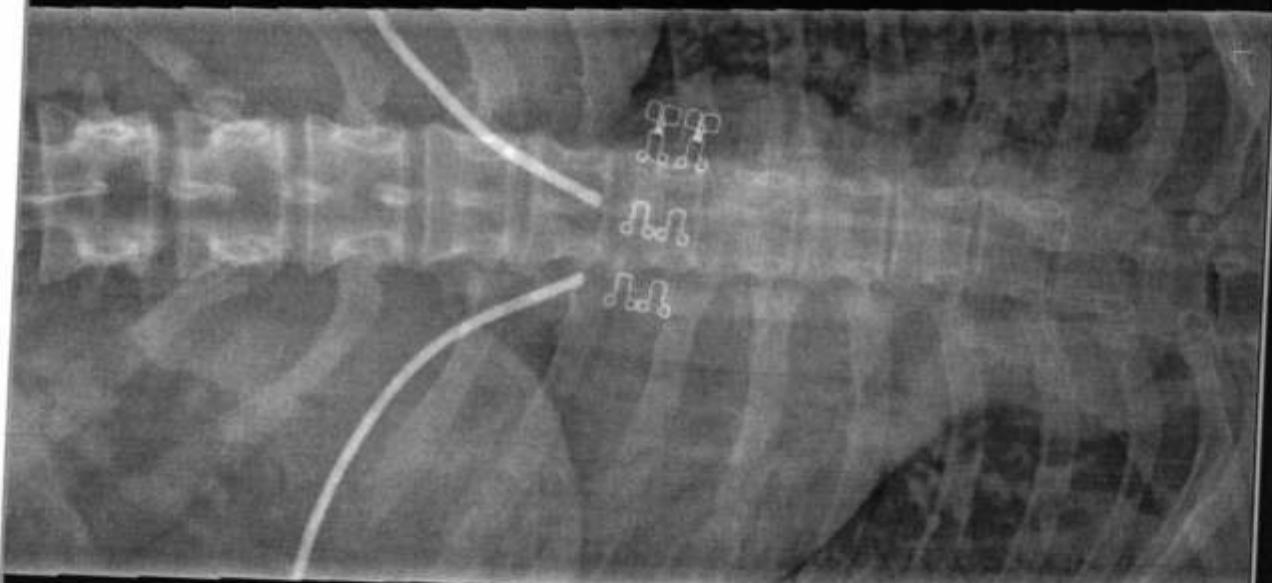
ROSVANIA TEODORO DE SOUSA

20180320-01-0012

5251987 F

3/20/2018

3:07 PM



04 ABR. 2019
Refering Physician: DRB IVALL
Operator user: - KV, - m
UNIGE: S:200 L:4.0 SCL d:1.1 g:2.19 st:2.04 eq:0.6 nr:0.52
Zoom 100%

L-Spine: AP

ROSVANIA TEODORO DE SOUSA

20180320-01-0012

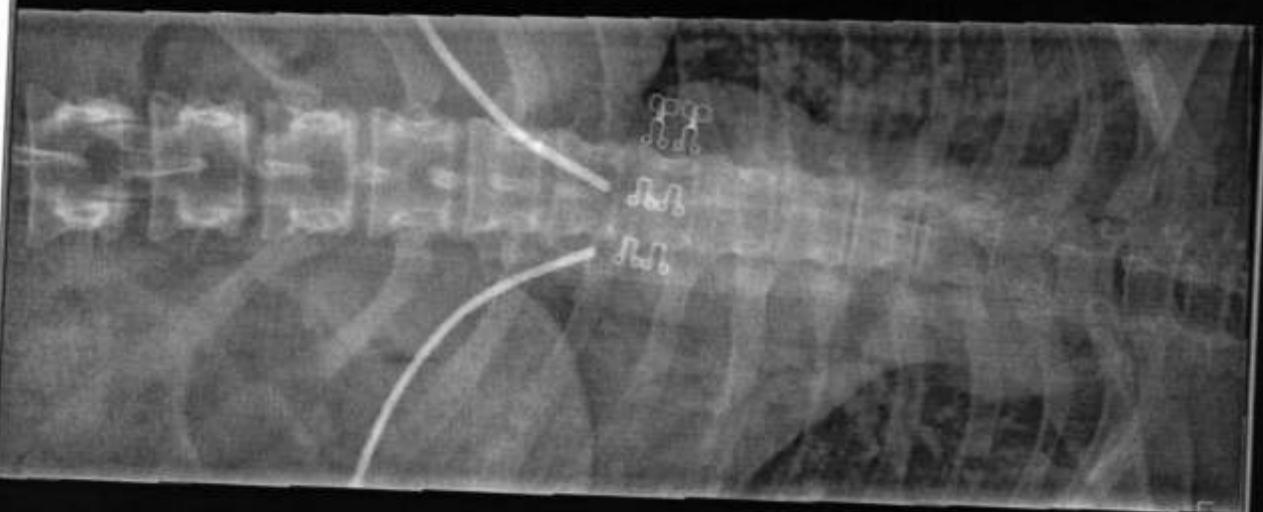
5251987 F

3/20/2018

3:09 PM



UNIQUE S:200 L:4.0 SCL d:1.1 g:2.19 sh:2.04 eq:-0.5 nr:0.52
Zoom 10



SD mm

: L-Spine: Lateral

ROSVANIA TEODORO DE SOUSA

20180320-01-0012

5251987 F

3/20/2018

3:10 PM



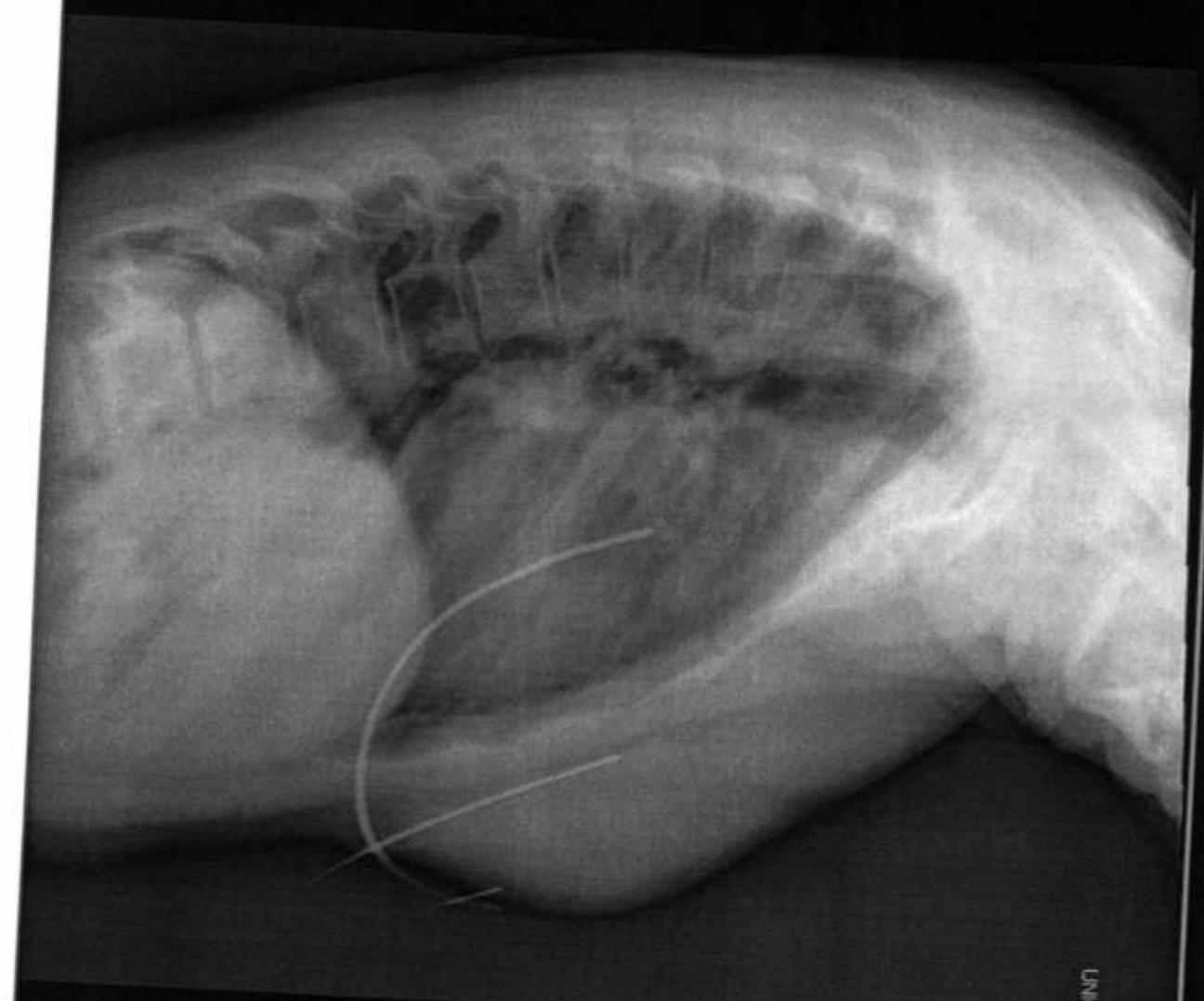
H

Operator U

- kV, - m

UNIQUE: S:200 L:4.0 SCL d:1.1 g:2.19 sh:2.04 eq: 0.6 nr:0.52
Zoom 10

510 mm



: Ankle Lateral

ROSVANIA TEODORO DE SOUSA

20180320-01-0012

5251987 F

3/20/2018

3:14 PM

R

HRCF

Operator use

- kV, - mA

UNIQUE: S-200 L-4.0 FB d-3 g-5.98 sh-4.53 exp-1 hr-0 dc-3.31 b

Zoom 100%



: Ankle: AP

ROSNANIA TEODORO DE SOUSA

20180320-01 -0012

5251987 F

3/20/2018

3:15 PM

L

HR

Operator us

UNIQUE: S:200 L:4.0 FB d:1.74 g:3.09 sb:4.58 ex:1 hr:0 dc:3

Zoom 100%



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE RIACHO DOS CAVALOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

PODENTES

ATESTADO MÉDICO

ATESTADO PARA OS SITUAÇÕES FOLHAS
que o paciente Rosivaldo Teixeira de
Souza foi atendido neste
Unidade Saúde no dia 20/03/14
com politrauma com fraturas
de tórax e fratura do couro abdômen
curativos de ns fs whipwts. hfa.
Tudo bx. PÉ ORIGENS / ISQUÍAS
com fraturas. Sem ambis.
hfa/1200 mobilizada 604.
Atendida. Para dupla CT
13/03/14

20.03.14.

DATA

PROFISSÃO

Dra. Waldolfo Washington de Lima
Médico - CRM/PB: 3389
CEP: 160.365.304-04

11 SET. 2018



ATESTADO MÉDICO

BOSIUA MEU TÉU DÓS JESUS
Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado, que
portador do RG: _____, foi submetido à consulta
médica nesta data, no horário das _____ horas, sendo
portador da afecção CID - 10 5.122-5923.
Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades
laborativa por um período de 60 (SESSENTA)
dias, a partir desta data.

Riacho dos Cavalos - PB,

20.03.17

Assinatura e Carimbo do Médico

Washington de Lima
Médico - CRM/PB: 3388
CPF: 160.365.304-04

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o
Dr. _____, a registrar
o diagnóstico codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

11 SET. 2018

Assinatura do Paciente ou Responsável



11 SET. 2018





11 SET. 2018





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 2.680.243 - 2 VIA DATA DE
EXPIRAÇÃO 04/05/2010

NOME JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

MÃE VALDENOR FERREIRA DE OLIVEIRA
MARIA DO SOCORRO QUEIROGA DE OLIVEIRA

NACIONALIDADE DATA DE NASCIMENTO
JOÃO PESSOA-PB 18/07/1984

DOC. DE NASC. N. 41496 FLS. 286 LIV. A-40

CARTÓRIO 2º JOÃO PESSOA-PB

CIT. 047.494.194-94

Assinatura do Titular

LEIA Nº 7 1166 DE 2010

DETRAN - PB	Nº 011545693301
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
VIA: COD. REFERÊNCIA: 2015130004230-6	EXERCÍCIO: 2015
E 1 0014730866-6 00/00000000	

JOAO FRANCISCO DE FREITAS

NOME

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

PLACA: NPFV5235/PB
CHASSIS: 9C2JC42209R062874
COMBUSTIVEL: GASOLINA

PIAGET
PLACA ANT./UF: NOVO PB
ESTRÉIA: 00/00/0000
MARCA/MODELO: HONDA/BIZ 125 ES
CAPACIDADE: 2 P/124 /CT
CATEGORIA: PARTIC
ANO/FAB.: 2009
ANOMOD.: 2009
COR PRÉ-DOMINANTE: VERMELHA
VENC. COTA ÚNICA: 20/05/2015
VENC./COTAS: 1º

VIA: 1
PLACA: 75272261453
CPF/CNPJ:
EXERCÍCIO: 2015
DATA EMISSÃO: 28/05/2015
PLACA: NPFV5235/PB

PIAGET
PLACA ANT./UF: NOVO PB
ESTRÉIA: 00/00/0000
MARCA/MODELO: HONDA/BIZ 125 ES
CAPACIDADE: 2 P/124 /CT
CATEGORIA: PARTIC
ANO/FAB.: 2009
ANOMOD.: 2009
COR PRÉ-DOMINANTE: VERMELHA
VENC. COTA ÚNICA: 20/05/2015
VENC./COTAS: 1º

VIA: 1
PLACA: 75272261453
CPF/CNPJ:
EXERCÍCIO: 2015
DATA EMISSÃO: 28/05/2015
PLACA: NPFV5235/PB

PIAGET
PLACA ANT./UF: NOVO PB
ESTRÉIA: 00/00/0000
MARCA/MODELO: HONDA/BIZ 125 ES
CAPACIDADE: 2 P/124 /CT
CATEGORIA: PARTIC
ANO/FAB.: 2009
ANOMOD.: 2009
COR PRÉ-DOMINANTE: VERMELHA
VENC. COTA ÚNICA: 20/05/2015
VENC./COTAS: 1º

VIA: 1
PLACA: 75272261453
CPF/CNPJ:
EXERCÍCIO: 2015
DATA EMISSÃO: 28/05/2015
PLACA: NPFV5235/PB

PIAGET
PLACA ANT./UF: NOVO PB
ESTRÉIA: 00/00/0000
MARCA/MODELO: HONDA/BIZ 125 ES
CAPACIDADE: 2 P/124 /CT
CATEGORIA: PARTIC
ANO/FAB.: 2009
ANOMOD.: 2009
COR PRÉ-DOMINANTE: VERMELHA
VENC. COTA ÚNICA: 20/05/2015
VENC./COTAS: 1º

VIA: 1
PLACA: 75272261453
CPF/CNPJ:
EXERCÍCIO: 2015
DATA EMISSÃO: 28/05/2015
PLACA: NPFV5235/PB

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

PIAGET
PLACA ANT./UF: NOVO PB
ESTRÉIA: 00/00/0000
MARCA/MODELO: HONDA/BIZ 125 ES
CAPACIDADE: 2 P/124 /CT
CATEGORIA: PARTIC
ANO/FAB.: 2009
ANOMOD.: 2009
COR PRÉ-DOMINANTE: VERMELHA
VENC. COTA ÚNICA: 20/05/2015
VENC./COTAS: 1º

VIA: 1
PLACA: 75272261453
CPF/CNPJ:
EXERCÍCIO: 2015
DATA EMISSÃO: 28/05/2015
PLACA: NPFV5235/PB

CATOLE DO RODRIGO/PB

32280



2017

28/05/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

31054

31054-0734154-20150528

JUN-2014

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0330953/18

Número do Sinistro: 3180420134

Vítima: ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA

CPF: 088.829.934-69

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/03/2018

Titular do CPF: ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/10/2018
Nome: JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA
CPF: 047.494.194-94

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/10/2018
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

MARCOS AURELIO VIDAL

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180420134 **Cidade:** Riacho dos Cavalos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSIVANIA TEODORO DE SOUSA **Data do acidente:** 20/03/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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