
Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200363513

Vítima: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 04/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200363513

Vítima: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 04/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000008757

Conta: 0000045423-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 706.626.054-36 4 - Nome completo da vítima: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO 6 - CPF: 706.626.054-36
7 - Profissão: RECLUSO 8 - Endereço: RUA SÃO LUIZ 9 - Número: 514 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: PLANALTO RUA ESPERANÇA 12 - Cidade: JOÃO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 98805-0654

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NV PAGAMENTOS S.A

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 61275243 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou esposo(a) ou companheiro(a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 07/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00241.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00241.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:39 horas do dia 08 de setembro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Elizabeth Maria do Nascimento**, conhecido(a) por Bete, CPF nº 705.626.054-36, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Autônoma, filho(a) de Margarida Maria de Brito e Nicolau Pedro do Nascimento, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 04/09/1998 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua São Luiz, Nº S/N, complemento CASA, bairro Planalto Boa Esperança, tendo como ponto de referência Próximo da Faculdade "facene", na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98805-6654.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Flodoaldo Peixoto Filho, nº S/N, Via Pública, Próximo do 5º. Batalhão da Polícia Militar, João Pessoa/PB, bairro Valentina; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/07/20 20:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo NXR 150 BROS ESD, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, ano 2011/2011, UF: PB, placa NPU-8173, chassi 9C2KD0540BR520406, renavam 0030725155-1, características gerais: Nº. C.r.l.v.: 013929771577.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

ESTAVA DE CARONA NA GARUPA DO VEÍCULO JÁ DESCRITOS ANTERIORMENTE ACIMA, QUE ERA CONDUZIDO POR "ÍTALO GOMES DA SILVA", PORTADOR DO CPF: 104.652.644-84, QUANDO O VEÍCULO FOI ATINGIDO NA LATERAL POR UM OUTRO VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO NEM O CONDUTOR DO MESMO E QUE AMBOS SE EVADIRAM DO LOCAL DOS FATOS SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA AS PESSOAS ACIDENTADAS, SENDO QUE OS ACIDENTADOS FORAM SOCORRIDOS PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA NA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB. ONDE DERAM ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS PERTINENTES AO CASO, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL, POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI. OBSERVAÇÃO: ESTE DOCUMENTO TEM APENAS A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS A CONTAR DESTA DATA. PORÉM O MESMO PODE SER REVALIDADO POR APENAS MAIS DUAS (02) VEZES EM QUALQUER DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DESTE ESTADO.

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, expede a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


Governador do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Matr. 1573564

Procedimento Policial: 00241.01.2020.1.05.101



Lucena/PB, 08 de setembro de 2020.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Matr. 157.564

ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

Noticiante



CIVIL
PARAÍBA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 706.626.054-36 4 - Nome completo da vítima: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO 6 - CPF: 706.626.054-36
7 - Profissão: RECLUSO 8 - Endereço: RUA SÃO LUIZ 9 - Número: 514 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: PLANALTO RUA ESPERANÇA 12 - Cidade: JOÃO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 98805-0654

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NV PAGAMENTOS S.A

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 61275243 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou esposo(a) ou parceiro(a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 07/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ITAÚ - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08757

CONTA: 000000045423-9

Autenticação:

3E1126C915C7C9BD4F037CB086B2A5D2A0AE7C6FE05C3FBCABCA0796C9799362


**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena


Somos todos
PARAÍBA
 Governo do Estado

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - CNES: 1112234 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1244351



Identificação do paciente						
ID 1516311	Nome ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO			Sexo Feminino		
Data de nascimento 04/09/1998	Idade 21 anos 10 meses 27 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião	Prontuário 123474		
Mãe MARGARIDA MARIA DE BRITO			Pai NICOLAU PEDRO DO NASCIMENTO			
Escolaridade			Responsável (Parentesco) - O MESMO(A)			
DDD Celular 83	Celular 99847127	DDD	Telefone			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4125534	Nº Cns 702807656705566				
Local de procedência VALENTINA FIGUEIREDO		Tipo BAIRRO	UF PB			
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58065021	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro SÃO LUIZ			
Número SN	Complemento	Bairro PLANALTO BOA ESPERANÇA				
Admissão						
Data e Hora 04/07/2020 21:55:56	Número da pulseira 1000008814639		Convênio SUS			
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco		Origem do paciente RUA				
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte SAMU		Quem transportou				
Sinais Vitais						
PA _____ X _____ mmHg		Pulso	Temperatura			
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por VANEIDE TAVARES DO NASCIMENTO						Tempo


Imprimir

Documento de Alta

Nome: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO			Sexo: Feminino	Número Prontuário: 123474
Data de Nascimento: 04/09/1998	Idade: 21A 10M 1D	Data de Internação: 05/07/2020 03:09:03	Data de Alta: 08/07/2020 02:09:13	BAE: 1244351
Mãe: MARGARIDA MARIA DE BRITO				
Endereço: RUA SÃO LUIZ, SN		Bairro: PLANALTO BOA ESPERANÇA	Município: JOAO PESSOA	UF PB
Motivo da alta: ALTA MEDICA				
Conduta: #ORTOPEDIA #2º DPO DE FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO S/ COMPLICAÇÕES (DR. MILTON BARBOSA DR. THALES FARIAS) PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. EXAMES: OK RX DE CONTROLE: OK CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANTIBIÓTICO ANALGESIA CLEXANE ORIENTAÇÕES				
Resumo da Internação: #ORTOPEDIA #2º DPO DE FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO S/ COMPLICAÇÕES (DR. MILTON BARBOSA DR. THALES FARIAS) PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. EXAMES: OK RX DE CONTROLE: OK CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANTIBIÓTICO ANALGESIA CLEXANE ORIENTAÇÕES				
Resultado de Exames: #ORTOPEDIA #2º DPO DE FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO S/ COMPLICAÇÕES (DR. MILTON BARBOSA DR. THALES FARIAS) PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. EXAMES: OK RX DE CONTROLE: OK CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANTIBIÓTICO ANALGESIA CLEXANE ORIENTAÇÕES				
Tratamento: #ORTOPEDIA #2º DPO DE FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO S/ COMPLICAÇÕES (DR. MILTON BARBOSA DR. THALES FARIAS) PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. EXAMES: OK RX DE CONTROLE: OK CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANTIBIÓTICO ANALGESIA CLEXANE ORIENTAÇÕES				
Diagnóstico: S72.3 - Fratura da diáfise do fêmur				
Recomendações: #ORTOPEDIA #2º DPO DE FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO S/ COMPLICAÇÕES (DR. MILTON BARBOSA DR. THALES FARIAS) PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. EXAMES: OK RX DE CONTROLE: OK CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANTIBIÓTICO ANALGESIA CLEXANE ORIENTAÇÕES				

Data: 08/07/2020

JORGE JOSE SOUSA PINTO
CRM: 12278 - PB





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR.(A)

ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

RG (IDENTIDADE)

4125534

FOI ATENDIDO (A) POR **JORGE JOSE SOUSA PINTO**

DO (A) **SALA DE ESTABILIZAÇÃO**

NO DIA **04/07/2020 22:08:35**

, NECESSITANDO DE **60** - **sessenta**

DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: **S72.9**

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTÓLOGO
(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO
ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE 23/01/84, E
SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO

JORGE JOSE SOUSA PINTO
(12278/PB)

HEETSIL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 2007/037 **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2830605, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO**, idade 21 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x Moto)** no 04/07/2020, na Rua Inspetora Emília M. Gomes, Bairro: Valentina- João Pessoa-PB, aproximadamente às 21h00min, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 29 de Julho de 2020.

Marina Travassos Lopes
Estatística - SAME
SAMU 192 Regional João Pessoa
Matr. 67574-8

Marina Travassos Lopes
Matrícula: 67574-8
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



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

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1244351 e PRONTUÁRIO nº 123474

PACIENTE: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

DATA DE NASCIMENTO: 04.09.98

Data e Hora do Atendimento: 04.07.20

Horário: 21:55h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital trazido para este serviço pelo SAMU vítima de acidente de automóvel e dor forte na coxa direita e joelho direito. Atendido pelo Dr. Teófilo Vanomark CRM 9690, Dr. Jorge José de Sousa Pinto CRM 12278, Dr. Gilvandro Carneiro Leal CRM 2489, Dr. Thales Farias CRM 8799.

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DIAFISÁRIA DO FEMUR DIREITO

CID 10 S 72.3

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):

Primeiro atendimento, avaliação da cirurgia geral, avaliação da traumatologia, Rx da bacia AP e Perfil, Rx da coxa direita AP e Perfil, Rx do joelho e patela direita AP e Perfil, e tratamento cirúrgico em 06.07.20 com redução e fixação de fratura dialisaria do fêmur direito.

ALTA HOSPITALAR: Em 08.07.20 às 2:09h.

Data da Emissão: 31.08.20


DR. GLENDER TERCIO TRINDADE
AUDITOR CVB/HETSHL
CRM - 3920
Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Unidade de Pronto Atendimento



PARAÍBA
Governo do Estado

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1244351



Identificação do paciente

Nome	ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO			Sexo	Feminino
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião	Prontuário	
04/09/1998	21 anos 10 meses	CASADO(A)			
Mãe	Pai				
MARGARIDA MARIA DE BRITO	NICOLAU PEDRO DO NASCIMENTO				
Residência	Responsável (Parentesco)				
	O MESMO - O MESMO(A)				
Telefone	Cellular	DDD	Telefone		
	99647127				
Identificação	Número documento	Nº Cns			
RG (IDENTIDADE)	4125534				
Local de procedência	Tipo			UF	
VALENTINA FIGUEIREDO	BAIRRO			PB	
Etnia	Naturalidade	CBO/R			
	JOAO PESSOA				

Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58065021	JOAO PESSOA	PB	SÃO LUIZ
Número	Complemento	Bairro	
SN		PLANALTO BOA ESPERANÇA	

Admissão

Data e Hora	Número da pulseira	Convênio
04/07/2020 21:55:56	1000008814639	SUS
Especialidade	Clinica	
CIRURGIA GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente	
	RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente
	ACIDENTE DE AUTOMOVEL	VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Casa policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Forma de transporte	Quem transportou		
SAMU			

Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura
X mmHg		

Exames complementares

Radiol X	Sangue	Urina	TC	Liquor	ECG	Ultrasonografia

Exame de urina

Paciente vítima de queda de moto, avaliada e encaminhada ao CBH.

Maria Maria L.N. Oliveira
Enfermeira
CRP-0537739

Enfermeiro	CID
Atendido por	Tempo
VANILDE TAVARES DO NASCIMENTO	

Imprimir



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Sempre todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO	1244351	04/07/2020 21:55:56	
Data de nascimento	Idade	CNS	Telefone de Contato
04/09/1998	21a 10m 1d		(83) 99647127
Mãe	Sexo		Prontuário
MARGARIDA MARIA DE BRITO	Feminino		
Endereço	Bairro	Município	UF
SÃO LUIZ, SN	PLANALTO BOA ESPERANÇA	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE AUTOMOVEL	GILVANDO CARNEIRO LEAL	2489/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
04/07/2020 21:55:56		04/07/2020 22:05:44	

ANAMNESE

paciente conduzida pelo samu referindo acidente de automóvel e dor forte em coxa direita, nega perda da consciência, vômitos e comorbidade. informa ainda ser alérgica a dipirona, ausência de lesões externas, acusa dor à palpação da coxa d e joelho direito, tórax e abdome; não condut. exs. radiol. + alta da cirurgia + parecer da ortopedia.

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA DIREITO (AP + LATERAL + AXIAL)

CID10

S72.9 - Fratura do fêmur, parte não especificada

Conduta

Em observação

Ex

Enfermeiro

GILVANDO CARNEIRO LEAL
(2489/PB)

Boletim registrado por: VANEIDE TAVARES DO NASCIMENTO em 04/07/2020 21:55:56

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO	BAE: 1244351	Data/Hora Entrada: 04/07/2020 21:55:56	Data Baixa:
Data de nascimento: 04/09/1998	Idade: 21a 10m 1d	Sexo: Feminino	Telefone do Centro: (83) 99647127
Vise: MARGARIDA MARIA DE BRITO			Prontuário:
Endereço: SAO LUIZ, SN	Bairro: PLANALTO BOA ESPERANÇA	Município: JOAO PESSOA	UF: PB
Acidente: VEICULO X MOTO	Motivo: ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional: RAFAEL ANTUNES VALESTER	Nº Cons. Regional: 12244/PB
Data/Hora Classificação: 04/07/2020 21:55:56		Data/Hora Prescrição: 04/07/2020 23:10:09	

ANAMNESE

paciente conduzida pelo samu referindo acidente de automóvel e dor forte em coxa direita, nega perda da consciência, vômitos e comorbidades. informa ainda ser alérgica a dipirona, ausência de lesões externas, acusa dor à palpação da coxa d e joelho direito, tórax e abdome: não condutíveis, exs. radiol. + alta da cirurgia + parecer da ortopedia. PELA ORTOPEDIA ACIDENTE DE MOTO DOR NO JOELHO DIRE NGA COMORBIDADES. ALERGIA A DIPIRONA RX: FRATURA DO FEMUR DISTAL DIREITO CD: AO BLOCO PARA TRACÃO ESQUELETICA

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA


PROCEDIMENTO

TALA INGUINO PODALICO

Conduta

Em observação

Enfermeiro


RAFAEL ANTUNES VALESTER
(CRM: 12244/PB)

Boletem registrado por: VANEIDE TAVARES DO NASCIMENTO em 04/07/2020 21:55:56

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEB TSHI

NOME: **ELIZEBTH MARIA DO NASCIMENTO** BE/PRONTUÁRIO: **1244351**
 IDADE: **21** SEXO: **MAS** COR: DATA: **28/6/2020**
 CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: LR:
 CIRURGIA: **PASSAGEM DE FIO DE KR PARA TRAÇÃO TRANSTIBIAL À ESQUERDA**
 CIRURGIÃO: **DR ANDRE CRISTIANO** 1º ASS: **MR1 ANTONIO**
 2º ASS: 3º ASS:
 INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
 TIPO DE ANESTESIA: **SEDAÇÃO** HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNOSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DIAFISARIA DISTAL DE FEMUR DIREITO	

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS	CÓDIGO
TRAÇÃO TRANSTIBIAL DIREITA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA

TERAPIA INTENSIVA

☐ RESIDÊNCIA☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Dr. André Cristiano C. Lima
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PB 9714 / TEOT 15886

DATA:

5/7/2020

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DDH SOB SEDAÇÃO

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

Incisão:

PERCUTANEA PARA PASSAGEM DE FIO DE KC N° 4

Achados:

FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO

Conduta:

PASSAGEM DE FIO KC N 4 TRANSTIBIAL ESQUERDO

CURATIVOS ESTÉREIS

Fechamento:

RX CONTROLE

Observação:

TRAÇÃO COM 8KG

Dr. André Cristiano C. Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9714 / TEOT 15806

Médico/CRM:

João Pessoa,

5/7/2020

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

PB Nº 013929771577 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

2018

DATA EMISSÃO

04/04/2018

VIA

1

CPF / CNP

1047131242

PLACA

NPUB173/PB

RENÁVAM

00307251551

MARCA / MODELO

HONDA / NXR150 BROS ESD

ANO FAB

2011

CAT. TARI

9

Nº CHASSI

9C2KD0540BR520406

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DET. ATRAÍ (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IDF (R\$)

SEGURO

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

P A G O

PAGAMENTO

☒

COTA ÚNICA

☐

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

29/03/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.248.608/0001-04

8290-0919565-20180404

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

NPU8173

[Imprimir Consulta](#)

Último Licenciamento: 2018
 Proprietário: *****
 Placa: NPU8173
 Combustível: ALCO/GASOL
 Marca/Modelo: HONDA/NXR150 BROS ESD
 Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET
 Ano de Fabricação: 2011
 Ano Modelo: 2011
 Categoria: PARTICULAR
 Cor Predominante: PRETA
 Vencimento Licenciamento: 29/05/2020
 Observação:
 Restrição: Comunicacao de Venda
 Financeira:
 Município: SANTA RITA
 Situação: EM CIRCULACAO
 Data da Consulta: 03/09/2020

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DA JUSTICA
 DETRAN - PB
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VA COLONIA RUA R.T.S. EXERCICIO
 2018

NOME / ENDEREÇO

PLACA
 NPU8173

PLACA ANT. / W. PAIS

ESPECIE / TIPO COMBUSTIVEL
 PASSA / MOTOCICLET ALCO/GASOL

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD
 HONDA/NXR150 BROS 2011 2011
 ESD

CAP. POT. / C. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
 PARTICULAR PRETA

I P V A
 1
 2
 3

29/05/2020

OBSERVAÇÕES
 Comunicacao de Venda

LOCAL DATA
 SANTA RITA 03/09/2020

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200363513 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 04/07/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO. ALTA MÉDICA. P9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0287093/20

Vítima: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

CPF: 705.626.054-36

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 04/07/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO : 705.626.054-36

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: 09/10/2020
Nome: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO
CPF: 705.626.054-36

ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sítio ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO 705.626.054-36

5 - Nome completo:

ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

6 - CPF:

705.626.054-36

7 - Profissão:

RECUSO

8 - Endereço:

RUA SÃO LUIZ

9 - Número:

S/N

10 - Complemento:

CASA

15 - E-mail:

PLANALTO BOA ESPERANÇA

12 - Cidade:

JOÃO PESSOA

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58000-000

16 - Tel.(DDD):

(83) 98805-6654

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declare, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BANCOS BANCÁRIOS: (informar o dígito se existir)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir)

CONTA: (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 8757

CONTA: 45423

9

Nome do BANCO: BANCO ITAU

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

● Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

● O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

● O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

Declaro que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

24 - Data do óbito da vítima:

☐ Vivo

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

☐ Sim

☐ Não

26 - Vítima deixou companheira(o):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheira(o), informar o nome completo:

☐ Sim

☐ Não

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima teve filhos? ☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha filhos, informar

33 - Vítima deixou

34 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim

☐ Não

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

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

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA, 23/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS