

Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190559582

Vítima: ARIONALDO ALVES PEREIRA

Data do Acidente: 25/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ARIONALDO ALVES PEREIRA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 25/06/2019, emitido pelo Dr. ILEGÍVEL CRM nº 0000 - PB, da Instituição HOSP EMERGÊNCIA LUIZ GONZAGA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0338 462139 3 - CPF da vítima: 044834 444-09 4 - Nome completa da vítima: Arionaldo Alves Pereira

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

5 - Nome completo: Arionaldo Alves Pereira 6 - CPF: 044 834 444-09
7 - Profissão: 8 - Endereço: Srtz Geraldo de Lencastre 9 - Número: S/N 10 - Complemento: 50 C.D.
11 - Bairro: 50 C.D. UNIVER. 12 - Cidade: São Paulo SP 13 - Estado: SP 14 - CEP: 58125-000
15 - Fone: 16 - Tel. (DDD): 8333341289

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPOANÇA (Previdência para a aposentadoria. Análise de uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (303)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 00558550 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivo/não)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não afiberrado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data, Campinas Grande - SP 01/30/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
12ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ALAGOA
Rua Joaquim José do Vale, s/n - Centro - Alagoa Nova - 58125-000 - (83)

OCORRÊNCIA Nº 000810/19

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000810/19 registrada em 04/09/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos quatro dias do mês de setembro do ano de 2019, nesta cidade de Alagoa Nova, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ALAGOA NOVA, quando encontrava-se presente o Bel. MALON CASIMIRO DE ALBUQUERQUE, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 09:40 horas, compareceu o Sr. ARIONALDO ALVES PEREIRA, com 40 anos de idade, filho de AGNALDO ALVES DE LIMA e MARIA LÚCIA PEREIRA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de ALAGOA NOVA - PB, Casado, escolaridade Fundamental Incomple, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 3.329.768, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 04483444409, residindo à rua SÍTIO GERALDO DE BAIXO, bairro ZONA RURAL, na cidade de Alagoa Nova - PB.

Declarou que:

QUE o declarante afirma que no dia 25/06/2019, por volta das 05h00, quando saía de casa para ir trabalhar com sua moto Honda CG 125 Today, vermelha, 1993/1994, placa MMZ1120/PB, licenciada em seu nome, desequilibrou-se e a moto caiu por cima de seu pé, vindo a fraturar o pé. Tendo o declarante necessitado de socorro médico e imobilização do membro por duas vezes para correção da fratura sofrida. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Alagoa Nova, Quarta-feira, 4 de Setembro de 2019

Arionaldo Alves Pereira

ARIONALDO ALVES PEREIRA

Declarante

BRUNNO MARCELL

Escrivão

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0339462139 3 - CPF da vítima: 044834444-09 4 - Nome completo da vítima: Arnaldo Alves Pereira

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

5 - Nome completo: Arnaldo Alves Pereira 6 - CPF: 044834444-09
7 - Profissão: 8 - Endereço: Sítio Geraldo de Lencas 9 - Número: S/N 10 - Complemento: 30 CID
11 - Bairro: 30 CID UNIVEN 12 - Cidade: São Paulo SP 13 - Estado: SP 14 - CEP: 58125-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 8333341289

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Reserva para as futuras despesas. Análise em opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (101)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0041 CONTA: 00558550 9
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Inclusão em nome)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que [assinalar uma das opções]:

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)? ☐ 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 - Imprensa digital da vítima ou beneficiário não atestado
35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido
38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Campinas SP 01/30/19
Arnaldo Alves Pereira
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ENERGIA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 BR 250, Km 26 - Centro Residencial, 26050-000 Parnaíba/PB - CEP 51071-000
 CEP/59 000 130/10001-40 - Insc. Est. 16.015.323-0
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica 12700 125.567
 Cód. para Dik. Autenticação: 00016245744

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Ago / 2019	23/08/2019	24/09/2019	094.442.754-50 insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1624874-6

Canal de contato

Junta-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em saude.gov.br/vacinaBrasil

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura				
24/09/19	3953	23/09/19	4053	1	103		30
Demonstrativo							
CC	Descrição	Quilômetros	Tarifa R\$	Valor Base Calc R\$	Valor Total R\$	Valor Calc. Por R\$	Calcular R\$
		Tributação R\$	ICMS R\$	ICMS R\$	Por Consumo R\$	11,0845%/14,3655%	
0801	Consumo em kWh	100,000	0,680739	68,23	68,23	20	14,81
0801	Adc. B. Amarela			0,50	0,50	20	0,12
0801	Adc. B. Verdeja			4,56	4,56	56	1,14
0810	Subsídio			25,38	25,38	30	0,35
							0,27
							1,37
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0804	JUROS DE MORA 08/2019			0,48	0,00	0	0,00
0805	MULTA 08/2019			1,21	0,00	0	0,00
0899	BÔNUS ITAIPULI 12439/2002 0100 R\$			-0,57	0,00	0	0,00
0808	Debitos Sanebas			-17,90	0,00	0	0,00

CCI Código de Classificação do Item	TOTAL	72,32	86,70	22,42	89,70	0,91	4,48
Taxa de Trocas	0,400240						

VENCIMENTO 02/09/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 73,32
---------------------------------	-----------------------------------

Histórico de Consumo (kWh)

51	54	58	78	75	64	81	73	30	57	81	89
Apr/18	Sept/18	Oct/18	Nov/18	Dec/18	Jan/19	Feb/19	Mar/19	Apr/19	May/19	Jun/19	Jul/19

3fa3 94b9 3f1f 471b 4aa5 f4f1 1717 ce34

Indicadores de Qualidade 679

	litros da ANEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DO MENOR	11,94	0,00	
DO TRISETRAL	23,69		NOMINAL
DO ANEL	47,75		
DO MENOR	7,74	0,00	CONTRATADA
DO TRISETRAL	15,48		LIMITE INFERIOR
DO ANEL	30,97		LIMITE SUPERIOR
DO ANEL	15,48	0,00	

Symptoms do Exist

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia PE	1.456,35	17,22
Serviço de Energia	1.456,35	17,22
Serviço de Transmissão	1.456,35	17,22
Serviço de Distribuição	1.456,35	17,22
Serviço de Manutenção e Operação	1.456,35	17,22
Serviço de Outros	1.456,35	17,22
Total	73.89	100,00

2019年12月20日

ATENÇÃO

[illegible]

Faturas em atraso

Jul/19	61.22
--------	-------

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190 00009 02624 912008 05523 295177 7 80000000007332

PAGADOR: JOSELENE DE FATIMA FERREIRO DE LIMA - CPF/CNPJ: 054.442.764-80
R/T GERALDO DE SAUD, S/N, JO DO LIV, ALAQUA NOVA / PB CEP: 58125000

Título:	Nº Documento:	Data de Vencimento:	Valor do Documento:	Valor Pago:
2014012000522006	001624674201508	02/09/2019	R\$ 73,32	

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

Av. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 53071-800

Agência / Código do beneficiário: 1004-3/2447-3



25/06/2019

HTCG-Panel Administrativo



SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1928620

CLASS. DE RISCO: VERDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0034-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 56432-809

Data: 25/06/2019

Boletim de Emergência (B.E.) - Modelo 07

Atendente: acolhimento

PACIENTE: ARIONALDO ALVES PEREIRA

CPF: 58125000

Nascimento: 26/11/1978

Endereço: SÍTIO SÃO JOSÉ

Sexo: M

Telefone: 981152657

Cidade: Alagoa Nova

Idade: 40

Bairro: ZONA RURAL

Nome da Mãe: MARIA LUCIA PEREIRA

RG: 2329768

Nº: 0

Responsável:

CPF:

Profissão: AGRICULTOR

Estado Civil: Casado(a)

Data de Atend: 25/06/2019

CNS: 708907774407111

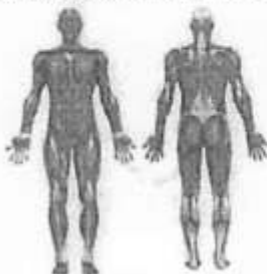
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

Hora: 10:09:24

CONVÊNIO: SUS

OBS FICHA:
MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abuso
2. Amputação
3. Ausência
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Eriflâma subcutâneo
10. Escamação
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corte-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgimento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinite
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Enfiado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parosteia
32. Peritosteia
33. Queloides
34. Rinite
35. Sinal de Inguem
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada =

DIGNOSTICO / CID:

Superfície corporal lesada = 2% 1º Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()

DIGNOSTICO / CID: 2º e 3º MTT

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Refere trauma direto no pé
há cerca de 1 dia
Gr. dor a palp.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorregentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA

HGT: Sat92

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratorial

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia

() Radiografia

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / /

Dia: / /

Especialista: / /

Dia: / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	1º e 2º	
2	1º e 2º	
3	1º e 2º	
4	1º e 2º	
5	1º e 2º	
6	1º e 2º	

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

CRICSSON A. Marinho
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MEDICINA DE EMERGÊNCIA
CRM - 42304-4
RUA PIAUI 45 - APT 301 7301
Tel. (83) 3361-4556

HTCG-Painel Administrativo

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or printed text on the paper. A small dark speck is visible near the top left corner.

☐ Centro cirúrgico _____ ☐ Alta hospitalar / ☐ A revelar
☐ Intenção (setor) _____ ☐ Decisão Médica
☐ Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ ☐ Outros

Thaiza Lucio Martins
(Ass. do paciente ou responsável quando necessário)

CÓDIGOS PROCE.TINMENTO

CBO

TEA&EHR

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

23/06/2019

HTCG-Painel Administrativo



GOVERNO
DA PARAÍBA
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0018-52
Rua: Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 25/06/2019
Data: 25/06/2019
Paciente: ARIONALDO ALVES PEREIRA Idade: 048 N° ATEND: 1928620

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 25/06/2019 HORA : 18:30:45

ESPECIALIDADE : ORTOPEDIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS
HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES () SIM (X) NÃO HAS () SIM (X) NÃO
DEF. MOTORA () SIM (X) NÃO

ALERGIAS : NEGA
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL : BOM
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍRBIOS () TOSSE



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERDE

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
Assinatura



GOVERNO
DA PARAÍBA



SEGUE
o trabalho

PACIENTE: ARIONALDO ALVES PEREIRA

DATA DO EXAME: 25.06.2019

RADIOGRAFIA DE PÉ

- Fratura transversa junto a base do segundo e terceiro metatarsos, sem desvio.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

14

Dr. Arthur José Ventura
CRM/PB: 6481

Dra. Adriana Jeunon
CRM/PB 7088


Dr. Victor Brito
CRM/PB 8044

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramonê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101

 REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  PB	
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1656442078 	
NOME ARIONALDO ALVES PEREIRA DOC. EMITIDOR / DOB. EMISSOR Nº 2329768 ESTADO ESP UF PB	
CPF 044.834.444-09 DATA NASCIMENTO 26/11/1978	
FUNÇÃO AGNALDO ALVES DE LIMA MÁRIA LUCIA PEREIRA	
PERMANÊNCIA AD ACD AD CALCULA AD	
Nº REGISTRO 05568961049 VALIDADEZ 05/04/2023 RENOVAÇÃO 17/08/2012	
 OBSERVAÇÕES	
Assinatura do Titular Assinatura do Portador RUA AREIA, PB DATA EMISSÃO 04/07/2018	
Assinatura do Emissor 49140089663 PB036642126 PARAÍBA	
PROIBIDO PLASTIFICAR 1656442078	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 014201919931

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 000 RENDAM 20180100094605-7 EXERCÍCIO

1 0018180519-7 00/00000000 2018

NOME

ARIONALDO A PEREIRA

CPF / CNPJ

04483444409

PLACA

MMZ1120/PB

PLACA ANT / UF

AS590 PB

CHASSI

9C2JC1801PRR02228

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/CG 125 TODAY

ANO FAB

1993

ANO MOD

1994

CAP / POT / CIL

2 P/11 /CV

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

VENO: COTA ÚNICA

VENO: COTAS

I
P
V
A

00/00/0000

1º

Faixa LIVRA

PARCELAMENTO / COTAS

2º

0

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

ICF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

P A G O

29/10/2018

OBSERVAÇÕES

REST. BEN. TRIBUTARIO

LOCAL

ALAGOA NOVA-PB

0

DATA

30/10/2018

35351



Assinatura

15520

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

PB Nº 014201919931 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

2018

30/10/2018

VIA

CPF / CNPJ

PLACA

1

04483444409

MMZ1120/PB

RENAVAM

MARCA / MODELO

0181805197

HONDA/CG 125 TODAY

ANO FAB

CAT. TAXA

Nº CHASSI

1993

9

9C2JC1801PRR02228

PRÊMIO TARIFÁRIO

INS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

ICF (R\$)

COTA SERVIDOR SEGURO (R\$)

SEGURO

P A G O

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

☒ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

29/10/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

15520-1111203-20181030



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Jonivaldo Alves Pereira
DATA DO ACIDENTE 25/04/2019 CPF DA VITIMA 044.851.449-09
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Jonivaldo Alves Pereira
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR vitima () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É Jonivaldo Alves Pereira
ENDEREÇO DO PORTADOR Sítio grande da Moura
Nº 514 COMPLEMENTO BAIRRO 50. CIO. UMV.
CIDADE Alagoas UF AL CEP 58128000
E-MAIL TELEFONE (83) 33341289

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IMIL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IMIL: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMIL (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM OCORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 04/10/2019

IDENTIDADE Jonivaldo Alves Pereira

ASSINATURA Jonivaldo Alves Pereira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 04/10/2019 MATR. CORREIOS 044.851.449-09

NOME Jonivaldo Alves Pereira

ASSINATURA Jonivaldo Alves Pereira

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190559582 **Cidade:** Alagoa Nova **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARIONALDO ALVES PEREIRA **Data do acidente:** 25/06/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 2º E 3º METATARSOS DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0338462/19

Vítima: ARIONALDO ALVES PEREIRA

CPF: 044.834.444-09

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 25/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ARIONALDO ALVES PEREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ARIONALDO ALVES PEREIRA : 044.834.444-09

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: 01/10/2019
Nome: ARIONALDO ALVES PEREIRA
CPF: 044.834.444-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

ARIONALDO ALVES PEREIRA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA