SAMU
192

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVÉL DE URGÊNCIA – **SAMU**

São Sebastião de Lagoa de Roça/PB

25 de setembro de 2019

SOLICITAÇÃO Nº 065/2019

DECLARAÇÃO

Declaramos para todos os fins de direito que se fizerem necessários que, **ARIONALDO ALVES PEREIRA, 40 ANOS,** foi atendido pelo SAMU 192 Regional – Base Descentralizada - S.S. de Lagoa de Roça/PB, ID sob o número 1787775, em Código 03, no dia 15 de julho de 2019 (domingo), por volta das 18h03min, Sítio Camucá, BR 104, município de São Sebastião de Lagoa de Roça/PB.

Queixa principal: Vítima de Acidente de Trânsito – Colisão moto com Animal (piloto da moto, e no momento do acidente fazia uso do capacete).

Estado geral: Vítima consciente, orientado, afebril, normotenso, nega doenças pregressas e alergia medicamentosa, SSVV DPN, não faz uso de medicação continua.

Ao exame fisico: vítima já apresentava um membro, o inferior D com gesso. Nesse acidente, provável fratura em ombro D , e abrasões em MMII. Após Regulação médica, feito AVP calibroso, encaminhado QRD a área vermelha do HTCG. Sem intercorrências durante percurso, manteve-se estável.

Equipe Atendimento: Enf. Wellington Dias (COREN-PB 577.707) e Condutor Socorrista André Pinto.

Lucimara Alves Bento

Lucimara Alves Bento

COORDENAÇÃO DO SAMU MUNICIPAL

COREN/PB 187.017–ENF

ALAGOA NOVA / PB CEP 58125000 (IC: 71)

Ligação: MONOFÁSICO
Cls/Sbc: RUR MTC B2 / RURAL - RURAL RESIDENCIAL
Roteiro: 15 - 71 - 634 - 3823 Referência: Ago / 2019
Medidor: 10008943205 Emissão: 12/08/2019

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc Est. 16.016.325-0

Nota Fiscal Conta de Energia Elétrica N 000.121.567
Cód para Déb. Automático: 00016748748

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	094.442.754-60 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1624874-6

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em saude.gov.br/vacinaomais

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
24/07/19	3961	23/08/19	4063	1	102	30

Demonstrativo

CC	Descrição	Quantidade Tarifa/TD	Valor Base Cálc. ICMS(R$)	Alíq. ICMS	Valor ICMS(R$)	Base Cálc. PIS/PASEP(R$)	Alíq. PIS/PASEP	Valor PIS/PASEP(R$)
		Tributos Total(R$)						
0801	Consumo em kWh	102,000 0,580730	59,23	59,23	25	14,81	59,23	0,64	3,86
0801	Adic. B Amarela		0,60	0,60	25	0,15	0,60	0,00	0,02
0801	Adic. B Vermelha		4,58	4,58	25	1,14	4,58	0,06	0,29
0810	Subsídio		25,39	25,39	25	6,34	25,39	0,27	1,27
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0804	JUROS DE MORA 06/2019		0,49	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 06/2019		1,21	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0809	BÔNUS ITAIPU LEI 10438/2002 07/2019		-0,57	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0809	Devolução Subsídio		-17,53	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
CC: Código de Classificação do item		TOTAL	73,32	89,70		22,42	89,70	0,93	4,48
Taxa s/ Tributos		0,400340							

Valor a ser pago após o vencimento	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
R$	02/09/2019	R$ 73,32

Histórico de Consumo (kWh)

31	54	68	78	79	64	61	73	82	57	91	63
Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19

3fa3.94b9.3f1f.471b.4aa6.f4f1.1717.ce34.

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DEC MENSAL	11,94	0,00		
DEC TRIMESTRAL	23,88		NOMINAL	220
DEC ANUAL	47,76			
FEC MENSAL	7,24	0,00	CONTRATADA	
FEC TRIMESTRAL	15,49		LIMITE INFERIOR	202
FEC ANUAL	32,00		LIMITE SUPERIOR	237
DIC	0,00	0,00		
FIC	0,00			

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviço de Dist. de Energia/PB	14,93	18,65
Compra de Energia	23,87	29,82
Serviço de Transmissão	5,23	6,53
Encargos Setoriais	3,42	4,27
Energia Devida e Encargos	26,53	33,13
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	**73,89**	**100,00**

Valores EUSD (Ref. 6/2019) R$ 1,625

ATENÇÃO

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: JOSILENE DE FÁTIMA FIRMIO DE LIMA - CPF/CNPJ: 094.442.754-60
1º GERALDO DE BARROS SIN - JD CIDADE - ALAGOA NOVA / PB CEP: 58125000

Nosso Nº	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
2024/1200095205	00016748748 1/000	02/09/2019	R$ 73,32	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 09.095.183/0001-40
Br 230, km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600

Agência / Código do beneficiário: 3064-8/2447-2

GOVERNO DA PARAÍBA SEGUE o trabalho

PACIENTE: ARIONALDO ALVES PEREIRA
DATA DO EXAME: 12.07.2019
RADIOGRAFIA DE PÉ

- Imobilização gessada dificultando a análise das estruturas.
- Não se observam fraturas de forma clara
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

8

Dr. Arthur José Ventura CRM/PB: 6481 | Dra. Miriam Albino CRM/PB 6435 | Dr. Victor Brito CRM/PB 8044 | Dr. Rafael Borges CRM/PB: 6485 | Dr. Ramonie Miranda CRM/PB: 8220 | Dr. Roberto Maia CRM/PB: 6101

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO AMBULATÓRIO

PRONTUÁRIO. Nº:1942074 **CLASS. DE RISCO: AZUL**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0031-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 12/07/2019
Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 00 Atendente: Helbiza Helena Lopes Da Silva Azevedo

PACIENTE: ARIONALDO ALVES FEREIRA

CEP:58125000 Nascimento:20/11/1938

Sexo:M Telefone: 981152457

Endereço:SITIO SAO JOSE

Idade:040 Bairro:ZONA RURAL

Cidade: Alagoa Nova

RG: 2329768 Nº:0

Nome da Mãe: MARIA LUCIA PEREIRA

CPF: Profissão:AGRICULTOR

Responsável:

Data de Atend:12/07/2019 CNS:708907774807111

Estado Civil:Casado(a)

CONVÊNIO:SUS

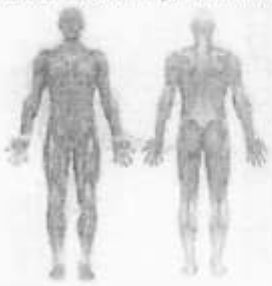
Motivo: RETORNO

Hora: 09:36:11 Especialidade: ORTOPEDISTA

Médico: ERICSSON ALBUQUERQUE MARQUES CRM: 4770

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Enfisema
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortante
15. F. Contusa
16. F. Contuso-cortante
17. F. Perfuro-contusa
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinia
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Queimada
30. Paralisia
31. Parada
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Paraplegia
35. Perda de Sensibilidade
36.

DAS:

QUEIMADURA:
Superficie corporal lesada = % Grau ( ) 1° Grau ( ) 2° Grau ( ) 3° Grau
DIGNOSTICO / CID: 1 2 3 MMII

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

30 dias
T. fma (+)
Nega DM HA. Ex-a (-)

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:
( )Laboratoriais ( )Ultrassonografia:
( )Gasometria arterial ( )Radiografias:
( )Tomografia Computadorizada ( )

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às : **Dia** / /
Especialista: / às : **Dia** / /

MÉDICO SOLICITANTE:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

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

RAIO-X REALIZADO 12/07/19

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

15/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1944626 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0031-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 15/07/2019
Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 07 Atendente : acolhimento

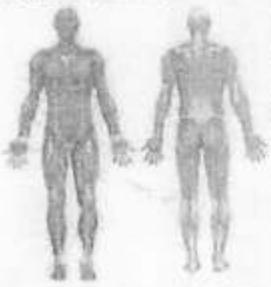
PACIENTE: ARIOVALDO ALVES PEREIRA

Endereço:SITIO GERALDO	CEP:58125000	Nascimento:26/11/1978
Cidade: Alagoa Nova	Sexo:M	Telefone:
Nome da Mãe:	Idade:040	Bairro:ZONA RURAL
Responsável:	RG:	Nº:0
Estado Civil:	CPF:	Profissão:
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO	Data de Atend:15/07/2019	CNS:706415645
	Hora: 19:16:31	CONVÊNIO:SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortante
15. F. Contuso
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura base fechada
20. Fratura base aberta
21. Hematoma
22. Inguinoscrotal Tensão
23. Laceração
24. Lesão tendínea
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Enterrado
29. Obstrução
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorragia
35. Sinais de fraqueza
36.

OBS:

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

DIGNOSTICO / CID:

Politrauma

15 07 19

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de Colisão moto-Animal há cerca de 1hora trazido pelo SAMU com prancha rígida e colar cervical. Apresenta-se com queixa de dor em ombro direito. Estava de capacete no momento do Trauma, não apresentou perda de consciência em quanto de deslocamento. Abdome globoso, indolor à palpação superficial e profunda. Sem sinais de Peritonite. Se já medicado pelo SAMU com Tabatil 20mg.

ALERGIA: Nega

MEDICAMENTOS: Nega

PATOLOGIAS: Nega

EXAME FÍSICO

PUPILAS (x) Fotorreagentes (x) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

Glasgow 15 PA ____ HGT: ____ Sat02 ____

A- Vias aéreas pérvias, com colar cervical. B- Boa ventilação e expansão torácica. C- Estável hemodinamicamente. D- ECG: 15, Pupilas Isocóricas e Fotorreagentes. E- Escoriação em perna E e Queixa de dor e limitação de ombro direito

EXAMES SOLICITADOS:
( )Laboratoriais
(x)Gasometria arterial
( )Tomografia Computadorizada
(x)Ultrassonografia: FAST
(x)Radiografias: ombro, tórax, pelve
( )

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: ORTOPEDIA / ____ às 13:30 Dia __/__/__

Especialista: ____ / ____ às ____ Dia __/__/__

MÉDICO SOLICITANTE ____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

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

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

RAIO X
REALIZADO EM:
15/07/2019

10.1.1.148/projetohlrg/leprecisao.php?contar=1944626&dataatend=2019-07-15&horaatend=19:18:56

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

DT: JMC (P) CPO (TM)

1. MJ (D)
2. Oxigenoterapia
3. Antibióticos
4. Ho sintomático
5. Alta de ortopedia

15/07/19 10h50 # Cirurgia Geral #

Paciente estável hemodinamicamente. Sem queixas. Pedido mínimo tangível. Fasto Rx de tórax sem alterações. ABD: Indolor. AR: MVUA. ACV: RCR 2T. Alta de Cirurgia Geral.

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

( ) Centro cirúrgico
( ) Internação (setor) ____
( ) Transferência a outro setor do hospital ____

( ) Alta hospitalar / ( ) Ambulatorial
( ) Declínio Médico
( ) Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CID	IDADE

GOVERNO DA PARAÍBA SEGUE o trabalho

PACIENTE: ARIOVALDO ALVES PEREIRA
DATA DO EXAME: 15.07.2019

RADIOGRAFIA DE PELVE

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

- Transparência pulmonar normal.
- Mediastino e seio costofrênico direito sem alterações. Seio costofrênico esquerdo de avaliação prejudicada por limitação técnica na aquisição da imagem.
- Coração de dimensões normais.

Dr. Arthur José Ventura CRM/PB: 6481 | Dra. Adriana Jeunon CRM/PB 7088 | Dra. Marcella Farias CRM/PB 6550 | Dr. Rafael Borges CRM/PB: 6485 | Dr. Ramonilê Miranda CRM/PB: 8220 | Dr. Roberto Maia CRM/PB: 6101

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PB

NOME
ARIONALDO ALVES PEREIRA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
2329768 SSP PB

CPF
044.834.444-09

DATA NASCIMENTO
26/11/1978

FILIAÇÃO
AGNALDO ALVES DE LIMA
MARIA LUCIA PEREIRA

PERMISSÃO

ACC

CATEGORIA
AB

Nº REGISTRO
05563561049

VALIDADE
05/04/2023

1ª HABILITAÇÃO
17/08/2012

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
AREIA, PB

DATA EMISSÃO
04/07/2018

ASSINATURA DO EMISSOR

49140089663
PB036642126

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1656442078

PROIBIDO PLASTIFICAR

1656442078

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB — Nº 014201919931
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
PRT. 201801000946 05-7

VIA	COD. RENAVAM	RENAVAM	EXERCÍCIO
1	0018180519-7	00/00000000	2018

NOME: ARIONALDO A PEREIRA

CPF / CNPJ	PLACA
04483444409	MMZ1120/PB

PLACA ANT / UF	CHASSI
AS590 PB	9C2JC1801PRR02228

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/CG 125 TODAY	1993	1994

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 P/11 /CV	PARTIC	VERMELHA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
	00/00/0000	1ª
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2ª
*******	0	3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
********	SEGURO	P A G O	29/10/2018

OBSERVAÇÕES
REST. BEN.TRIBUTARIO
0

LOCAL	DATA
ALAGOA NOVA-PB	30/10/2018

35351 — 15520

Apostilado Nota de Selo
DNR Cartórios de Brasil

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - 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	DAT TAXA	Nº CHASSI
1993	9	9C2JC1801PRR02228

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
******	******	******

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)
******	SEGURO	P A G O

PAGAMENTO: S COTA ÚNICA — PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO: 29/10/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

15520-1111203-20181030

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190601963 **Cidade:** Alagoa Nova **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARIONALDO ALVES PEREIRA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

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

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.01/

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

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

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0371573/19

Vítima: ARIONALDO ALVES PEREIRA

Data do acidente: 15/07/2019

CPF: 044.834.444-09

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ARIONALDO ALVES PEREIRA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 24/10/2019 Nome: ARIONALDO ALVES PEREIRA CPF: 044.834.444-09	Data do cadastramento: 24/10/2019 Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA CPF: 614.058.096-04
ARIONALDO ALVES PEREIRA	SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

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, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190601963 **Vítima: ARIONALDO ALVES PEREIRA**

Data do Acidente: 15/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ARIONALDO ALVES PEREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190601963 **Vítima: ARIONALDO ALVES PEREIRA**

Data do Acidente: 15/07/2019 **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 15/07/2019, emitido pelo Dr. JARBAS FONSECA CRM nº 10302 - PB, da Instituição *****, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguradora LÍDER

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: 037J573/J9

3 - CPF da vítima: 044 834 444-09

4 - Nome completo 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: Sítio Geraldo de baixo

9 - Número: S/N

10 - Complemento: SO CID

11 - Bairro: SO. CID. UNIVER.

12 - Cidade: Alagoa Nova

13 - Estado: PB

14 - CEP: 58125000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD): 83334 1289

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 POUPANÇA** (Exemplo: poupança, ahorro, Ahorro de una agencia)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 0041 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 00558550 9 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Bancos no Brasil)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (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 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) ☐ 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 nascituro (vai nascer)? ☐ 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 alfabetizado

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Campina Grande PB 24/10/2019

Arionaldo Alves Pereira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
12ª SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE SÃO SEBASTIÃO LAGOA DE ROÇA
Rua José Rodrigues Coura, s/n.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Versando sobre ACIDENTE DE TRANSITO
Hora e data do fato: Às 18:15, do dia 15 de julho de 2019.
Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 11:04, do dia 14 de outubro de 2019.
Local do Ocorrido: SITIO CAMUCA, BR 104, ZONA RURAL, S.S DE LAGOA DE ROÇA-

***COMUNICANTE: ARIONALDO ALVES PEREIRA**, do sexo masculino, nascido no dia 26/11/1978, com 40 anos de idade, ID: 2329768 SSPPB, CPF: 044.834.444-09, AGRICULTOR, filho de AGNALDO ALVES DE LIMA e de MARIA LUCIA PEREIRA, escolaridade: FUND. INCOMPLETO, CASADO, natural de ALAGOA NOVA, BRASILEIRA, residente na SITIO GERALDO DE BAIXO, bairro ZONA RURAL, na cidade de ALAGOA NOVA, PB*

***VÍTIMA:** O PROPRIO COMUNICANTE,*

***TESTEMUNHAS: LIDIANE TEIXEIRA DE MELO**, ID: 3873316 SSPPB, CPF: 113.036.854-85, residente na SITIO GERALDO DE BAIXO, bairro ALAGOA DE BAIXO, na cidade de ALAGOA NOVA. **MARIA DE FATIMA FIRMINO DE LIMA**, ID: 2432650 SSPPB, residente na SITIO GERALDO, bairro ZONA RURAL, na cidade de ALAGOA NOVA.*

***ACUSADO(S):** PREJUDICADO*

***HISTÓRICO:** QUE no dia quinze de Julho do corrente ano estava conduzindo sua motocicleta uma HONDA/CG 125 TODAY,PLACA MMZ 1120/PB, COR VERMELHA, ANO/MODELO 1993/1994, CHASSI 9C2JC1801PRR02228, quando ao pela BR 104 mas precisamente no Sitio Manguape da Zona Rural da cidade S.S de Lagoa de Roça teria colidido com um animal que acredita ser um cavalo; QUE devido a colisão caio ao solo tendo sofrido escoriações na perna esquerda, braço e no ombro direito sofreu uma luxação; QUE foi socorrido pelo SAMU da cidade de Lagoa de Roça e sendo encaminhado para o Hospital de Trauma da cidade de Campina Grande que foi atendido e liberado neste mesmo dia; QUE devido ao acidente esta fazendo acompanhamento médico; QUE relata sentir muita dores.*

AUTORIDADE** — **MARIA DO SOCORRO DA SILVA

Arionaldo Alves Pereira

COMUNICANTE** — **ARIONALDO ALVES PEREIRA

ESCRIVÃ** — **DUCINEIA BARBOSA LUNA " ad hoc"

Seguradora LÍDER

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: 037J573/J9

3 - CPF da vítima: 044 834 444-09

4 - Nome completo 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: Sítio Geraldo de baixo

9 - Número: S/N

10 - Complemento: SO CID

11 - Bairro: SO. CID. UNIVER.

12 - Cidade: Alagoa Nova

13 - Estado: PB

14 - CEP: 58125000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD): 83334 1289

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 POUPANÇA** (Exemplo: poupança, ahorro, Ahorro de una agencia)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 0041 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 00558550 9 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Bancos no Brasil)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (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 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) ☐ 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 nascituro (vai nascer)? ☐ 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 alfabetizado

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Campina Grande PB 24/10/2019

Arionaldo Alves Pereira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019