

---

**Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200254581**

**Vítima: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO**

**Data do Acidente: 23/03/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO**

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, contados 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



---

**Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200254581**

**Vítima: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO**

**Data do Acidente: 23/03/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO**

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, 13 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200254581

Vítima: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

Data do Acidente: 23/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO**

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\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 655

Agência: 000000655

Conta: 000006738457-9

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 05 de Outubro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200254581**

**Vítima: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO**

**Data do Acidente: 23/03/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 05/10/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200254581 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** AMANDA FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 23/03/2020 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.  
LAURINDO

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 23/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA, COM DESVIO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P2 P5 P10)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO 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 completa da mobilidade de um dos ombros | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                         |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |



# 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: **3200254581** 3 - CPF da vítima: **016.486.934-40** 4 - Nome completo da vítima: **AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO**

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

5 - Nome completo: **AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO** 6 - CPF: **016.486.934-40**  
7 - Profissão: **RECUSO** 8 - Endereço: **RUA GERALDO FRANCISCO DOS SANTOS** 9 - Número: **106** 10 - Complemento: **CASA**  
11 - Bairro: **GRAMAME** 12 - Cidade: **JOÃO PESSOA** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58088-355**  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): **(083) 98855-1045**

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 (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **VOTORANTIM**

AGÊNCIA: **0655**   CONTA: **6738457**   **9**  
(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 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

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, 31 Julho 2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: **016.486.934-40** 3 - CPF da vítima: **016.486.934-40** 4 - Nome completo da vítima: **Amanda Ferreira da Silva Laurindo**

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

5 - Nome completo: **Amanda Ferreira da Silva Laurindo** 6 - CPF: **016.486.934-40**  
7 - Profissão: **Receita** 8 - Endereço: **Geraldo Francisco dos Santos 106** 9 - Número: **106** 10 - Complemento: **Casa**  
11 - Bairro: **Gramame** 12 - Cidade: **João Pessoa** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58088-355**  
15 - E-mail:  16 - Tel.(DDD): **(31) 98855-1045**

**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\$1.000,00 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)** ☐ **Caba Econômica Federal (104)**

AGÊNCIA:            
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Nen**

AGÊNCIA:            
(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 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 resultado.

**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

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 da testemunha

40 - Local e Data: **João Pessoa 29/06/2020**

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 044861.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 044861.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Anderson Wagner Silva Tavares, matrícula 1824210 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 13:37 min do dia 10/07/2020, na Delegacia Online, **JOBSON ASSUERO DA SILVA LAURINDO**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão AUTÔNOMO, natural de João Pessoa, nascido(a) em 30/12/1987, idade 32, estado civil Casado (a), de cor Parda, filho(a) de MARIA DA SILVA LAURINDO e LUIZ ARNALDO LAURINDO, CPF 099.051.094-80, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Geraldo Francisco dos Santos, nº 106, bairro Gramame, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58068355, telefone(s) 83988551045, registrou o seguinte:

**Dados do(s) Fato(s):**

Data/Hora do fato: 23/03/2020 07:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: RUA ABELARDO TARGINO DA FONSECA, BAIRRO DO GEISEL, João Pessoa/PB.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NA MANHÃ DO DIA 23/03/2020, POR VOLTA DAS 07:00, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO ONDE SEGUIA NA MOTOCICLETA MARCA HONDA, MODELO NXR 150 BROS ES, DE COR PRETA, PLACA NQD-5004/PB, ANO 2011, CHASSI 9C2KD0550BR008362, CADASTRADA EM NOME DO DECLARANTE, ONDE NA OCASIÃO LEVA COMO CARONA A SENHORA AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO, QUE QUANDO TRAFEGAVA NA RUA ABELARDO TARGINO DA FONSECA, NO BAIRRO DO GEISEL, EM JOÃO PESSOA-PB, UMA MOTOCICLETA DE PLACAS E CONDUTOR DESCONHECIDOS CRUZOU A FRENTE DA MOTO DO DECLARANTE, NÃO DANDO TEMPO DO MESMO EVITAR A COLISÃO, VINDO A CARONA CAIR E SE MACHUCAR, SENDO SOCORRIDA POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE PASSOU POR PROCEDIMENTOS MÉDICOS CABÍVEIS, VINDO A REALIZAR A CIRURGIA DA FRATURA DO ACIDENTE NO DIA 30/30/2020, NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA.

*x. Jobson*

**ATENÇÃO:** Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.pb.gov.br).





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

*Jobson Assuero da Silva*  
JOBSON ASSUERO DA SILVA

DB4F60DBCAA032640696973EEC9B03EA

Código de Controle

**ATENÇÃO:** Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle, [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.pb.gov.br).



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: **016.486.934-40** 3 - CPF da vítima: **016.486.934-40** 4 - Nome completo da vítima: **Amanda Ferreira da Silva Laurindo**

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

5 - Nome completo: **Amanda Ferreira da Silva Laurindo** 6 - CPF: **016.486.934-40**  
7 - Profissão: **Receita** 8 - Endereço: **Geraldo Francisco dos Santos 106** 9 - Número: **106** 10 - Complemento: **Casa**  
11 - Bairro: **Gramame** 12 - Cidade: **João Pessoa** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58088-355**  
15 - E-mail:  16 - Tel.(DDD): **(83) 98855-1045**

**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\$1.000,00 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)** ☐ **Caba Econômica Federal (104)**

AGÊNCIA:            
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Nen**

AGÊNCIA:            
(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 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 resultado.

**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

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 da testemunha

40 - Local e Data: **João Pessoa 29/06/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

BANCO: 655

AGÊNCIA: 00655

CONTA: 000006738457-9

---

Nr. da Autenticação 9D505A795DD6CF35

JOBSON ASSUERO DA SILVA LAURINDO  
RUA GERALDO FRANCISCO DOS SANTOS, 108 - GRAMAINE  
JOAO PESSOA / PB CEP: 58089-55 (AG 1)

CPF/CNPJ/RANI: 099.051.034-80

Grupo CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo B1  
Classe RESMTCB1 / Subclasse RESIDENCIAL  
Ligação MONOFÁSICO  
Roteiro: 11 - 2 - 854 - 2870 Nº Medidor: 00000813489



 UNIDADE CONSUMIDORA (UC)  
**5/1635060-5**

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00016350605



VALOR DA FATURA

**R\$ 99,33**



VENCIMENTO

**06/04/2020**



REFERÊNCIA

**Mar / 2020**



CONSUMO

**116kWh**

3.97 kWh

MÉDIA DIÁRIA

LEITURA

CONFIRMADA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

cep. 58068-252





RUA PEDRO GONDIM, S/N -- CNES: 122343 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1230619



|                                           |                                                        |                                    |                                              |                      |                |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------|----------------|
| <b>Identificação do paciente</b>          |                                                        |                                    |                                              |                      |                |
| ID<br>1496522                             | Nome<br>AMANDA FERREIRA LAURINDO                       |                                    |                                              | Sexo<br>Feminino     |                |
| Data de nascimento<br>30/12/1989          | Idade<br>30 anos 3 meses 6 dias                        | Estado civil                       | Religião                                     | Prontuário<br>121869 |                |
| Mãe<br>WILMA MARIA TEIXEIRA FALCAO        | Pai                                                    |                                    |                                              |                      |                |
| Escolaridade                              | Responsável (Parentesco)<br>JACKSON VLUIZ - CUNHADO(A) |                                    |                                              |                      |                |
| DDD Celular<br>83                         | Celular<br>988624610                                   | DDD                                | Telefone                                     |                      |                |
| Tipo documento                            | Número documento                                       | Nº Cns                             |                                              |                      |                |
| Local de procedência<br>ERNESTO GEISEL    | Tipo<br>BAIRRO                                         |                                    | UF<br>PB                                     |                      |                |
| Email                                     | Naturalidade<br>JOAO PESSOA                            | CBO/R                              |                                              |                      |                |
| <b>Endereço</b>                           |                                                        |                                    |                                              |                      |                |
| CE<br>58075693                            | Município de residência<br>JOAO PESSOA                 | UF<br>PB                           | Logradouro<br>JOSIAS BARBOSA FERREIRA (CUIÁ) |                      |                |
| Número<br>207                             | Complemento                                            | Bairro<br>ERNESTO GEISEL           |                                              |                      |                |
| <b>Admissão</b>                           |                                                        |                                    |                                              |                      |                |
| Data e Hora<br>23/03/2020 08:12:13        | Número da pulseira<br>1000008841895                    |                                    | Convênio<br>SUS                              |                      |                |
| Especialidade<br>CIRURGIA GERAL           | Clínica                                                |                                    |                                              |                      |                |
| Classificação de risco                    | Origem do paciente<br>RUA                              |                                    |                                              |                      |                |
| Caráter de atendimento                    | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA       | Detalhe do acidente<br>MOTO X MOTO |                                              |                      |                |
| <b>Indicadores e Transporte</b>           |                                                        |                                    |                                              |                      |                |
| Caso policial<br>Não                      | Plano de saúde<br>Não                                  | Veio de ambulância<br>Não          | Trauma<br>Não                                |                      |                |
| Meio de transporte<br>RESGATE - BOMBEIROS | Quem transportou                                       |                                    |                                              |                      |                |
| <b>Sinais Vitais</b>                      |                                                        |                                    |                                              |                      |                |
| PA                                        | X                                                      | mmHg                               | Pulso                                        | Temperatura          |                |
| <b>Exames complementares</b>              |                                                        |                                    |                                              |                      |                |
| Raio X []                                 | Sangue []                                              | Urina []                           | TC []                                        | Liquor []            | ECG []         |
| Ultrasonografia []                        |                                                        |                                    |                                              |                      |                |
| Dados clínicos                            |                                                        |                                    |                                              |                      |                |
| Diagnóstico                               |                                                        |                                    |                                              |                      |                |
| Atendido por<br>JOSINETE BARBOSA DA CUNHA |                                                        |                                    |                                              |                      | CID            |
|                                           |                                                        |                                    |                                              |                      | Tempo<br>01seg |

Imprimir



**Documento de Alta**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |                                                   |                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Nome:</b><br>AMANDA FERREIRA LAURINDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |                                                   | <b>Número Prontuário:</b><br>121869         |
| <b>Data de Nascimento:</b><br>30/12/1989                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Sexo:</b><br>Feminino | <b>Data de Internação:</b><br>23/03/2020 18:47:54 | <b>Data de Alta:</b><br>23/03/2020 20:34:40 |
| <b>Motivo da alta:</b><br>ALTA MEDICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |                                                   |                                             |
| <b>Conduta:</b><br># ORTOPEDIA QUEDA DE MOTO AS 7 HORAS DA MANHÃ DE HOJE. REFERE DOR NA CLAVICULA/OMBRO DIREITO AO EXAME: BEG, NEUROVASCULAR PRESERVADO, ADM PREJUDICADO PELA DOR RX APRESENTANDO FRATURA DE TERÇO DISTAL DE CLAVÍCULA DIREITA COM DESVIO CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANALGESIA IMOBILIZAÇÃO PRECEPTOR: DR. STEFFERSON OBS: - ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL ORIENTA SOMENTE INTERNAÇÃO POR MOTIVO DE EXTREMA URGÊNCIA DEVIDO A PANDEMIA; - CARTÃO DE RETORNO NO CEREST COM DR. PORTELA;              |                          |                                                   |                                             |
| <b>Resumo da Internação:</b><br># ORTOPEDIA QUEDA DE MOTO AS 7 HORAS DA MANHÃ DE HOJE. REFERE DOR NA CLAVICULA/OMBRO DIREITO AO EXAME: BEG, NEUROVASCULAR PRESERVADO, ADM PREJUDICADO PELA DOR RX APRESENTANDO FRATURA DE TERÇO DISTAL DE CLAVÍCULA DIREITA COM DESVIO CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANALGESIA IMOBILIZAÇÃO PRECEPTOR: DR. STEFFERSON OBS: - ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL ORIENTA SOMENTE INTERNAÇÃO POR MOTIVO DE EXTREMA URGÊNCIA DEVIDO A PANDEMIA; - CARTÃO DE RETORNO NO CEREST COM DR. PORTELA; |                          |                                                   |                                             |
| <b>Resultado de Exames:</b><br># ORTOPEDIA QUEDA DE MOTO AS 7 HORAS DA MANHÃ DE HOJE. REFERE DOR NA CLAVICULA/OMBRO DIREITO AO EXAME: BEG, NEUROVASCULAR PRESERVADO, ADM PREJUDICADO PELA DOR RX APRESENTANDO FRATURA DE TERÇO DISTAL DE CLAVÍCULA DIREITA COM DESVIO CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANALGESIA IMOBILIZAÇÃO PRECEPTOR: DR. STEFFERSON OBS: - ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL ORIENTA SOMENTE INTERNAÇÃO POR MOTIVO DE EXTREMA URGÊNCIA DEVIDO A PANDEMIA; - CARTÃO DE RETORNO NO CEREST COM DR. PORTELA;  |                          |                                                   |                                             |
| <b>Tratamento:</b><br># ORTOPEDIA QUEDA DE MOTO AS 7 HORAS DA MANHÃ DE HOJE. REFERE DOR NA CLAVICULA/OMBRO DIREITO AO EXAME: BEG, NEUROVASCULAR PRESERVADO, ADM PREJUDICADO PELA DOR RX APRESENTANDO FRATURA DE TERÇO DISTAL DE CLAVÍCULA DIREITA COM DESVIO CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANALGESIA IMOBILIZAÇÃO PRECEPTOR: DR. STEFFERSON OBS: - ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL ORIENTA SOMENTE INTERNAÇÃO POR MOTIVO DE EXTREMA URGÊNCIA DEVIDO A PANDEMIA; - CARTÃO DE RETORNO NO CEREST COM DR. PORTELA;           |                          |                                                   |                                             |
| <b>Diagnóstico:</b><br>S42.0 - Fratura da clavícula                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |                                                   |                                             |
| <b>Recomendações:</b><br># ORTOPEDIA QUEDA DE MOTO AS 7 HORAS DA MANHÃ DE HOJE. REFERE DOR NA CLAVICULA/OMBRO DIREITO AO EXAME: BEG, NEUROVASCULAR PRESERVADO, ADM PREJUDICADO PELA DOR RX APRESENTANDO FRATURA DE TERÇO DISTAL DE CLAVÍCULA DIREITA COM DESVIO CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANALGESIA IMOBILIZAÇÃO PRECEPTOR: DR. STEFFERSON OBS: - ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL ORIENTA SOMENTE INTERNAÇÃO POR MOTIVO DE EXTREMA URGÊNCIA DEVIDO A PANDEMIA; - CARTÃO DE RETORNO NO CEREST COM DR. PORTELA;        |                          |                                                   |                                             |

Data: 26/03/2020

JORGE JOSE SOUSA PINTO  
CRM: 12278 - PB



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena



*Sumos Fides*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

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

|                                                        |                                          |                                                     |                                              |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Paciente<br><b>AMANDA FERREIRA LAURINDO</b>            | BAE<br><b>1230619</b>                    | Data/Hora Entrada<br><b>23/03/2020 08:12:13</b>     | Data Baixa                                   |
| Data de nascimento<br><b>30/12/1989</b>                | Idade<br><b>30a 2m 23d</b>               | Sexo<br><b>Feminino</b>                             | Telefone de Contato<br><b>(83) 988624610</b> |
| Mãe<br><b>WILMA MARIA TEIXEIRA FALCAO</b>              |                                          |                                                     | Prontuário                                   |
| Endereço<br><b>JOSIAS BARBOSA FERREIRA (CUIÁ), 207</b> | Bairro<br><b>ERNESTO GEISEL</b>          | Município<br><b>JOAO PESSOA</b>                     | UF<br><b>PB</b>                              |
| Acidente<br><b>MOTO X MOTO</b>                         | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>ANDRE GUSTAVO SOARES XIMENES</b> | Nº Cons. Regional<br><b>12412/PB</b>         |
| Data/Hora Classificação<br><b>23/03/2020 08:12:13</b>  |                                          | Data/Hora Prescrição<br><b>23/03/2020 17:54:53</b>  |                                              |

## ANAMNESE

# CRTOPEDIA QUEDA DE MOTO AS 7 HORAS DA MANHÃ DE HOJE. REFERE DOR NA CLAVÍCULA/OMBRO DIREITO AO EXAME. BEG. NEUROVASCULAR PRESERVADO. ADM PREJUDICADO PELA DOR RX APRESENTANDO FRATURA DE TERÇO DISTAL DE CLAVÍCULA DIREITA COM DEVIÇÃO. CD: INTERNAMENTO PARA CIRURGIA STAFF. DR CARLOS ALBERTO

## DIETA

TA LIVRE, VIA ORAL

## MEDICAÇÃO

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V. 24H, 0,0 (MG/TS)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 8/8H, 0,0 (MG/TS)

Diluir

PARACETOL 50MG /ML INJETÁVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (SE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 8/8H

## CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

ELETROCARDIOGRAMA

SSVV + CCGG

## EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

PROTEÍNA C REATIVA ULTRA SENSÍVEL - PCR

TGO (ASPARTATO AMINOTRANSFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANSFERASE/ALT)

UREIA

IONOGRAMA

CID10

Dr. André G. S. Ximenes  
Médico  
CRM-PB 12412

|          |               |
|----------|---------------|
| Usudrio: | ANDRE GUSTAVO |
| Entesim  | 1230619       |

Enliten 1230619



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

|                          |  |                        |  |                                           |  |
|--------------------------|--|------------------------|--|-------------------------------------------|--|
| PRESCRIÇÃO MÉDICA        |  |                        |  | Data Prescrição                           |  |
|                          |  |                        |  | 23/03/2020 17:54:53                       |  |
| Nome                     |  | Nº Prontuário          |  | Nº Prescrição                             |  |
| AMANDA FERREIRA LAURINDO |  | 1230519                |  | 23/03/2020 17:54:53                       |  |
| Motivo de Atendimento    |  | Validade da Prescrição |  | 23/03/2020 17:54:53 - 24/03/2020 17:54:00 |  |
| Data de Nascimento       |  | Sexo                   |  | Matrícula                                 |  |
| 30/12/1989               |  | FEMININO               |  | 23/03/2020 08:12:13                       |  |
| Enfermaria / Leito       |  | Idade                  |  | Data da Internação:                       |  |
|                          |  | 30a 2m 23d             |  | 9h 44min                                  |  |
|                          |  |                        |  | Permanência no                            |  |
|                          |  |                        |  | 23/03/2020 08:12:13                       |  |
|                          |  |                        |  | SUS                                       |  |

| Nome do medicamento                               | Dose   | U.M. | Orientação de Uso               | URAL | 8/8H      |             |
|---------------------------------------------------|--------|------|---------------------------------|------|-----------|-------------|
| 1 DIETA LIVRE                                     | 0,0    |      |                                 |      |           | 23 05 11 17 |
| DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)                   | 2,0    | ML   |                                 | E.V. |           |             |
| 2 Diluir em AGUA DESTILADA                        | 10,0   | ML   |                                 |      |           |             |
| ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML)                 | 8,0    | ML   |                                 | E.V. |           | 23 07 15    |
| Diluir em AGUA DESTILADA                          | 10,0   | ML   |                                 | E.V. |           | 1 2 3 4     |
| 4 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)         | 2000,0 | ML   | Observação EM JEJUM, PELA MANHÃ | ORAL | 1X AO DIA | 05          |
| 5 OMEPRAZOL                                       | 40,0   | MG   |                                 |      |           |             |
| TRANADOL 50MG ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)           | 2,0    | ML   |                                 | E.V. |           | 23 07 15    |
| Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML) | 100,0  | ML   |                                 | E.V. |           | 23 07 15    |
| 7 CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA)      | 1,0    | ML   | Observação DIÁRIO               |      |           | FF          |
| 8 CURATIVO                                        | 0,0    |      |                                 |      |           | FF          |
| 9 SSVV + CCGG                                     | 0,0    |      |                                 |      |           |             |

Reimpresso por:   
 dia:

Reimpresso por:  
dia:

SSW + CCGG

Dr. Andrew A. A. Andrews  
Fido  
CEN-04/12/12

ANDRE GUSTAVO SOARES XIMENES  
CRM: 12412

Assinatura e Carimbo do Profissional



Universitário  
ESPERANÇA

# HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA

AV. CAPITÃO JOSE PESSOA, Nº 919 - JAGUARIBE - JOÃO PESSOA PB

CNPJ: 40.980.914/0001-80 TEL: (83) 2108-0707

## Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR. (A)  
AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO  
RG 3581064

FOI ATENDIDO(A) POR DR TEMISTOCLES

DO(A) HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA

NO DIA 30/03/2020 07:10, NECESSITANDO DE 120 DIAS DE REPOUSO,  
POR MOTIVO DE DOENÇA.

CID: S420

OBSERVAÇÃO: SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA DIREITA COM  
FIXAÇÃO POR PLACA E PARAFUSOS. NA DATA DE HOJE

AUTORIZO O MÉDICO A REGISTRAR O DIAGNÓSTICO CODIFICADO CID E POR EXTENSO NESTE ATESTADO  
MÉDICO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

J. Pessoa 30/03/2020 Temistocles de A. R. Filho  
LOCAL E DATA ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA  
CRM-PB: 7618 / TECT: 15747 / RQE: 5245

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

Hospital Universitário Nova Esperança  
Av. Capitão José Pessoa, 919 - Jaguaribe  
João Pessoa - PB - Tel.: (83) 2108-0707



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA  
Av. Capitão José Pessoa, Nº 919 Jaguaribe - João Pessoa/PB  
CNPJ: 40.980.914/0001-80 Tel.: (83) 2108-0707

Hospital Universitário  
NOVA ESPERANÇA

Detenção Farmácia ou Droga:

## RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ENTEITE FUNDÇÃO JOSÉ LEITE DE SOUZA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA CNPJ: 40.980.914/0001-80  
AVENIDA CAPITÃO JOSÉ PESSOA, 919 JAGUARIBE - JOÃO PESSOA - PB

DATA: 30 de março de 2020

MÉDICO: TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIBEIRO FILHO

PACIENTE: AVANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

ENDEREÇO: RUA GERALDO FRANCISCO DOS SANTOS 106

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

USO ORAL

1- CIPROFLOXACINO 500MG-----02CX  
TOMAR C1 COME DE 12/12HS POR 15 DIAS

20.00 Mes Nuito

8 MRS ☒ 14 dias

Ident.: Comprador:

Iden. Fornecedor

Nome:

RG:

UF:

Data:

Fone:

Cidade:

UF:

Ass. Farmacêutico / Data

Fone:

Cidade:

UF:

Ass. Farmacêutico / Data

Temistocles de A. R. Filho  
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGO  
CRM-PB: 7618 / TEOD: 15247 / RDE  
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA - JOÃO PESSOA/PB

Temistocles de A. R. Filho  
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGO  
CRM-PB: 7618 / TEOD: 15247 / RDE  
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA - JOÃO PESSOA/PB



# HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA

AV. CAPITÃO JOSE PESSOA, Nº 919 - JAGUARIBE - JOÃO PESSOA PB

CNPJ: 40.980.914/0001-80 TEL: (83) 2108-0707

Paciente...: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO  
Data Nasc.: 30/12/1999 Idade: 30

Data Atendimento: 30/03/2020

Sexo....: FEMININO

NºAtend.: 36699

## RECEITUÁRIO

### DESCRIÇÃO:

USO ORAL

1- MAXSULID 3 - UICK  
TOMAR 01 COMP DE 12/12HS POR 5 DIAS

2- LISADOR 2 - UICK  
TOMAR 01 COMP DE 0/8HS

✓ 8 HRS <sup>20:00</sup> manhã ~~10 HRS~~ na noite  
5 dias <sup>11:00 HRS</sup> manhã  
noite 19:00 HRS

Hospital Universitário Nova Esperança  
Av. Capitão José Pessoa, 919 - Jaguaribe  
João Pessoa - Paraíba - Tel.: (83) 2108-0707

Temístocles de A. R. Pilo  
ORTOPEDISTA E REUMATOLOGISTA  
CRM: 154.707 / RQE: 524



Hospital Universitário  
NOVA ESPERANÇA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA  
Av. Capitão José Pessoa, Nº 919 Jaguaribe - João Pessoa/PB  
CNPJ: 40.980.914/0001-80 Tel.: (83) 2108-0707

1ª Via Retenção Farmácia ou Drogeria

### RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

FUNDAÇÃO JOSÉ LEITE DE SOUZA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA - CNPJ: 40.980.914/0001-80  
AVENIDA CAPITÃO JOSÉ PESSOA, 919 JAGUARIBE - JOÃO PESSOA - PB

DATA....: 30 de março de 2020

MÉDICO...: TEMLISTOCLES DE ALMEIDA RIBEIRO FILHO

PACIENTE: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

ENDEREÇO: RUA GERALDO FRANCISCO DOS SANTOS 106

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

USO ORAL

1- CLORIDRATO DE TRAMADOL 50MG-----02CM

TOMAR 01 COMP DE 8/8HS SE DOR INTENSA

*30 dias* *MANHA* *55* *APÓS* *MANHA*

Ident. Comprador:

*NOITE 19:00HS* Ident. Fornecedor

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Ass. Farmacêutico / Data

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA - JOÃO PESSOA - PB

*Temlistocles de A. R. Filho*  
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGO  
CRM-PB 7618 / TEOB. 15471/80

Documento de Alta

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |                                                   |                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Nome:</b><br>AMANDA FERREIRA LAURINDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |                                                   | <b>Número Prontuário:</b><br>121869         |
| <b>Data de Nascimento:</b><br>30/12/1989                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Sexo:</b><br>Feminino | <b>Data de Internação:</b><br>23/03/2020 18:47:54 | <b>Data de Alta:</b><br>23/03/2020 20:34:40 |
| <b>Motivo da alta:</b><br>ALTA MEDICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |                                                   |                                             |
| <b>Conduta:</b><br># ORTOPEDIA QUEDA DE MOTO AS 7 HORAS DA MANHÃ DE HOJE. REFERE DOR NA CLAVÍCULA/OMBRO DIREITO AO EXAME: BEG. NEUROVASCULAR PRESERVADO, ADM PREJUDICADO PELA DOR RX APRESENTANDO FRATURA DE TERÇO DISTAL DE CLAVÍCULA DIREITA COM DESVIO CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANALGESIA IMOBILIZAÇÃO PRECEPTOR: DR. STEFFERSON OBS: - ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL ORIENTA SOMENTE INTERNAÇÃO POR MOTIVO DE EXTREMA URGÊNCIA DEVIDO A PANDEMIA; - CARTÃO DE RETORNO NO CEREST COM DR. PORTELA;              |                          |                                                   |                                             |
| <b>Resumo da Internação:</b><br># ORTOPEDIA QUEDA DE MOTO AS 7 HORAS DA MANHÃ DE HOJE. REFERE DOR NA CLAVÍCULA/OMBRO DIREITO AO EXAME: BEG. NEUROVASCULAR PRESERVADO, ADM PREJUDICADO PELA DOR RX APRESENTANDO FRATURA DE TERÇO DISTAL DE CLAVÍCULA DIREITA COM DESVIO CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANALGESIA IMOBILIZAÇÃO PRECEPTOR: DR. STEFFERSON OBS: - ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL ORIENTA SOMENTE INTERNAÇÃO POR MOTIVO DE EXTREMA URGÊNCIA DEVIDO A PANDEMIA; - CARTÃO DE RETORNO NO CEREST COM DR. PORTELA; |                          |                                                   |                                             |
| <b>Resultado de Exames:</b><br># ORTOPEDIA QUEDA DE MOTO AS 7 HORAS DA MANHÃ DE HOJE. REFERE DOR NA CLAVÍCULA/OMBRO DIREITO AO EXAME: BEG. NEUROVASCULAR PRESERVADO, ADM PREJUDICADO PELA DOR RX APRESENTANDO FRATURA DE TERÇO DISTAL DE CLAVÍCULA DIREITA COM DESVIO CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANALGESIA IMOBILIZAÇÃO PRECEPTOR: DR. STEFFERSON OBS: - ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL ORIENTA SOMENTE INTERNAÇÃO POR MOTIVO DE EXTREMA URGÊNCIA DEVIDO A PANDEMIA; - CARTÃO DE RETORNO NO CEREST COM DR. PORTELA;  |                          |                                                   |                                             |
| <b>Tratamento:</b><br># ORTOPEDIA QUEDA DE MOTO AS 7 HORAS DA MANHÃ DE HOJE. REFERE DOR NA CLAVÍCULA/OMBRO DIREITO AO EXAME: BEG. NEUROVASCULAR PRESERVADO, ADM PREJUDICADO PELA DOR RX APRESENTANDO FRATURA DE TERÇO DISTAL DE CLAVÍCULA DIREITA COM DESVIO CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANALGESIA IMOBILIZAÇÃO PRECEPTOR: DR. STEFFERSON OBS: - ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL ORIENTA SOMENTE INTERNAÇÃO POR MOTIVO DE EXTREMA URGÊNCIA DEVIDO A PANDEMIA; - CARTÃO DE RETORNO NO CEREST COM DR. PORTELA;           |                          |                                                   |                                             |
| <b>Diagnóstico:</b><br>S42.0 - Fratura da clavícula                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |                                                   |                                             |
| <b>Recomendações:</b><br># ORTOPEDIA QUEDA DE MOTO AS 7 HORAS DA MANHÃ DE HOJE. REFERE DOR NA CLAVÍCULA/OMBRO DIREITO AO EXAME: BEG. NEUROVASCULAR PRESERVADO, ADM PREJUDICADO PELA DOR RX APRESENTANDO FRATURA DE TERÇO DISTAL DE CLAVÍCULA DIREITA COM DESVIO CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANALGESIA IMOBILIZAÇÃO PRECEPTOR: DR. STEFFERSON OBS: - ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL ORIENTA SOMENTE INTERNAÇÃO POR MOTIVO DE EXTREMA URGÊNCIA DEVIDO A PANDEMIA; - CARTÃO DE RETORNO NO CEREST COM DR. PORTELA;        |                          |                                                   |                                             |

Data: 23/03/2020

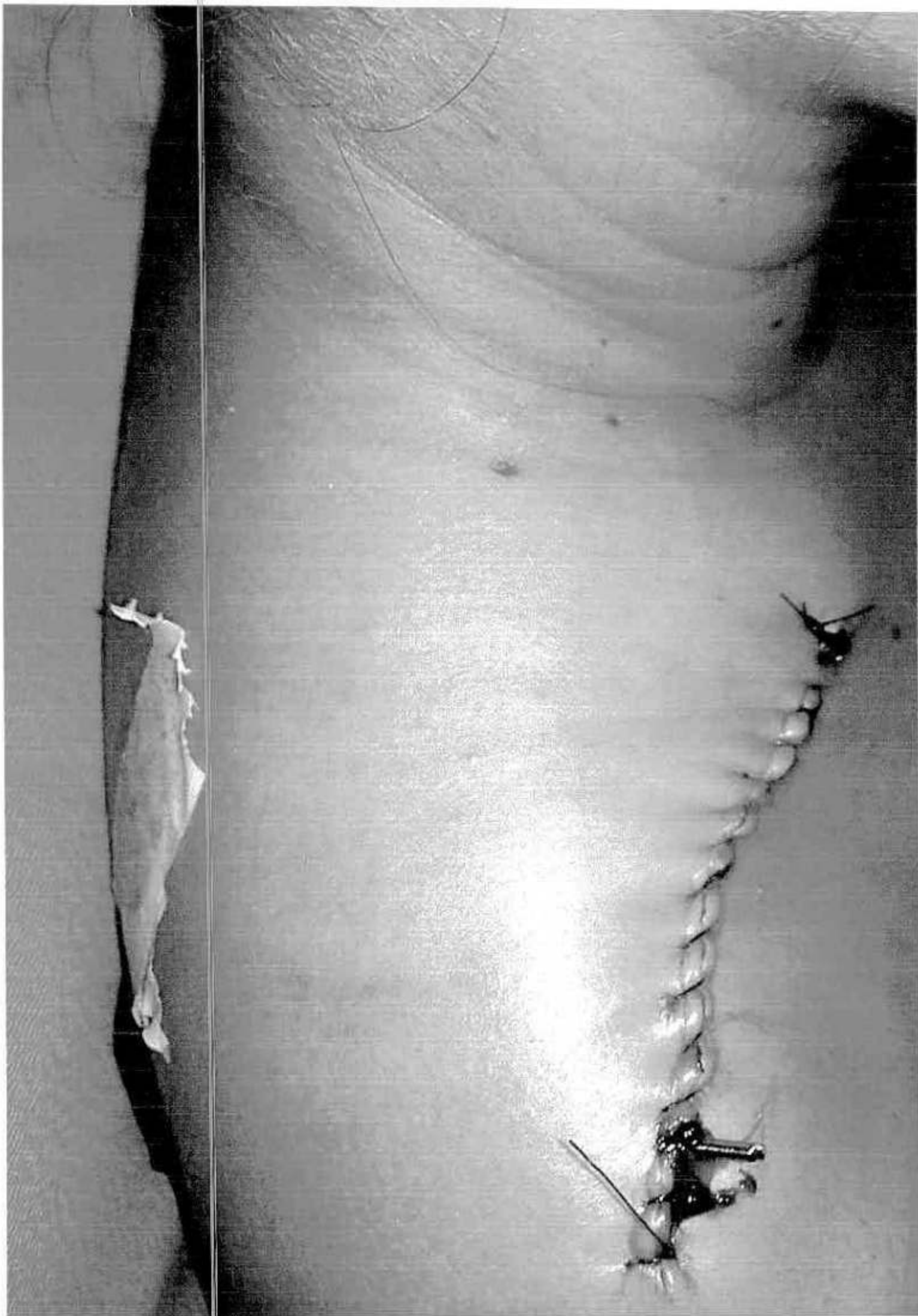
JORGE JOSE SOUSA PINTO  
CRM: 12278 - PB

Stefferson Pinheiro Diniz  
Traumato-ortopedista  
CRM: 12112









## FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200254581

Data da solicitação: 17/07/2020  
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

CPF do beneficiário: 016.486.934-40

Nome do solicitante: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

CPF do solicitante: 016.486.934-40

### DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: ( 83 ) 98855-1045  
DDD

Tel. Comercial: ( 83 ) 98708-8728  
DDD

Tel. Residencial: ( )  
DDD

E-mail:

### INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

### MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

### ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is)  
documentos estão  
sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

### NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

NÃO CONCORDO COM O VALOR RECEBIDO, TENDO EM VISTA QUE MINHA LESÃO FOI GRAVE E ESTOU COM O MEU MEMBRO COMPROMETIDO.

JOAO PESSOA - PB, 23 DE SETEMBRO DE 2020

Local e Data

*Amanda Ferreira da Silva Laurindo*

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

### IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



26/07/2020

Nome: Aranda Fuma da Silva  
Barbosa

LAUDO MÉDICO

A paciente supracitada foi vítima de acidente de motocicleta no dia 23/03/20, socorrida para o HECTSML, onde obtive o diagnóstico de fratura de clavícula (D), com indicação de tto. cirúrgico, na ocasião foi socorrida pelo corpo de Bombeiros.

Pct. foi submetida a tto. cirúrgico no HUNF, tratada com fixação interna com placa e parafusos. Evoluiu com consolidação da fratura. Pct. não apresenta sequelas funcionais.

**MATRIZ**  
Av. Dom Pedro II, 690 - Centro  
Fones: (83) 3221-3307 / 3221-3661

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA E IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

**Amanda Ferreira da S. Moura**

CARTeira DE IDENTIDADE

L-004



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.581.064 - 2ª VIA DATA DE EMISSÃO 22/11/2013

NOME AMANDA FERRERA DA SILVA LAURINDO

FLUXOJO

ANTONIO FERREIRA DE MESQUITA

WILMA TEXERA FALÇAO

DATA DE NASCIMENTO 30/12/1989

JOÃO PESSOA-PB

DOC ORGEM

CERT. CAS. Nº 17787 - LV B-80 - FLS. 67 - CARTORIO 13º JOÃO PESSOA PB

018.488.834-40

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83



**IDENTIFIED**

DETRAN - PB

Nº 01479806777:

**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA-1---CÓD: RENATA...20190000166684--6MERCICIN

|   |              |             |      |
|---|--------------|-------------|------|
| 1 | 0033059529-6 | 00/00000000 | 2019 |
|---|--------------|-------------|------|

**NOME**

JOHNSON ASSUERO S LAURINDO

CPF / CNPJ:

$-P'ACA-$

09905109480

NQD5004/PB

PLACA ANT / UF

CHIASSI

NOVO PE

9C2KD0550BR008362

ESPÉCIE TIPO:

COMBUSTÍVEL -

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

ALCO/GASOL

- MARCA / MODELO

-ANO F(3,8.7) = 4.40,  $p < .05$ 

HONDA/NXR150 BROS ES

| Year | 2011 | 2011 |
|------|------|------|
|------|------|------|

CAP / POT / CIL

— CATEGORIA

COR PREDOMINANT

2 P/149 /CI

PRET

COTA ÚNICA-

INC. COTA ÚNICA.

VENC / COTAS

I P V A

00/00/0000

1<sup>o</sup>    2<sup>o</sup>    3<sup>o</sup>

FAIXA I.P.V.A. -

PARCELAMENTO / COTAS -

\*\*\*\*\*

- PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) — IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO

C

|         |               |           |
|---------|---------------|-----------|
|         | OBSERVACIONES |           |
| NO PAGU |               | 107/56/57 |

ONTARIO

TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014798067772 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](http://www.seguradoralider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 1 DATA EMISSÃO 24/04/2019

|     |             |          |       |            |
|-----|-------------|----------|-------|------------|
| VIA | 09905109480 | CHP CNPJ | PLACA | NQD5004/PB |
|-----|-------------|----------|-------|------------|

REGISTRATION  
00330595296  
HONDA/NXR150 BROS ES

|            |           |                   |
|------------|-----------|-------------------|
| —AND FOLD— | FOOT TARE | Nº CHASSI         |
| 2011       | 9         | 9C2KD0550BR008362 |

| PRÊMIO TARIFÁRIO |                |                       |
|------------------|----------------|-----------------------|
| FNS (R\$)        | DE JARIM (R\$) | CUSTO DO SEGURO (R\$) |
| *****            | *****          | *****                 |

|                                   |                     |         |                         |
|-----------------------------------|---------------------|---------|-------------------------|
| CUSTO DO BILHETE (R\$) —<br>***** | — (R\$) —<br>SEGURO | P A G O | TOTAL A RECEBER (R\$) — |
|-----------------------------------|---------------------|---------|-------------------------|

|                                                |                                    |                  |
|------------------------------------------------|------------------------------------|------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA | <input type="checkbox"/> PARCELADO | DATA DE QUITAÇÃO |
|                                                |                                    | 24/04/2019       |

**SEGURO LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.240.608/0001-04

557 / 155

## FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200254581

Data da solicitação: 17/07/2020  
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

CPF do beneficiário: 016.486.934-40

Nome do solicitante: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

CPF do solicitante: 016.486.934-40

### DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: ( 83 ) 98855-1045  
DDD

Tel. Comercial: ( 83 ) 98708-8728  
DDD

Tel. Residencial: ( )  
DDD

E-mail:

### INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

### MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

### ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is)  
documentos estão  
sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

### NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

NÃO CONCORDO COM O VALOR RECEBIDO, TENDO EM VISTA QUE MINHA LESÃO FOI GRAVE E ESTOU COM O MEU MEMBRO COMPROMETIDO.

JOAO PESSOA - PB, 23 DE SETEMBRO DE 2020

Local e Data

*Amanda Ferreira da Silva Laurindo*

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

### IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



26/07/2020

Nome: Aranda Fuma da Silva  
Barbosa

LAUDO MÉDICO

A paciente supracitada foi vítima de acidente de motocicleta no dia 23/03/20, socorrida para o HECTSML, onde obtive o diagnóstico de fratura de clavícula (D), com indicação de tto. cirúrgico, na ocasião foi socorrida pelo corpo de Bombeiros.

Pct. foi submetida a tto. cirúrgico no HUNÉ, tratada com fixação interna com placa e parafusos. Evoluiu com consolidação da fratura. Pct. não apresenta sequelas funcionais.

**MATRIZ**  
Av. Dom Pedro II, 690 - Centro  
Fones: (83) 3221-3307 / 3221-3661



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0200542/20

**Vítima:** AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

**CPF:** 016.486.934-40

**Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

**Data do acidente:** 23/03/2020

**Titular do CPF:** AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO : 016.486.934-40**

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](http://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: 17/07/2020  
Nome: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO  
CPF: 016.486.934-40

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2020  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA