

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 13 de Março de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190191510**

**Vítima: VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO**

**Data do Acidente: 02/12/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO**

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](http://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, 19 de Março de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190191510**

**Vítima: VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO**

**Data do Acidente: 02/12/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 01 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190191510**

**Vítima: VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO**

**Data do Acidente: 02/12/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: **009322/39** CPF da vítima: **038.830.304-22** Nome completo da vítima: **VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO**

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

Nome completo:	<b>VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO</b>	CPF:	<b>038.830.304-22</b>
Profissão:	<b>RECUSOU</b>	Endereço:	<b>SITIO CUITES</b>
Bairro:	<b>ZONA RURAL</b>	Cidade:	<b>CAMPINA GRANDE</b>
E-mail:	<b>RECUSOU</b>		
Estado:	<b>PB</b>	CEP:	<b>58.400-000</b>
		Tel.(DDD):	<b>(83) 9.9614-5661</b>
		Número:	<b>5/nº</b>
		Complemento:	

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

RENDIMENTO MENSAL:  
 RECUSOU INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0041** CONTA: **550460 6**  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ 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.

## 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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos:  
 Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 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.

Local e Data, **CAMPINA GRANDE - 12/03/2019**  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\* Assinatura de quem assina A ROGO  
**\* Vanderlei de Oliveira Pedro**  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE  
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/ - Catole - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9300



OCORRÊNCIA N° 000494/18

### CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de N° 000494/18 registrada em 24/08/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e quatro dias do mês de agosto do ano de 2018, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 14:25 horas, compareceu o Sr. VANDERLEY DE OLIVEIRA PEDRO, com 37 anos de idade, filho de JOSE JOAQUIM PEDRO FILHO e IVONETE DE OLIVEIRA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Casado, escolaridade Médio Completo, profissão , portador da Cédula de Identidade N° 2.638.867, expedido pela SSP-PB, residindo à rua SÍTIO CUITÉS, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de Campina Grande - PB.

#### Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 18h00min do dia 02.12.2017, estava trafegando na estrada que dá acesso ao distrito de Genipapo, no bairro dos Cuités, nesta cidade de Campina Grande/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ESD, ano/modelo 2014/2015, de cor vermelha, chassi n° 9C2KC1650FR012181, placa QFS-7458/PB, licenciada em nome de José Joaquim Pedro Filho, quando foi "fechado" por um veículo de marca, placas e demais características não identificadas, inclusive o condutor, tendo o comunicante efetuado uma manobra brusca na tentativa de evitar a colisão e acabou perdendo o controle da moto, caindo ao solo em seguida, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido por terceiros e encaminhado para o Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos em anexo; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e não existe iluminação no local, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente, caso o mesmo seja identificado. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Sexta-feira, 24 de Agosto de 2018

VANDERLEY DE OLIVEIRA PEDRO

Declarante

José Alberto do Nascimento  
Escrivão de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

#### ADITAMENTO:

Por lapso de digitação, onde se lê na Certidão de Ocorrência nº 000494/18, constando o nome da vítima VANDERLEY DE OLIVEIRA PEDRO; Leia-se que o nome correto da vítima é VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO, conforme documentos apresentados nesta Delegacia. O referido é verdade e dou Fé.

Campina Grande/PB, 30 de janeiro de 2019

José Alberto do Nascimento  
Escrivão de Polícia



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: <b>0093212/39</b>	CPF da vítima: <b>038.830.304-22</b>	Nome completo da vítima: <b>VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO</b>
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: <b>VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO</b>	Profissão: <b>RECUSOU</b>	Endereço: <b>SITIO CURTES</b>
Bairro: <b>ZONA RURAL</b>	Cidade: <b>CAMPINA GRANDE</b>	Estado: <b>PB</b>
E-mail: <b>RECUSOU</b>		CEP: <b>58.400-000</b>
		CPF: <b>038.830.304-22</b>
		Número: <b>5/nº</b>
		Complemento: <b></b>
		Tel.(DDD): <b>(83) 9.9614-5661</b>

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- RECUSOU INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: **0041** CONTA: **550460 6**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

### 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 Lider 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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
Local e Data: **CAMPINA GRANDE - 12/03/2019**  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\* Assinatura de quem assina A ROGO  
**\* Vanderlei de Oliveira Pedro**  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

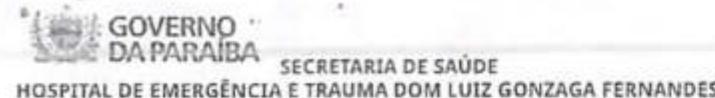
2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



## ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1554643 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-2021  
 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 02/12/2017  
 Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Arthur Matheus Almeida Mendonça

PACIENTE: VANDERLEI DE CEP: 58175000 Nascimento: 04/07/1981

OLIVEIRA PEDRO Sexo: M Telefone: 96158389

Endereço: SITIO CUITÉ Idade: 036 Bairro: ZONA RURAL

Cidade: Cuité RG: 2638867 N°: 0

Nome da Mãe: IVONETE DE OLIVEIRA CPF: 03883030422 Profissão: AJUDANTE

Responsável: LUZIEL VASCONCELOS Data de Atend.: 02/12/2017 CNS: 702006803398782

Estado Civil: Casado(a) CONVÉNIO: SUS

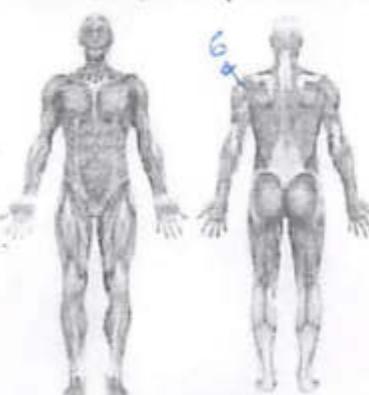
Motivo: ACIDENTE DE MOTO Hora: 19:26:47 Especialidade:

Médico: CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Centúlio
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. Coríntio
15. F. Cortante
16. F. Corte-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingurgitamento Venoso
23. Lacerção
24. Lesão tendinária
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paroxismo
32. Paroxistia
33. Queimadura
34. Rincorrágia
35. Sinal de Isquemia
- 36.

OBS:

## QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID: *Queimadura de mesto*

## EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

*Paciente vítima de queimadura de mesto, tóto + dor, paciente pugilista de esportes, ingresso hospitalar atrasado. Pode ser em ambulância. Nega ferimentos, náuseas e perda de consciousness. Dificil movimento. Sutura queimada com suture de resorva.*

ALERGIA: *Negar*MEDICAMENTOS: *Negar*PATOLOGIAS: *Negar*

## EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocôricas ( ) Anisocôricas ( )

Glasgow 15 PA \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_ SatO2: \_\_\_\_\_

*Ambe ambos pupilas, sem dor cerebral*

*2+ MNC em est. de 100*

*K+ Hemodinamicamente estável*

*D+ Glasgow 15, consciente e orientado*

*E+ Dorsum em fuso ( )*

## EXAMES SOLICITADOS:

- ( ) Laboratoriais ( ) Ultrassonografia:  
 ( ) Gasometria arterial ( ) Radiografias: *ombros*  
 ( ) Tomografia Computadorizada ( )

## SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *Ortopedia* / \_\_\_\_\_ às 19:40 Dia 02/12/17

Especialista: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ Dia \_\_\_\_\_

## MÉDICO SOLICITANTE

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PREScrições e CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<i>Manutenção aero</i>	
2	<i>ALTA DA CIRURGIA GERAL</i>	
3		
4	<i>VOLTARUM OFA, 1M, agora</i>	
5		
6		

## ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Billetto para sempre pagamento da nota fiscalizada da energia elétrica N° 002.794.568



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
BR 230 - KM 158 - Alça Sudoeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700  
CNPJ 08.826.596/0001-65 Insc. Est. 16.003.839-1

## DADOS DO CLIENTE

VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO  
SIT CUTES S/N  
CAMPINA GRANDE

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/187156-5

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

JAN/2019

16/01/2019

72

23/01/2019

R\$ 58,38

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO

Roteiro: 09-401-508-8150

83620000000-5 58380147000-1 01871562019-3 01100401019-2

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
23/01/2019	R\$ 58,38	187156-2019-01-1



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSÉ JOAQUIM PEDRO FILHO, RG nº 345.742 data de expedição 15 / 04 / 2015, Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 338.342.534-72, com domicílio na cidade de CAMPINA GRANDE, no Estado da PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) SITIO CUITES, nº S/Nº, Bairro: ÁREA RURAL, complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO, cujo o condutor era VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: CG 150 TITAN ESD

Ano: 2014

Placa: QFS 7458

Chassi: 9C2KC1650FR012181

Data do Acidente: 02/12/2017

Local e Data: Campina Grande/PB - 29 de Agosto de 2018

 Assinatura do Declarante  
X Jozé Joaquim P. Filho



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



2º Cartório de Notas de Campina Grande - PB  
Tabelião: Maria do Fátima Leôncio Cavalcanti  
 Praça da Bandeira, 103, Centro - CG-58200-000

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
JOSE JOAQUIM PEDRO FILHO.

Campina Grande/PB 07/01/2019  
Em testemunho \_\_\_\_\_ da verdade. Dou fé  
Escrevente: VIVIANE CLEVIDIA DE SOUSA CAITANO  
Selo Digital: RHY76552-U000

Confira os dados em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

E-mail: R\$9,91 IRR\$0,50 Farpen R\$0,29 Feij| R\$1,82 MP\_RSD

*Viviane Clevidia de Sousa Caitano  
Escrevente Autorizada*

**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



## ATENDIMENTO URGÊNCIA

**PRONT (B.E) N°. 1554643 CLASS. DE RISCO: AMARELO**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malfinhas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: Arthur Matheus Almeida Mendonça

**PACIENTE: VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO**

Endereço: SITIO CUTIES

Cidade: Cutiré

Nome da Mãe: IVONETE DE OLIVEIRA

Responsável: LUZIEL VASCONCELOS

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

CPF: 03883030422

Data de Atendimento: 02/12/2017

Hora: 19:26:47

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 036036

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782

CONVÊNIO/SUS

Especialidade:

CRM:

Sexo: M

RG: 2638867

Nº.0

Profissão: AJUDANTE

CNIS: 702006603398782



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### Ficha de Acolhimento

Nome:	Vanderley do Nascimento Pedro		
End:	Sítio Curros	Bairro:	C.C.
Data de Nascimento:	04/07/1981	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ricocante	Data do Atend.:	04/12/17
Acidente de trabalho?	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim	( <input type="checkbox"/> ) Não	Hora: 19:40 Documento:

### Classificação de Risco

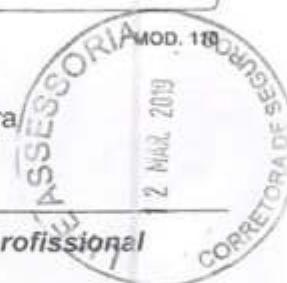
Nível de consciência:	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Bom	( <input type="checkbox"/> ) Regular	( <input type="checkbox"/> ) Baixo	Aspecto:	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Calmo	( <input type="checkbox"/> ) Fáceis de dor	( <input type="checkbox"/> ) Gemente	
Frequência respiratória:							Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:	140x100 mmHg						Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:							Mucosas:	( <input type="checkbox"/> ) Normocorada ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Pálida
Deambulação:	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Livre	( <input type="checkbox"/> ) Cadeira de rodas	( <input type="checkbox"/> ) Maca					

### Estratificação

- () Vermelho - atendimento imediato  
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora  
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



## EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Orbitalis  
Paciente vítima de acidente  
de trânsito - lesão de órbita  
de clavícula e fratura de  
entorses gástrica e fratura  
de clavícula e fratura de  
tibia.

U.S. Triage classificada  
Rebraga Ambulância  
Alta hospitalar



Dr. Henrique

DESTINO DO PACIENTE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ às \_\_\_\_ : \_\_\_\_ hs.

 Centro cirúrgico \_\_\_\_\_ Internação (setor) \_\_\_\_\_ Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL \_\_\_\_\_ Alta hospitalar /  A revelia\  Decisão Médica Óbito

 **Lanise R dos Santos**

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

## SERVIÇOS REALIZADOS:

## CÓDIGO/PROCEDIMENTO

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____



IDADE

111111	111111	111111
111111	111111	111111
111111	111111	111111
111111	111111	111111



**Dra. Sonaly de Fátima Cavalcanti** CREFITO 6637  
Especialização em Fisioterapia Trauma Ortopedia  
ABFF - Membro da Associação Brasileira de Fisioterapia Forense - 415  
TJPB - Habilitada para realizar Perícias DPVAT

## LAUDO CINESICO FUNCIONAL

**Nome:** Vanderlei Oliveira Pedro  
**Endereço:** Sítio Cuités, Zona Rural, Cuité, PB

**Data do Sinistro:** 08 de julho de 2018.

**Descrição da vítima:** Acidente de Moto  
Socorrido para o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes na cidade de Campina Grande, PB.

**Apresentando:** Fratura Clavícula Esquerda.

**Tratamento:** conservador através de imobilização.

**Sequela apresentada ao exame físico:**

**Ombro Esquerdo**

- Dor a movimentos com esforços
- Limitação para alguns movimentos do ombro esquerdo
- Atrofia muscular

**Conclusão:** Sequela de Ombro Esquerdo em grau moderado com déficit funcional em 40%.

Campina Grande, 25 de janeiro de 2019.

Ady d. Flávia G.L.

Dra. Sonaly de F Cavalcanti  
CREFITO 6637 ABFF 145



Campina Grande, PB | Cel: 83.9.8801.8121 / 9 9620.8645





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

A DETRAN - PB		Nº 013222192250	
C CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		T.R.I. 2517608024937	
VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	0107481216-3	00/00000000	2017
NOME			
JOSE JOAQUIM PEDRO FILHO			
CPF / CNPJ		PLACA	
33834253472		QFS7458/PB	
PLACA ANT / UF	CHASSI	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
NOVO	PB	9C2KC1650FR012181	2017 02/08/2017
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		ALCO/GASOL	
MARA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150 TITAN ESD		2014	2015
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2 P/149 /CI	PARTIC	VERMELHA	
I COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS	
P	00/00/0000	1*	
V FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2*	
A *****	0	3*	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	*****	SEGUR	PAGO 31/07/2017
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
0			
CAMPINA GRANDE-PB		02/08/2017	
33375		19259	

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013222192250 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

[www.seguradoraalider.com.br](http://www.seguradoraalider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	1	CPF / CNPJ	PLACA
RENAVAM	33834253472	MARA / MODELO	QFS7458/PB
ANO FAB.	2014	CAT. TAREFA	9
ANP CHASSI	9C2KC1650FR012181		
PRÉMIO TARIFÁRIO			
XXX AFINS (R\$)	XXX SEMATRAN (R\$)	CLASSENDO SEGURO (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)	
X-1111-X	SEGUR	PAGO	31/07/2017
\$	PAGAMENTO		
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO		

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

19259-0830409-20170802





Seguradora Líder - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

## IDENTIFICAÇÃO

VITIMA VANDERLISI DE OLIVEIRA PEDRODATA DO ACIDENTE 02/12/2017 CPF DA VITIMA 038.830.304-22

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VITIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA ÉENDERECO DO PORTADOR Sítio CuitesNº S/N<sup>o</sup> COMPLEMENTO  BAIRRO ZONA RURALCIDADE CAMPINA GRANDE UF PB CEP 58.400-000E-MAIL ALEXANDRE.DPVAT@HOTMAIL.COM TELEFONE (23) 9.9614-5661

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- |                        |  |
|------------------------|--|
| VALORES DE INDENIZAÇÃO | <ul style="list-style-type: none"> <li>- MORTE = R\$ 13.500,00</li> <li>- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.</li> <li>- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.</li> </ul> |
|------------------------|--|

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURADOTRANSPACOM.BR](http://WWW.DPVATSEGURADOTRANSPACOM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 822 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 32/03/2019IDENTIDADE 36.384.672ASSINATURA Vanderlei de Oliveira Pedro

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME Corretora de Seguros

ASSINATURA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190191510      **Cidade:** Campina Grande      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO      **Data do acidente:** 02/12/2017      **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Descrição do exame físico:** VÍTIMA REFERE DOR AOS MOVIMENTOS E DIMINUIÇÃO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO. AO EXAME FÍSICO: FÍSICO VÍTIMA APRESENTA MOVIMENTOS PRESERVADOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data do exame físico:** 25/03/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## 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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190191510      **Cidade:** Campina Grande      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO      **Data do acidente:** 02/12/2017      **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Descrição do exame físico:** VÍTIMA REFERE DOR AOS MOVIMENTOS E DIMINUIÇÃO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO. AO EXAME FÍSICO: FÍSICO VÍTIMA APRESENTA MOVIMENTOS PRESERVADOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data do exame físico:** 25/03/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## 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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190191510      **Cidade:** Campina Grande      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO      **Data do acidente:** 02/12/2017      **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 19/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA. (PAG 4)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @ (PAG 4) SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## 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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190191510      **Cidade:** Campina Grande      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO      **Data do acidente:** 02/12/2017      **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 19/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA. (PAG 4)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @ (PAG 4) SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## 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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0083212/19

**Vítima:** VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO

**CPF:** 038.830.304-22

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 02/12/2017

**Titular do CPF:** VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO

**Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO : 038.830.304-22**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

**- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/03/2019  
Nome: VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO  
CPF: 038.830.304-22

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2019  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3190191510**

Nome do(a) Examinado(a): **VANDERLEI DE OLIVEIRA PEDRO**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Rua sitio cuites, s/n - Cuités - Campina Grande - PB - CEP 58404-879**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **2638867**

Data e local do acidente: [ **02/12/2017** ] **CAMPINA GRANDE**

Data e local do exame: [ **25/03/2019** ] **Campina Grande** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.**

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**VÍTIMA REFERE DOR AOS MOVIMENTOS E DIMINUIÇÃO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA MOVIMENTOS PRESERVADOS DO OMBRO ESQUERDO.**

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [   ] Não

**IV.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO.**

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[   ] Sim [ **X** ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

(  ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_ dias

(  ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

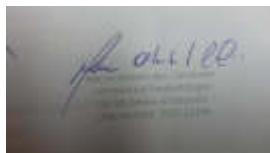
Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

**VIII.** \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Marcio Alberto de Lima Cavalcanti - CRM: 6508 - PB