



Número: **0834991-74.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **21/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39359 532	11/02/2021 11:29	2783586_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

LIDER		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
1 - Inscrição (e/ou) de cobertura:		☐ DAVS (DESPESA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE	
2 - Nº do sinistro ou ANS:		3 - CPF da vítima:	
004.224.084-71		004.224.084-71	
4 - Nome completo da vítima:		5 - Nome completo da vítima:	
NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS		NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS	
6 - CPF:		7 - CPF:	
076.224.084-71		076.224.084-71	
8 - Endereços:		9 - Complemento:	
RUA AMÉLIA RIBEIRO		52	
11 - Bairro:		13 - Estado:	
TRES IRMAS		PB	
12 - Cidade:		14 - CEP:	
CAMPINA GRANDE		58424-116	
15 - E-mail:		16 - Tel (DDD):	
		(83) 98855-6654	
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR			
17 - Nome completo do Representante Legal:			
18 - CPF do Representante Legal:			
19 - Proibição do Representante Legal:			
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DO CONTRATO:			
Declara, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme emprestado a este (ANEXAR CÓPIA).			
21 - DADOS BANCÁRIOS:			
☐ RECIBO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.500,00 A R\$1.500,00 ☐ R\$2.000,00 A R\$2.000,00 ☐ R\$2.500,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$3.000,00 A R\$3.000,00 ☐ R\$3.500,00 A R\$3.500,00 ☐ R\$4.000,00 A R\$4.000,00 ☐ R\$4.500,00 A R\$4.500,00 ☐ R\$5.000,00 A R\$5.000,00 ☐ R\$5.500,00 A R\$5.500,00 ☐ R\$6.000,00 A R\$6.000,00 ☐ R\$6.500,00 A R\$6.500,00 ☐ R\$7.000,00 A R\$7.000,00 ☐ R\$7.500,00 A R\$7.500,00 ☐ R\$8.000,00 A R\$8.000,00 ☐ R\$8.500,00 A R\$8.500,00 ☐ R\$9.000,00 A R\$9.000,00 ☐ R\$9.500,00 A R\$9.500,00 ☐ R\$10.000,00 A R\$10.000,00			
☐ REPRESENTAÇÃO DA INCAPACITAÇÃO ☐ REPRESENTAÇÃO DA INCAPACITAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
☐ CONTA POUANÇA (Documento para os bancos abertos. Anotar o nome)			
☐ CONTA CORRENTE (Anotar o nome)			
Nome do Banco: BANCO DO BRASIL			
AGÊNCIA: 8101 9 CONTA: 11127 9			
22 - DECLARAÇÃO DE AUTÊNCIA DE LAUDO DO IML - PRECISEMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE			
Declara, sob a pena de lei, que o(s) responsável(ais) de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT, por motivos pessoais, uma vez que ☐ não há uma das opções:			
☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou			
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, ou			
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.			
Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência para fins do Seguro DPVAT, por motivos pessoais, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter a avaliação médica do IML para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 1º, devendo que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica da responsabilidade por danos materiais e/ou pessoais.			
23 - Estado:			
24 - Cidade:			
25 - Rua:			
26 - Número:			
27 - Complemento:			
28 - CEP:			
29 - Telefone:			
30 - E-mail:			
31 - Nome:			
32 - CPF:			
33 - Assinatura:			
34 - Assinatura:			
35 - Assinatura:			
36 - Assinatura:			
37 - Assinatura:			
38 - Assinatura:			
39 - Assinatura:			
40 - Assinatura:			
41 - Assinatura:			
42 - Assinatura:			
43 - Assinatura:			
44 - Assinatura:			
45 - Assinatura:			
46 - Assinatura:			
47 - Assinatura:			
48 - Assinatura:			
49 - Assinatura:			
50 - Assinatura:			
51 - Assinatura:			
52 - Assinatura:			
53 - Assinatura:			
54 - Assinatura:			
55 - Assinatura:			
56 - Assinatura:			
57 - Assinatura:			
58 - Assinatura:			
59 - Assinatura:			
60 - Assinatura:			
61 - Assinatura:			
62 - Assinatura:			
63 - Assinatura:			
64 - Assinatura:			
65 - Assinatura:			
66 - Assinatura:			
67 - Assinatura:			
68 - Assinatura:			
69 - Assinatura:			
70 - Assinatura:			
71 - Assinatura:			
72 - Assinatura:			
73 - Assinatura:			
74 - Assinatura:			
75 - Assinatura:			
76 - Assinatura:			
77 - Assinatura:			
78 - Assinatura:			
79 - Assinatura:			
80 - Assinatura:			
81 - Assinatura:			
82 - Assinatura:			
83 - Assinatura:			
84 - Assinatura:			
85 - Assinatura:			
86 - Assinatura:			
87 - Assinatura:			
88 - Assinatura:			
89 - Assinatura:			
90 - Assinatura:			
91 - Assinatura:			
92 - Assinatura:			
93 - Assinatura:			
94 - Assinatura:			
95 - Assinatura:			
96 - Assinatura:			
97 - Assinatura:			
98 - Assinatura:			
99 - Assinatura:			
100 - Assinatura:			



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200290656

Vítima: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

Data do Acidente: 25/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

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,

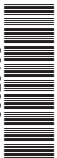
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16038050

Pag. 00925/00926 - carta_01 - INVALIDEZ

00020463





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200290656

Vítima: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

Data do Acidente: 25/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação 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

Pag. 01059/01060 - carta_03 - INVALIDEZ

00050530



Carta nº 16046512





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200290656

Vítima: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

Data do Acidente: 25/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

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.

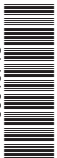
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01485/01486 - carta_25 - INVALIDEZ

00010743





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200290656

Vítima: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

Data do Acidente: 25/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000002221**

Conta: **0000044360-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200290656

Vítima: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

Data do Acidente: 25/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01217/01218 - carta_02 - INVALIDEZ

00030609



Carta nº 16390226



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/02/2021 11:29:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021111290717300000037514351>

Número do documento: 21021111290717300000037514351



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 30 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200290656

Vítima: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

Data do Acidente: 25/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

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\$ 168,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Complemento por reanálise 5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (5% de 25%) 1,25%

Valor a indenizar: $1,25\% \times 13.500,00 =$ R\$ 168,75

Recebedor: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

Valor: R\$ 168,75

Banco: 104

Agência: 000002221

Conta: 0000044360-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 3200290656

Nome do(a) Examinado(a): NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Amélia Ribeiro, 52, , Campina Grande/PB

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP/PB / 2114166

Data e local do acidente: 25/03/2020 - Picuí/PB

Data e local do exame: 14/12/2020 - João Pessoa/PB

Coordenadas Geográficas: latitude: -7.09096 , longitude: -34.83913

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura da Tibia Direita.

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

Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa e parafusos.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 20°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração anormal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o pericárdio possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo direito.

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

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

Sim

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

Apresenta edema residual no tornozelo direito, limitação de mobilidade articular e déficit de força motora o referido tornozelo.

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"

() "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 às regiões corporais acometidas.



Tornozelo Direito - Intenso - 75%

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



Handwritten signature of Suelio Moreira T. Torres, likely a medical professional, on a document.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 036.124.694-71 4 - Nome completo da vítima: Nenivaldo Rodrigues de Souza Dantas

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

5 - Nome completo: Nenivaldo Rodrigues de Souza Dantas 6 - CPF: 036.124.694-71
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Rua Amélia Ribeiro 9 - Número: 52 10 - Complemento:
11 - Bairro: Três Irmãos 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58424-136
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 98805-6654

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2221 CONTA: 44360 2 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (viveres)? ☐ 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, 14/08/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019

 **CARTÃO PROVISÓRIO** **CAIXA**
CONTA POUPANÇA **AQUI**

CC-ASSESSORIA DE CRÉDITO - CASARQUE
R. Condor Quilô, 418 - José Policarpo (Praia Vermelha - Av. Casca)

NOME Nereivaldo R. Souza Dantas

AGÊNCIA	OPERAÇÃO	CONTA	DÍGITO
2222	013	44360	2

SENHA

Digitalizada com CamScanner



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 058814.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 058814.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettowen Carvalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 16:27 min do dia 12/08/2020, na Delegacia Online, **NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão MOTORISTA, nascido(a) em 28/10/1975, idade 44, estado civil Casado (a), de cor Parda, filho(a) de FRANCISCA DE SOUZA DANTAS e JOSE RODRIGUES DE SOUZA, CPF 036.224.694-71, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Amélia Ribeiro, nº 52, complemento PRÓXIMO AO PARQUE IVANDRO CUNHA LIMA, bairro Três Irmãs, na cidade de Campina Grande/PB. CEP: 58424136, telefone(s) 83 988056654, registrou o seguinte:

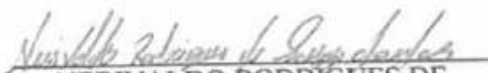
Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 25/03/2020 21:30h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: PB-150, ENTRE A CIDADE DE CARNAÚBA E PICUI, ZONA RURAL, Picuí/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Ao sair da sua residência, conduzindo a motocicleta de marca, HONDA/NXR 160 BROS ESDD, ANO 2015/2015, DE COR PRETA, PLACA NQK - 4462, CHASSI: 9C2KD0810FR416298, CADASTRADA EM NOME DE ANTONIO MARCELINO FERREIRA, para mostra a motocicleta a um possível comprador, quando chegou na PB-151 que liga a cidade de Carnaúba para Picuí - PB, foi vítima de um acidente de trânsito, o tempo estava muito chuvoso, onde a vítima bateu no buraco e perdeu o controle, vindo a cair e se machucar gravemente, perdendo os sentidos, sendo então socorrido gravemente ferido para o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, em Campina Grande-PB, onde passou por tratamento cirúrgico.

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


NERIVALDO RODRIGUES DE

47773CC380FE656DB8C447A12C3F51C7

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. Tel. (83) 3612-8613 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 058814.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 058814.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettowen Carvalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 16:27 min do dia 12/08/2020, na Delegacia Online, **NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão MOTORISTA, nascido(a) em 28/10/1975, idade 44, estado civil Casado (a), de cor Parda, filho(a) de FRANCISCA DE SOUZA DANTAS e JOSE RODRIGUES DE SOUZA, CPF 036.224.694-71, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Amélia Ribeiro, nº 52, complemento PRÓXIMO AO PARQUE IVANDRO CUNHA LIMA, bairro Três Irmãs, na cidade de Campina Grande/PB. CEP: 58424136, telefone(s) 83 988056654, registrou o seguinte:

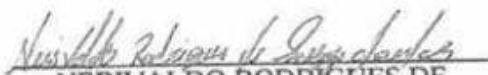
Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 25/03/2020 21:30h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: PB-150, ENTRE A CIDADE DE CARNAÚBA E PICUÍ, ZONA RURAL, Picuí/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Ao sair da sua residência, conduzindo a motocicleta de marca, HONDA/NXR 160 BROS ESDD, ANO 2015/2015, DE COR PRETA, PLACA NQK - 4462, CHASSI: 9C2KD0810FR416298, CADASTRADA EM NOME DE ANTONIO MARCELINO FERREIRA, para mostra a motocicleta a um possível comprador, quando chegou na PB-151 que liga a cidade de Carnaúba para Picuí - PB, foi vítima de um acidente de trânsito, o tempo estava muito chuvoso, onde a vítima bateu no buraco e perdeu o controle, vindo a cair e se machucar gravemente, perdendo os sentidos, sendo então socorrido gravemente ferido para o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, em Campina Grande-PB, onde passou por tratamento cirúrgico.

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


NERIVALDO RODRIGUES DE

47773CC380FE656DB8C447A12C3F51C7

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://delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3612-8613 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



**Parecer do Boletim de
Ocorrência nº.
058814.01.2020.0.00.704**

Delegacia Online

Boletim Eletrônico de Ocorrências

Caro(a) NERIVALDO RODRIGUES DE
SOUZA DANTAS,

Sua ocorrência de Boletim Emergencial foi
DEFERIDO.

Protocolo: 058814.01.2020.0.00.704
Senha: 47773CC3



Declaração a Líder DPVAT

Prezados informo que devido o período de pandemia, as delegacias do Estado da Paraíba não estão fazendo Boletim de Ocorrência de forma presencial. Para que não venham a prejudicar as vítimas de quaisquer que seja as ocorrências, foi criado o Bo emergencial conforme print que segue não se trata de Bo online. Tal documento tem a mesma veracidade de um BO feito em uma delegacia física.



Todas as ocorrências registradas passam por análise da delegacia física, e o BO é encaminhado para o e-mail do declarante com protocolo e senha para consultar a veracidade do mesmo. O Bo impresso vem com QRCOD e numeração para consultar a veracidade.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 036.124.694-71 4 - Nome completo da vítima: Nenivaldo Rodrigues de Souza Dantas

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

5 - Nome completo: Nenivaldo Rodrigues de Souza Dantas 6 - CPF: 036.124.694-71
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Rua Amélia Ribeiro 9 - Número: 52 10 - Complemento:
11 - Bairro: Três Irmãos 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58424-136
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 98805-6654

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2221 CONTA: 44360 2 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar: 30 - Vítima deixou nascituro (viver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: 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, 14/08/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019

 **CARTÃO PROVISÓRIO** **CAIXA**
CONTA POUPANÇA **AQUI**

CC-ASSESSORIA DE CRÉDITO - CASARQUE
R. Condor Quilô, 418 - José Petrônio (Praia Vermelha - Av. Cauê)

NOME Nereivaldo R. Souza Dantas

AGÊNCIA	OPERAÇÃO	CONTA	DÍGITO
2222	013	44360	2

SENHA

Digitalizada com CamScanner



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: 08/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02221

CONTA: 000000044360-2

Nr. da Autenticação 14796C96F2F260D6



BOLETO PARA PAGAMENTO



Documento gerado por: RPA

Documento gerado em: 11/02/2021 11:29:07

Documento gerado em: 11/02/2021 11:29:07

Nº 006.119.809

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Ins. Est. 16.053.830-1

DADOS DO CLIENTE

EGLIANE SILVA RODRIGUES
RUA AMELIA RIBEIRO 52 MOD II Q 11 LT 11
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/258167-6

REFERÊNCIA

MAR/2020

APRESENTAÇÃO

20/03/2020

CONSUMO

168

VENCIMENTO

27/03/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 102,11

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03149.036000 01528.615170 5 82070000010211				
Pagador: EGLIANE SILVA RODRIGUES CNPJ/CPF: 057.797.434-36				
RUA AMELIA RIBEIRO 52 MOD II Q 11 LT 11 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360001528615	000258167202003	27/03/2020	R\$ 102,11	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA				
08.826.596/0001-95				
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				



25/03/2020



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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 2134076 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0034-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 15/03/2020
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

Endereço: AMÉLIA RIBEIRO

Cidade: Campina Grande

Nome da Mãe: FRANCISCA SOUZA DANTAS

Responsável:

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO QUEDA DE MOTO

Horta: 21:39:53

OBS: FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Acetabúlo
2. Ampelagem
3. Anverso
4. Coração
5. Crânio
6. Costas
7. Estômago
8. Empilhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Enfisema
11. Esclerose
12. F. Abdominal
13. F. Abdominal
14. F. Abdominal
15. F. Abdominal
16. F. Abdominal
17. F. Abdominal
18. F. Abdominal
19. Fratura costal fechada
20. Fratura costal aberta
21. Hematoma
22. Inguernamento
23. Laceração
24. Laceração
25. Laceração
26. Laceração
27. Movimento torácico
28. Objeto Entrado
29. Orelha
30. Orelha
31. Pálpebra
32. Pálpebra
33. Pálpebra
34. Pálpebra
35. Sinus de fratura

OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIGNOSTICO / CID: _____

HTC-Parêl Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS C:

Queimadura de 1º grau
do membro superior direito

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ SatO2 _____

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais
() Ultrassonografia
() Radiografias
() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: _____

Especialista: _____

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

Nº

1

2

3

4

5

6

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Agostinho Lima F. Almeida
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9116 - RBO-15476



HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

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

(Centro cirurgico)

() Internação (setor)

(Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

(alta hospitalar / alta revelia)

1. () Decisão Médica

(Jobito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMIENTO

CBO

IBADE



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:					
Nerivaldo Rodrigues de Souza Dantas DN: 28/10/1975					
DI	LEITE	CONVENIO	IDADE	REGISTRO	
-	Sala 04	SUS	44a	2134082	
CIRURGIA			CIRURGIÃO		
Plat. c. m. f. e. l. + x.			Dr. Eduardo + Dr. Everlan + Dr. Matheus		
de fibra instal. e			ANESTESIA		
Anestesia			Dr. Giovanni Jovande		
Inqui + sedação					
INSTRUMENTADORA		DATA	INICIO	FIM	
André		27/03/2020	7:30	9:30	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Boia Colostoma	Qtd.	FIOS
			Catet. p/ Oxi		Catgut cromado Sertix
			Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
01	Diazepam amp. midazolam		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
01	Dimore amp. 0,2		Compressa Pequena		Catgut Simples
			Colonoide		Catgut Simples Sertix
			Dreno		Catgut Simples Sertix
			Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix
			Dreno Penrose n°		Cera pl. osso
			Dreno Pezzer n°		Ethibond
			Equipo de Macrogotas		Ethibond
01	Mercaina 7mdd 1% ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
			Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix
			Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix
			Esparradrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutapak
			Furacim ml		Fio de Algodão Sutapak
			Gase Pacote cl 10 unidades		Fila cardiaca
			H.O. ml		Mononylon
			Intracath Adulto	02	Mononylon 2-p
			Intracath Infantil		Prolene Sertix
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix
			Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix
02	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix
02	Flaxidol amp. Tenoxicam 1mg		Luvas 7.5		Vicryl Sertix
			Luvas 8.0		Vicryl Sertix
			Luvas 8.5		
			Oxigênio l/m 3L/min		
			Polifix		
			PVPi Degermante ml Chlor		
			PVPi Tópico ml	Qtd.	SOROS
			Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml 7
			Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
			Seringa desc. 10 ml	02	SG Hipertérmico fr 500 ml
			Seringa desc. 20 ml	01	SG Ringr fr 500 ml
			Seringa desc. 05 ml	01	SF fr 500 ml 2 limpeza
			Sonda		
			Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
02	Cefazolina 1g		Sonda Nasogátrica	01	Plástico de fibra diste
			Sonda Uretral n°		8 Fios
			Sterydrem ml	08	Parafusos
			Tomeirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
			Gelcon 18		
			Látex		
			Líquido		
03	Agulha desc. 25 x 7		Algodão estopado	X	Oxímetro de Pulso
AS	Agulha desc. 25 x 28 40x12		Algodão estopado		Serra
			Algodão estopado		Desfibrilador
			Algodão estopado		Foco Frontal
			Algodão estopado		Fonte de Luz
			Algodão estopado		Foco Auxiliar
			Algodão estopado		Eletrocautério
			Alcool de Enfermagem		Oxicapnógrafo
			Alcool Iodado ml		Cardiomonitor
			Ataduras de Crepon		Perfurador Elétrico
04	Ataduras de Gessada				
			Azul metileno amp.		
			Benzina ml		

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

CLEAN

TIPO SÍRIO TITANIUM

Referência

VAL: 15-AOO-2021

TIPO SÍRIO TITANIUM

Referência

VAL: 15-AOO-2021

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Assinatura e Rubrica





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <i>Nerivaldo Rodrigues de S. Santos</i>	Idade: <i>44 anos</i>
Convênio: <i>S. V. S.</i>	Data: <i>27/03/20</i>
Procedimento: <i>Trat. Cirurg. C/ Fixação de Tíbia Distal E.</i>	
Cirurgião: <i>Dr. Eduardo</i>	Auxiliar: Anestesista: <i>Dr. Jaramel</i>
Início: <i>07:30</i>	Término: <i>09:30'</i> Anestesia: <i>Raque + Sed.</i>

[illegible][illegible]

Observações:	 ADILSON PINHEIRO RODRIGUES TRC DE EMERGÊNCIA CRM-AM nº 478377 - 4 Circulante
--------------	---

Assinatura Anestesista

Adm. de Fomento Rural
TAC. DE FOMENTO RURAL
C/ALFARO, 125 47100
Circulante

Relatório de Operação

MDD 102



PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL: **HOSPITAL DE TUBARÃO**

CIDADE: **Cap. Grande** TEL/FAX / E-MAIL:

NOME DO PACIENTE: **NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA**

Nº DO PRONTUÁRIO: **21340622** Nº ALH: COD. PROCEDIMENTO: CONVÊNIO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: **TRAT. CIRÚRG. DE FRATURAS DE TUBARÃO DISTAL**

PRODUTO	REF.	QUANT.	COD. ROMP.
Placa bloqueante de titânio			
Placa bloqueante de titânio		01	
Placa bloqueante de titânio		05	
Placa bloqueante de titânio		04	
Placa bloqueante de titânio		02	
Placa bloqueante de titânio		01	

DATA DA UTILIZAÇÃO: **27/3/20** DATA DA COMUNICAÇÃO: MEDICO RESPONSÁVEL - CRM:

OBSERVAÇÕES: **Ex 3.5 Placa + 85**

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL: **Augusto + Ramon**

Carimbo: **DR. EVERTON MOTA**

Carimbo: **ORÇAMENTO E FATURAMENTO**

Carimbo: **0066**

Carimbo: **27/3/20**

Carimbo: **27/3/20**

Carimbo: **27/3/20**

Carimbo: **27/3/20**





Número do Prontuário: 88170

DATA DA CIRURGIA: 27/03/2020

Número do Atendimento: 2134082 Clin: ORTOPEDIA I / Enf: 10 / Lei: 2

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

Data da Internação: 25/03/2020

Atendimento: 2134082

Diagnostico Pré-Operatório: FX PERNA D

Diagnostico Pós-Operatório: O MESMO

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 27/03/2020

Equipe:

Cirurgião: EDUARDO OTAVIO BRAGA MORAIS

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: ANDRE

Anestesista: JOVANDE

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NAO

Descrição da Operação: 01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA

02- ASSEPSIA E ANTISSEPISIA MID

03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS

04- INCISÕES FACE ANTEROMEDIAL PERNA D + DIVULSAO POR PLANOS

05- REDUÇÃO INCRUENTA + FIXAÇÃO PLACA DE BLOQUEIO 6 FUROS

06- SF0.9% + DESBRIDAMENTO

08- FECHAMENTO POR PLANOS + SUTURAS

09- CURATIVOS

Dr. Eldimar Soares
Médico Traumatologista
CRM: 6960
CPF: 043.079.76

Data 27/03/2020

Assinatura/Carimbo
Eldimar Soares De Araujo



26/03/2020

HTCC - Pajaro Administrativo

Data de impressão: 26/03/2020 Hora: 13:59:16

Sistema: (Sistema)		CAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Hospital de Emergência e Trauma DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		C.NES: 2362856	
Hospital de Emergência e Trauma DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		C.NES: 2362856	
Nome do Paciente: NIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS		N. do Prontuário: 2134082	
Data de Nascimento: 28/10/1975		Sexo: ☒ M ☐ F	
Endereço do Paciente: RUA ...		CPF: 83 988410726	
Município: ...		UF: ...	
Estado: ...		CEP: 58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
1. O paciente NIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS, nascido em 28/10/1975, residente em RUA ... 2. O paciente apresenta quadro de ... 3. O paciente necessita de internação hospitalar para ...			
PRÉ-REQUISITO SOLICITADO			
1. DOCUMENTO DE IDENTIDADE: 98001629677612 2. ANEXO DE ...			
PRÉ-REQUISITO EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE)			
1. ... 2. ... 3. ...			
AUTORIZAÇÃO			
1. ... 2. ... 3. ...			





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Bottem de Emergência (B.E) - Modelo 03

Data: 29/03/2020

NOME: Schubert Luigi Costa Rodrigues



PARAÍBA
Governador do Estado

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

Data da Internação: 25/03/2020

Data da Alta: 29/03/2020

Registro: 2134082

Tempo de Permanência: -18347

Diagnóstico Inicial: FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Diagnóstico Final: FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Cirurgia: EDUARDO

Data: 27/03/2020

Equipe:

Cirurgião: EDUARDO OTAVIO BRAGA MORAIS

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Condições de Alta: Melhorado

Data: 29/03/2020

Assinatura/Carimbo
Schubert Luigi Costa Rodrigues

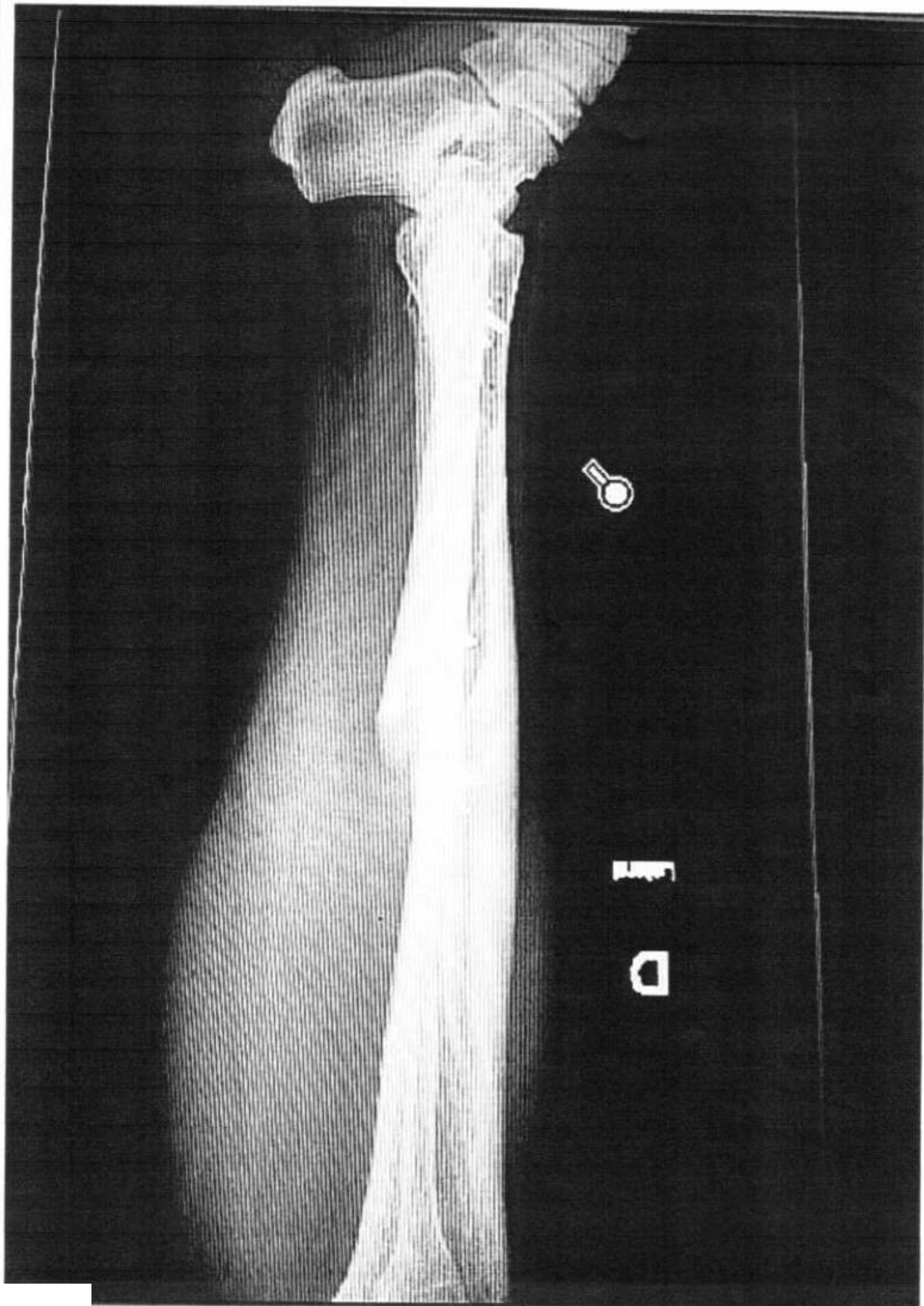
RESPONSÁVEL: Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Luigi Costa Rodrigues
CRM-PB 55423



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: <i>Veruldo Rogério de Souza Paiva</i>		IDADE: <i>44</i>	PRONTUÁRIO: <i>2134082</i>
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ▶▶		ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA	
ENTRADA		SAÍDA	
☒ CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE - SÍTIO CIRÚRGICO - PROCEDIMENTO A SER REALIZADO - CONSENTIMENTO		☒ O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE: - O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO - A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM - BIOPSIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE - HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO	
☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA		☒ REVISÃO DO CIRÚRGIO: HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGÜÍNEAS?	
☒ OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO		☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?	
☐ O PACIENTE POSSUI: - ALERGIA CONHECIDA? - VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO? - RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)?		☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?) HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUALQUER PREOCUPAÇÕES?	
☒ SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)? <i>NÃO</i>		☒ O CIRÚRGIO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE	
☒ SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO		A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? <i>NÃO</i>	
☒ SIM		AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS? <i>NÃO SE APLICA</i>	
☒ NÃO SE APLICA		Assinado eletronicamente por: <i>Adriano L. N. Brandão</i> ACONFIRMAR 233298-TE	



Dr. Anuar Murad Filho

Clínica Médica

C.R.M-PB : 8.742

LAUDO MÉDICO :

O paciente NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS é portador do CID : S 82
proveniente de fratura de tibia direita ocasionado por acidente de motocicleta , tendo
como seqüela um comprometimento de 50 % do membro afetado.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

30-11-2020

Dr. Anuar Murad Filho
Médico - CRM-PB 8.742
Av. Dr. João da Mata, Nº 400
João Pessoa - PB

Eco Medical Center Cartaxo (C.N.P.J : 29.955.582/0001-41)

Rua : Antônio Rabelo Júnior N - 170 (Miramar - João Pessoa) CEP : 58032-090



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOBRE
NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

DOC IDENTIDADE **ORG EMISSOR UF**
 2114166 SSP PB

CNPJ **DATA NASCIMENTO**
 036.224.694-71 28/10/1975

RELACÃO
 JOSE RODRIGUES DE
 SOUZA
 FRANCISCA DE SOUZA
 DANTAS

PERMISSÃO **ACC** **CAT HAB**
 [] [] AC

Nº REGISTRO **VALIDADE** **1ª HABILITAÇÃO**
 09997657640 17/10/2024 15/12/2006

OBSERVAÇÕES

Nerivaldo Rodrigues de Souza Dantas
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL **DATA EMISSÃO**
 CAMPINA GRANDE, PB 21/10/2019

[Assinatura]
 ASSINATURA DO EMISSOR

71511845748
PB039104672

PARAÍBA

Digitalizada com CamScanner



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

NQK4462

Imprimir Consulta

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEICULO: COO. SEQUENCIAL: RCTB: EXERCÍCIO: 2020

NOME / ENDEREÇO: *****

PLACA: NQK4462

PLACA ANT./UF: CHASSI:

ESPÉCIE / TIPO: PASSA / MOTOCICLET COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL

MARCA / MODELO: HONDA/NXR160 BROS ANO FAB: 2015 ANO MOD: 2015

ESDD: CAP. POT./CIL. CATEGORIA: COR PREDOMINANTE: PARTICULAR, PRETA

IPVA: 30/04/2020

PREMIO LICENCIAMENTO: PREMIO TOTAL PREMIO DE PAGAMENTO:

OBSERVAÇÕES:

Comunicacao de Venda

LOCAL: DATA: CAMPINA GRANDE 12/08/2020

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Último Licenciamento: 2020
 Proprietário: *****
 Placa: NQK4462
 Combustível: ALCO/GASOL
 Marca/Modelo: HONDA/NXR160 BROS
 ESDD
 Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET
 Ano de Fabricação: 2015
 Ano Modelo: 2015
 Categoria: PARTICULAR
 Cor Predominante: PRETA
 Vencimento Licenciamento: 30/04/2020
 Observação:
 Restrição: Comunicacao de Venda
 Financeira:
 Município: CAMPINA GRANDE
 Situação: EM CIRCULACAO
 Data da Consulta: 12/08/2020



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB

Nº 014957225334

41960150019

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRT 20190100102737-2

VIA

COD. RENAVAM

RNTRC

1

010394/167-3

00/00000000

NOME/ENDEREÇO

ANTONIO MARCELINO FERREIRA

RUA ANTONIO JOSE FERNANDES 35

S J DA MATA

58100000 CAMPINA GRANDE - PB

GPF/CNPJ

PLACA

40850730415

NOK4462/PB

NOME ANTERIOR

MARIA MARIZETE ARAUJO SOUSA

PLACA ANT/UF

CHASSI

NOVO

PB

9CZKD0810ER416298

ESPECIE TIPO

COMBUSTIVEL

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

ALCO/GASOL

MARCA/MODELO

ANO FAB

ANO MOD

HONDA/NXR160 BROS ESDD

2015

2015

CAP/POT/CIL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

2 P/162 /C1

PARTIC.

PRETA

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMINIO

DOCUMENTO VALIDO SOMENTE PARA TRANSFERENCIA

GUARDE EM LOCAL SEGURO

N. MOTOR : KD08E1F416298

LOCAL

DATA

CAMPINA GRANDE - PB

20/11/201



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **036.224.694-71** 4 - Nome completo da vítima: **NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS**

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

5 - Nome completo: **NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS** 6 - CPF: **036.224.694-71**
7 - Profissão: **MOTORISTA** 8 - Endereço: **RUA AMELIA RIBEIRO** 9 - Número: **52** 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: **TRES IRMAS** 12 - Cidade: **RUA AMELIA RIBEIRO** 13 - Estado: **52** 14 - CEP: **58424-136**
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): **(83) 98805-6654**

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **2221** CONTA: **44360** 2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a 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, 29/09/2020**

Nerivaldo Rodrigues de Souza Dantas
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

/002/2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200290656 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA **Data do acidente:** 25/03/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
DANTAS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200290656 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA **Data do acidente:** 25/03/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
DANTAS

PARECER

Diagnóstico: Fratura da Tíbia Direita.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 20°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração anormal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa e parafusos. Apresenta edema residual no tornozelo direito, limitação de mobilidade articular e déficit de força motora o referido tornozelo.

Sequelas permanentes: Redução funcional grave do tornozelo direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/12/2020

Conduta mantida: Não

Observações: Indenização em grau intenso do tornozelo D devido ao edema, déficit de força e limitação articular. Vítima já indenizada em 25% de 70%, portanto PI complementar.

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 tornozelo	25 %	Complemento por reanálise - 5 %	1,25%	R\$ 168,75
Total			1,25 %	R\$ 168,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200290656 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA **Data do acidente:** 25/03/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
DANTAS

PARECER

Diagnóstico: Fratura da Tíbia Direita.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 20°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração anormal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa e parafusos. Apresenta edema residual no tornozelo direito, limitação de mobilidade articular e déficit de força motora o referido tornozelo.

Sequelas permanentes: Redução funcional grave do tornozelo direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/12/2020

Conduta mantida: Não

Observações: Indenização em grau intenso do tornozelo D devido ao edema, déficit de força e limitação articular. Vítima já indenizada em 25% de 70%, portanto PI complementar.

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 tornozelo	25 %	Complemento por reanálise - 5 %	1,25%	R\$ 168,75
Total			1,25 %	R\$ 168,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200290656 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA **Data do acidente:** 25/03/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
DANTAS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Não

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

**Documentos
complementares:**

Observações: @1 - PAGAMENTO COMPLEMENTAR CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DATA: 30/11/2020 DR. ANUAR MURAD FILHO CRM-PB 8742

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200290656 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA **Data do acidente:** 25/03/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
DANTAS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P8

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200290656 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA **Data do acidente:** 25/03/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
DANTAS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P8

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0227961/20

Número do Sinistro: 3200290656

Vítima: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DAN

CPF: 036.224.694-71

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: NERIVALDO RODRIGUES
DE SOUZA DANTAS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/08/2020
Nome: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS
CPF: 036.224.694-71

NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/08/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0227961/20

Número do Sinistro: 3200290656

Vítima: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DAN

CPF: 036.224.694-71

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: NERIVALDO RODRIGUES
DE SOUZA DANTAS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/11/2020
Nome: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS
CPF: 036.224.694-71

NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/11/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

