
Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200286294

Vítima: VALDENIO CARMO SILVA

Data do Acidente: 09/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALDENIO CARMO SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200333733

Vítima: VALDENIO CARMO SILVA

Data do Acidente: 09/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALDENIO CARMO SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200333733

Vítima: VALDENIO CARMO SILVA

Data do Acidente: 09/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VALDENIO CARMO SILVA

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.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.

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

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200333733

Vítima: VALDENIO CARMO SILVA

Data do Acidente: 09/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VALDENIO CARMO SILVA

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

Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200333733

Vítima: VALDENIO CARMO SILVA

Data do Acidente: 09/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VALDENIO CARMO SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.282,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%	
Graduação: Em grau residual 10%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%	
Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 =	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%	
Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =	R\$ 337,50

Recebedor: **VALDENIO CARMO SILVA**

Valor: **R\$ 1.282,50**

Banco: **237**

Agência: **000005777-0**

Conta: **000001000464-0**

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,



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200333733

Cidade: Itabaiana

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: VALDENIO CARMO SILVA

Data do acidente: 09/06/2020

Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO CORPO DE 5º METACARPO DIREITO. P3
FRATURA DE HÁLUX DIREITO. P2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE NA MÃO, DEMAIS CONSERVADOR. P4
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DA MÃO DIREITA E NO 1º DEDO DO PÉ 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 RESIDUAL DA MÃO DIREITA E LEVE NO 1º DEDO DO PÉ 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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			9,5 %	R\$ 1.282,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF de vítima: 4 - Nome completo da vítima:
853246554-49 85324655449 Waldemir Carmo Silva

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
Waldemir Carmo Silva 85324655449
Agricultor Sítio Perombequinho
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):
Zona Rural Itabaiana RJ 58360000
cinthia_gibo@hotmail.com (83) 988812056

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

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

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 5777 CONTA: 1000464 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 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 não submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito. Lei nº 134/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

João Pereira, 22 de junho de 2021
Waldemir Carmo Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 043595.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 043595.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Janaina Silva de Andrade, matrícula 1819666 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 09:35 min do dia 08/07/2020, na Delegacia Online, **VALDENIO CARMO SILVA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão AGRICULTOR, natural de Itabaiana, nascido(a) em 09/12/1970, idade 49, estado civil Solteiro (a), de cor Parda, filho(a) de SEVERINA CARMO SILVA e LUIZ CARMO SILVA, CPF 853.246.554-49, residente e domiciliado(a) no(a) SÍTIO PERNAMBUQUINHO, nº 0, bairro ZONA RURAL, na cidade de Itabaiana/PB, CEP: 58360000, telefone(s) 83987996228, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 09/06/2020 17:30h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: PB 408- PERPENDICULAR A RUA OSVALDO SILVA, CENTRO, Mogeiro/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Declara que estava indo sentido a Mogeiro, quando um rapaz na moto que não conseguiu identificar, ao fazer uma curva a esquerda acabou atropelando, sendo socorrido pelo SAMU para o Hospital Regional de Itabaiana e em seguida encaminhada ao Complexo Hospitalar de Mangabeira.

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

Waldenio Carmo Silva
VALDENIO CARMO SILVA

SIC007334A68D666BB29EE57566120C4F
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) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 05784.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 05784.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 20:53 horas do dia 20 de outubro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Valdenio Carmo Silva**, CPF nº 853.246.554-49, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Severina Carmo Silva e Luiz Carmo Silva, natural de Itabaiana/PB, nascido(a) em 09/12/1970 (49 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sitio Pernambuquinho, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Zona Rural, na cidade de Itabaiana/PB, telefone(s) para contato (83) 98799-6228.

Dados do(s) Fatos:


Local: Rodovia Pb 408, Perpendicular a Rua Osvaldo Silva, Mogeiro/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 09/06/20 17:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**


E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 09/06/2020, POR VOLTA DAS 17:30, CAMINHANDO PELA RODOVIA PB 408, SENTIDO A MOGEIRO, QUANDO O PILOTO DE UMA MOTOCICLETA ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADA AO FAZER UMA CURVA ATROPELOU ESTE NOTIFICANTE; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA/PB E EM SEGUIDA TRANSFERIDO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO, CONFORME LAUDO MÉDICO EM ANEXO.

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

João Pessoa/PB, 20 de outubro de 2020.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


VALDENIO CARMO SILVA
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF de vítima: 853246554-49 4 - Nome completo da vítima: Valdemir Carmo Silva

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

5 - Nome completo: Valdemir Carmo Silva 6 - CPF: 85324655449
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua Peromysqui n.º 9 - Número: 47 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Itabaiana 13 - Estado: MS 14 - CEP: 58360000
15 - E-mail: einthia_gibo@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (83) 988812056

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

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

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 5777 CONTA: 1000464 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 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 não submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito. Lei nº 134/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

João Pereira, 22 de junho de 2021
Valdemir Carmo Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



301134

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: VALAGNIO CARMO SILVA				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: 49	SEXO: M	CUR: _____	CLÍNICA	ENF	LEITO
DATA DE ADMISSÃO: 09/06/2020		DATA DE ALTA: 10/06/2020		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL: Fract 5º MTC (D)				CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Fract. 5º MTC (D)					
OUTROS DIAGNÓSTICOS: Fract. h. lev					
PRINCIPAIS EXAMES: Rx					
PROCEDIMENTO REALIZADO: Osteossíntese					
TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA: ATB + Analgésico					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/> ÓBITO

RESUMO CLÍNICO / HISTÓRIA EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA / COMPLICAÇÕES:

Vítima fratura 5º MTC (D) e h. lev

Submetido a osteossíntese 5º MTC + limpeza e sut. h. lev

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: **o enl**

REPOUSO: Relativo em casa por **30** dias
 Retorno as atividades sem esforço físico em **45** dias.
 Retorno as atividades com esforço físico leve em **60** dias e com esforço maior em **90** dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: **Cefalexim + AINE + Didi**

RETORNO Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
 Ao Ambulatório do **Dr. Tibério** em **30 dias** para revisão.

10/06/2020
 DATA

Dr. Flávio Vanomark
 CRM-PB 5489

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
 Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
 TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



301134

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: VALAGNIO CARMO SILVA				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: 49	SEXO: M	CUR: CLÍNICA	ENF:	LEITO	
DATA DE ADMISSÃO: 09/06/2020		DATA DE ALTA: 10/06/2020		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL: Fract 5º MTC (D)				CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Fract. 5º MTC (D)					
OUTROS DIAGNÓSTICOS: Fract. h. lux					
PRINCIPAIS EXAMES: Rx					
PROCEDIMENTO REALIZADO: Osteossíntese					
TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA: ATB + Analgésico					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/> ÓBITO

RESUMO CLÍNICO / HISTÓRIA EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA / COMPLICAÇÕES:

Vítima fratura 5º MTC (D) e h. lux

Submetido a osteossíntese 5º MTC + limpeza e sut. h. lux

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: **o enl**

REPOUSO: Relativo em casa por **30** dias
 Retorno as atividades sem esforço físico em **45** dias.
 Retorno as atividades com esforço físico leve em **60** dias e com esforço maior em **90** dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: **Cefalexim + AINE + Dipi**

RETORNO Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
 Ao Ambulatório do **Dr. Tibério** em **30 dias** para revisão.

10/06/2020
 DATA

Dr. Flávio Vanomark
 CRM-PB 5489

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
 Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
 TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 322017 Atd: Nao Regulado
Data: 09/06/2020
Hora: 01:17:00
Recepcionista: THAIS DE ALMEIDA FERNAN
Clinica: ORTOPEdia


DADOS DO PACIENTE
Nome: VALDENIO CARMO SILVA
Nome Social: NAO INFORMADO CPF:
CNS: 708206631813849 Sexo: M IDENTIDADE: 1581383 Fone: 93758715
Natural: ITABAIANA/PB Data Nasc.: 09/12/1970 Id: 49 ano(s)
End.: RUA PROJETADA, 0
Bairro: SITIO PERNAMBUQUINHO Cidade: ITABAIANA UF: PB
Mae: SEVERINA CARMO SILVA Pai: LUIZ CARMO SILVA
Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Ocupação: PEDREIRO SEM ESPECIFICACAO Escolaridade: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: VALDENIO CARMO SILVA
Tel. Doc. Responsavel: 93758715 / IDENTIDADE: 1581383
Procedencia: HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO
Vitima de acidente por: MOTO
Vitima de violencia por: NAO
Caso Policial

CONSULTA
Tipo de Classificacão de Risco:
PA: FR: [] Aparentemente Bem [] Grave
FC: TP: [] Politraumatizado [] Convulsao
Peso: Altura: [] Hemorragia [] Dispineia
Glicemia: IMC: [] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd: O2%: [] Regular [] Chocado
[] Vomito
Queixa Principal Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)
*Paciente com dor e edema em mao D e dor, ede-
me e hematoma cont. cont. em pé D (holter) sendo
trauma com moto e bicicleta.*

Diagnostico *Fratura da 5ª MTC* | Conduta *tratamento cirurgico de
fratura exposta.*
Fratura exposta do *- Internacao hospitalar.*

Prescricao *milux* | Horario da medicacao




FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 09/06/2020

Nome: Valdemir C. Silva
 Prontuário: _____ Idade: 49 Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento / /

PD: _____

HDA: Dor edema e formigão nas pernas
na região da mão direita da anca
na mão esquerda.

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

General: Febre Astenia Anorexia Perda de Peso Kg em Prurido Sudorese
 Calafrios Alopecia Adenomegalias Icterícia Tonturas Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: Cefaléia Espirros Rinorréia Obstrução Nasal Epistaxe
 Dor de Garganta Bócio Rouquidão Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: Dor _____ Tosse Expectoração Hemoptise
 Dispnéia Palpitações Desmaio Cianose Edema _____ Outros: _____

ABD: Dor _____ Pirose Solução Regurgitação Hematêmese Náuseas
 Vômitos Dispepsia Diarréia Melena Enterorragia Constipação Aumento de volume

AGU: Disúria Incontinência Retenção Poliúria Oligúria Noctúria Hematúria
 Mal Cheiro Corrimento Outras: _____

SME: Dor _____ Rigidez pós-reposu Deformidades
 Artralgia Calor Rubor Edema Crepitação Fraqueza Atrofia Espasmos

SN e PSQ: Insônia Sonolência Convulsões Motricidade e Sensibilidade _____
 Amnésia Libido Humor



FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Ficha Nº		Data:	
Paciente: <i>Valdemar Gomes Silva</i>			
Origem:		Clínica:	
Solicitante:			

Motivos do Encaminhamento

Paciente sob de Wilson Buxicleto & Meets.
Apresentando fratura do corpo do 5º Metacarpo de
Mão D.

AO EX: EGB, exposto, consuetudinário.

Solicitado Avaliação do Ortopedista.

2011
17102
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA



08/10/80

Medicação administrada

Encaminhamento para:	
Serviço Social	



301434

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: VALAENIO CARMO SILVA						PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: 49	SEXO: - M	COR:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:		
DATA DE ADMISSÃO: 09/06/2020			DATA DE ALTA: 10/06/2020		TEMPO DE PERMANÊNCIA:		
DIAGNÓSTICO INICIAL: Fract 5º MTC (D)						CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Fract. 5º MTC (D)							
OUTROS DIAGNÓSTICOS: Fract. h. lux							
PRINCIPAIS EXAMES: Rx							
PROCEDIMENTO REALIZADO: Osteossíntese							
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA: ATB + Analgésico							
ANATOMIA PATOLÓGICA:							
INFECÇÃO P.O. <input type="checkbox"/> SIM		<input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO	
RESULTADO BACTERIOLÓGICO:							
CONDIÇÃO DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO		<input type="checkbox"/> A PEDIDO		<input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO	

REGIÃO CLÍNICA: HISTÓRIA E EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES:

Vítima fratura 5º MTC (D) e h. lux

Submetido a osteossíntese 5º MTC + limpeza e sut. h. lux

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Genl

REPOUSO: Relativo em casa por 30 dias
 Retorno as atividades sem esforço físico em 45 dias
 Retorno as atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 70 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Ceflexim + AINE + DDPi

RETORNO: Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
 Ao Ambulatório do Dr. Tiberio em 30 dias para revisão.

DATA: 10/06/2020

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
 Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

Dr. Flávio Vanomark
 Cirurgião de Mão
 CRM-PB 17802 5489

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DIP: 917




Valdenio Carmo Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODOS OS TERMOS ORÇAMENTAIS

REGISTRO FEDERAL 1.581.383 2ª VIA DATA DE EMISSÃO 25 JAN 2006

NOME VALDENIO CARMO SILVA

ENDEREÇO LUIZ CARMO SILVA 853246554
SEVERINA CARMO SILVA

CIDADE ITABAIANA - PB DATA 09/12/1970

CERT. DE NASC. Nº 41.769 FLS. 148 LIV A-95 CART. DE ITABAIANA PB

CPF 853.246.554-49

ASSINATURA DO TITULAR

CPF Nº 198 DE 200602

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0263011/20

Número do Sinistro: 3200333733

Vítima: VALDENIO CARMO SILVA

CPF: 853.246.554-49

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 09/06/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VALDENIO CARMO SILVA

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: 12/11/2020
Nome: VALDENIO CARMO SILVA
CPF: 853.246.554-49

VALDENIO CARMO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA