



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE MACEIO/AL

Processo n.º 07134714720198020001

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

DOS FATOS

A parte Autora alega em sua peça vestibular, que sofreu acidente de trânsito em **22/11/2015**, e em razão das lesões sofridas, realizou gastos com despesas médico-hospitalares, porém, deixa de apontar e/ou fazer provas das referidas despesas

Por tais razões, a Ré passará a demonstrar que a pretensão da autora está fadada a mais absoluta improcedência.

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE NEXO DE CAUSALIDADE

ENTRE O SINISTRO NOTICIADO E AS SUPOSTAS DESPESAS COM MEDICAMENTOS

Imperioso ressaltar que restou-se fragilizada comprovação do nexo de causalidade entre as despesas médicas supostamente realizadas e o sinistro noticiado, visto que as respectivas notas fiscais de medicamentos estão desacompanhadas de receituário médico, não havendo como afirmar que os procedimentos supostamente realizados têm indicação médica para o tipo de lesão acometida pela vítima.

Desta forma, não há razoabilidade no pagamento de despesas de procedimentos não prescritos ou que ultrapassaram o foi determinado pelo médico, além de compra de medicamentos que excedem o que foi prescrito como adequado ao tratamento pelo profissional.

Com efeito, a alínea "b", art. 5º, da lei n.º 6.194/74, nesta parte não alterada pela lei n.º 8.441/92, exige a **prova** das despesas efetuadas para que haja indenização no caso de danos pessoais, conforme a seguir:

**“b) Prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, 56
ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial
competente – no caso de danos pessoais”**

É notório que os documentos acostados aos autos não demonstram os gastos alegados pelo mesmo e acolhidos como verdadeiros pelo Nobre Magistrado.

Fisioterapia – R\$ 1.895,00 (Pacote)

Gesso – R\$ 300,00

Medicação -R\$ 200

CURATIVO– R\$ 200,00

Rx Joelho –R\$ 50,00

Rx Pernas – R\$ 100,00

RX Tornozelo – R\$ 50,00

RX Cervical – R\$ 50,00

Rx Dorsal – R\$ 50,00

Rx Lombar – R\$ 50,00

Rx Torax - R\$ 50,00

TOTAL GERAL - R\$ 2.995,00

CONFORME PODEMOS OBSERVAR NOS AUTOS NÃO HÁ RECEITUÁRIO MÉDICO INDICANDO FISIOTERAPIA, E QUAIS OS MEDICAMENTOS FORAM RECEITADOS PARA PODER SER REALIZADO O PAGAMENTO A AUTORA. O QUE HÁ NOS AUTOS É SOMENTE UMA LISTA SEM NOTAS FISCAIS E SEM RECEITUÁRIO MÉDICO COM INDICAÇÃO CLÍNICA.

Assim, analisando detidamente os documentos carreados aos autos, não se pode afirmar a existência do nexo causal entre o sinistro noticiado e as supostas despesas com medicamentos, face à ausência de prescrição médica específica e qualquer elemento razoável que permita o pagamento da indenização ora pleiteada.

Por inexistir comprovação do nexo de causalidade, requer que os pedidos sejam julgados improcedentes consubstanciados no artigo 487, I do CPC.

DO TETO INDENIZATÓRIO – DESPESAS MÉDICAS E SUPLEMENTARES – DAMS

Cumpra esclarecer que a Lei nº 6.194/74, regulamentadora do seguro obrigatório DPVAT, condiciona o pagamento da indenização securitária a comprovação das despesas médicas suplementares pelas vítimas de acidentes.

Como se observa da citada alínea "c" do art. 3º da Lei n. 6.194/74, a Lei prevê apenas o teto máximo para pagamento da indenização, mas não fixa valores a serem ressarcidos.

Regulamentando a matéria, fora editada a Medida Provisória 340/06 com posterior conversão na Lei 11.482/07, a qual estabeleceu o valor do teto indenizatório para DAMS até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais).

Desta forma, interpretando segundo regra comezinha de hermenêutica onde aduz que “A lei não contém frase ou palavra inútil, supérflua ou sem efeito” conclui-se que a expressão “até” delimita o valor da indenização neste teto, não havendo possibilidade de estendê-lo.

DA UTILIZAÇÃO DA TABELA REFERENCIAL

Outro aspecto não menos importante, o artigo 7, § 2º, da referida Lei determina que o CNSP "estabelecerá normas para atender ao pagamento das indenizações previstas neste artigo, bem como a forma de sua distribuição pelas seguradoras participantes do Consórcio".

Em sentido mais amplo, o artigo 12 da mesma Lei prevê que "o Conselho Nacional de Seguros Privados expedirá normas disciplinadoras e tarifas que atendam ao disposto nesta lei".

Resta clara, portanto, a intenção do legislador em dar competência ao CNSP para regulamentar as formas de pagamentos das indenizações cobertas pelo seguro obrigatório constituído. De outro lado, não há conflito entre a Resolução questionada e a Lei n. 6.194/74, que apenas efetua o tabelamento dos preços dos serviços prestados como referência para as indenizações.

Assim, a utilização da tabela referencial de procedimentos e custos médico-hospitalares, divulgada pelo Convênio DPVAT, não foi estipulada pelas Seguradoras como um "limite de cobertura" inferior ao estabelecido através de Resoluções expedidas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP, conforme comumente é propalado.

A aludida tabela representa tão somente uma parametrização das despesas a que estão sujeitas as vítimas de acidentes, efetuada com vistas à uniformização dos custos médico-hospitalares e ao atendimento dos critérios de razoabilidade e proporcionalidade que devem nortear a aferição e cálculo do valor da indenização.

Ressalte-se que no âmbito de seguro de saúde privado, a utilização das tabelas de preços para os serviços é comum a averbação de valores que excedam os do mercado, evitando-se o superfaturamento dos serviços.

Seguindo tais lineamentos, não se vislumbra motivação para deixar de observar as normas disciplinadoras expedidas pelo citado Órgão para o pagamento buscado na presente ação de cobrança.

Sendo assim, considerando a ausência de documentos nos autos que justifiquem o pagamento da complementação do reembolso efetuado administrativamente, requer a improcedência do pedido, fundamentado no artigo 487, I do NCPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, requer a Ré a improcedência da ação, **tendo amplamente demonstrado o total descabimento da presente demanda**, nos exatos termos do artigo 487, inciso I, do CPC.

Por fim, merecem os juros moratórios serem calculados a partir da citação válida, a correção monetária a partir do ajuizamento da demanda.

Protesta, ainda, por todo o gênero de **provas** admitido em direito, especialmente documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da parte autora para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e as despesas realizadas em razão do acidente;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se tem ciência de algum pagamento administrativo referente ao sinistro em tela;

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **NADJA ALVES WANDERLEY DE MELO**, inscrito sob o nº5624/AL, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

MACEIO, 29 de novembro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/AL 3564A

NADJA ALVES WANDERLEY DE MELO
5624 - OAB/AL

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/AL 3564A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa da advogada **NADJA ALVES WANDERLEY DE MELO**, inscrita na OAB/AL sob o nº 5624 com escritório na RUA LADEIRA EUSTAQUIO GOMES MELO (LADEIRA DA CATEDRAL), N 67 SL. 101 CENTRO MACEI/AL- CEP: 27.051-300, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A** e **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **MACEIO**, nos autos do Processo nº 07134714720198020001.

Rio de Janeiro, 29 de novembro de 2021.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/AL 3564A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

1234

¹“ACORDAM os integrantes da Egrégia 2ª Turma Recursal Mista da Comarca da Capital conhecer do recurso por ser tempestivo e, à unanimidade de votos, dar-lhe provimento, nos termos do fundamentado voto oral da Relatora a seguir transcrito. [...]. **Um tratamento fisioterapêutico, complementar que é, deve ser prescrito, indicado por médico, e não há essa indicação nos autos, especialmente para se ter a certeza que a terapia realmente enfrentou problema decorrente do acidente. Os próprios recibos são extremamente lacônicos porque não dizem nem mesmo a área ou membro tratado, apenas que o serviço foi prestado referente a um acidente automobilístico ocorrido em abril de 2011. Não há certeza sequer quanto à sequência do acidente, pois os documentos que trazem essa informação são todos resultados de declaração do próprio autor. Caso identificada a lesão de extrema dúvida, ainda restaria saber se realmente foi ela a tratada pelos serviços de fisioterapia pagos pelo autor, pois os recibos não identificam. Apenas dizem que houve pagamento de serviço de fisioterapia relativa ao acidente. Nada obsta que o autor se apresente a um profissional, apresente lesão e diga que foi**

consequência de um acidente, transferindo o respectivo profissional essa informação para o recibo. Por fim, ponto crucial é a falta de comprovação de indicação médica para a submissão do promovente à terapia em questão. Realmente assiste razão ao recorrente, não há nenhuma prova de nexo de causalidade entre a despesa e o acidente informados. Isto posto, voto pelo provimento do RI e reforma da sentença para que o pedido seja julgado improcedente...” (TJPB, 2ª Turma Recursal Mista da Comarca da Capital, Recurso Inominado: 3003837-44.2014.815.2001 – 1º Juizado Especial Cível da Capital – Recorrente: BRADESCO COMPANHIA DE SEGUROS)

²“AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO DE RESPONSABILIDADE CIVIL - DPVAT. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS (DAMS). AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DO NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE O SINISTRO E DE PARTE DAS DESPESAS APRESENTADAS. Referiu o autor ter suportado despesas médicas superiores a R\$ 2.700,00 em decorrência de acidente de trânsito, ocorrido em 19-08-2012, razão pela qual pretende o reembolso a título de DPVAT-DAMS. O recorrente postulou o acréscimo de valores à indenização conferida aos gastos com a realização de terapia psicológica. **Ausente o nexo de causalidade entre o sinistro e a despesa com o tratamento psicológico a que o autor foi submetido, pela ausência de prescrição específica nos autos, decorrentes exclusivamente do acidente, não há fundamento para a procedência do pedido feito pelo autor a este título.”** SENTENÇA MANTIDA. RECURSO IMPROVIDO. (Recurso Cível Nº 71004895686, Segunda Turma Recursal Cível, Turmas Recursais, Relator: Vivian Cristina Angonese Spengler, Julgado em 13/08/2014)

³“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁴ art.

1º

(...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANÇA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.024,65

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03179-8

CONTA: 000010050583-X

Nr. da Autenticação 79F8D8918844F5B3

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANÇA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 275,56

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03179-8

CONTA: 000010050583-X

Nr. da Autenticação 38FE4B9CF3C7E3C6

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANÇA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 169,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03179-8

CONTA: 000010050583-X

Nr. da Autenticação 21B43CBE5E22ED72

PARECER DE DAMS

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180289349

Data do acidente: 22/11/2015

Vítima: TEREZINHA DO NASCIMENTO
FERREIRA

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Maceió

UF: AL

Análise: Primeira Análise

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data: 09/07/2018 10:17:23

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: OUTR TRAUM ENVOLV REGIOES MULT DO CORPO NCOP OUTR TRAUM
ESPEC ENVOLV REGIOES MULT CORPO -

Internação: Não

Tratamento: CONSERVADOR CLINICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Materiais			2995,00	0,00
Farmácias			275,56	275,56
Total da Análise Atual			3270,56	275,56

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações: PLEITEADO E AVALIADO CONFORME DOCUMENTAÇÃO FÍSICA DO PROCESSO. NOTA FISCAL Nº 531 NÃO FOI AVALIADA, VISTO QUE, FALTA DISCRIMINATIVO ESPECIFICANDO OS VALORES E QUANTIDADES DE CADA DESPESA REALIZADA

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	3270,56	275,56	275,56
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	3270,56	275,56	275,56

TOTAL PLEITEADO: 3270,56

TOTAL AVALIADO: 275,56

TOTAL PAGO + À PAGAR: 275,56

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

PARECER DE DAMS

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180289349 **Data do acidente:** 22/11/2015
Vítima: TEREZINHA DO NASCIMENTO **Atendimento:** HOSPITAL
Ferreira
Cidade: Maceió **UF:** AL **Análise:** Complemento
Seguradora: MAPFRE VIDA S/A **Data:** 03/04/2019 15:03:59

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: OUTR TRAUM ENVOLV REGIOES MULT DO CORPO NCOP OUTR TRAUM **Internação:** Não
ESPEC ENVOLV REGIOES MULT CORPO -

Tratamento: CONSERVADOR CLINICO **Tratamento Odontológico:** Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	26.15.011-7	RECUPERAÇÃO FUNCIONAL PÓS-OPERATÓRIA OU PÓS-IMOBILIZAÇÃO DE PATOLOGIAS OSTEOMIOARTICULARES INCLUI...	400,00	169,50
Total da Análise Atual			400,00	169,50

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações: DECLARAÇÃO ENVIADA NO VALOR DE R\$ 2.995,00 JA FOI PLEITEADA E AVALIADA NA ANALISE ANTERIOR.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA Relacionamento: Vítima	3670,56	1300,21	1300,21	400,00	169,50	169,50
Total da Análise Atual	3670,56	1300,21	1300,21	400,00	169,50	169,50

TOTAL PLEITEADO: 4070,56 **TOTAL AVALIADO:** 1469,71 **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 1469,71

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

PARECER DE DAMS

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180289349

Data do acidente: 22/11/2015

Vítima: TEREZINHA DO NASCIMENTO
FERREIRA

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Maceió

UF: AL

Análise: Renálise e complemento

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data: 17/10/2018 14:38:21

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: OUTR TRAUM ENVOLV REGIOES MULT DO CORPO NCOP OUTR TRAUM
ESPEC ENVOLV REGIOES MULT CORPO -

Internação: Não

Tratamento: CONSERVADOR CLINICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	26.15.011-7	RECUPERAÇÃO FUNCIONAL PÓS-OPERATÓRIA OU PÓS-IMOBILIZAÇÃO DE PATOLOGIAS OSTEOMIOARTICULARES INCLUI...	400,00	169,50
Honorários Médicos	26.15.011-7	RECUPERAÇÃO FUNCIONAL PÓS-OPERATÓRIA OU PÓS-IMOBILIZAÇÃO DE PATOLOGIAS OSTEOMIOARTICULARES INCLUI...	1895,00	339,00
Hospital (Taxas/Diárias)	0010	CURATIVO MÉDIO	200,00	9,60
Exames	33.14.006-7	JOELHO: A.P. – LATERAL	50,00	23,02
Exames	33.14.008-3	PERNA	100,00	50,22
Exames	33.14.009-1	ARTICULAÇÃO TÍBIO-TÁRSICA	50,00	21,77
Exames	33.12.002-3	COLUNA CERVICAL: A.P. – LAT - T.O. - OBLÍQUAS	50,00	29,89
Exames	33.12.004-0	COLUNA DORSAL: A.P. – LATERAL	50,00	29,09
Exames	33.12.006-6	COLUNA LOMBO-SACRA	50,00	30,65
Exames	33.15.003-8	TÓRAX: P.A.	50,00	21,91
Materiais			300,00	300,00

PARECER DE DAMS

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Medicamentos			200,00	0,00
Farmácias			275,56	275,56
Total da Análise Atual			3670,56	1300,21

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações:

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA Relacionamento: Vítima	3270,56	275,56	275,56	3670,56	1300,21	1024,65
Total da Análise Atual	3270,56	275,56	275,56	3670,56	1300,21	1024,65

TOTAL PLEITEADO: 6941,12 **TOTAL AVALIADO:** 1575,77 **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 1300,21

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA



Rio de Janeiro, 28 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

Nº Sinistro: 3180289349

Vitima: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

Data do Acidente: 22/11/2015

Cobertura: DAMS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180289349**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de DAMS é de **ATÉ R\$ 2.700,00** e que suas despesas serão analisadas considerando os valores de mercado, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de reembolso é de até **30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13019900





Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2018

Carta nº: 13101738

A/C: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

Nº Sinistro: 3180289349
Vitima: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA
Data do Acidente: 22/11/2015
Cobertura: DAMS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

Valor: R\$ 275,56

Banco: 001

Agência: 000003179-8

Conta: 000010050583-X

Tipo: CONTA POUPANÇA

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2018

Carta nº: 13518396

A/C: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

Nº Sinistro: 3180289349
Vitima: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA
Data do Acidente: 22/11/2015
Cobertura: DAMS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

Valor: R\$ 1.024,65

Banco: 001

Agência: 000003179-8

Conta: 000010050583-X

Tipo: CONTA POUPANÇA

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180289349

Vítima: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

Data do Acidente: 22/11/2015

Cobertura: DAMS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

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

Recebedor: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

Valor: R\$ 169,50

Banco: 001

Agência: 000003179-8

Conta: 000010050583-X

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência

Eu, TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA,RG nº 245.458, data de expedição 17/09/94 Órgão SSP/AL

CPF nº 382.972.744-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

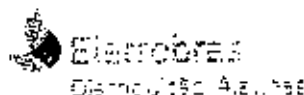
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	CONJUNTO MEDEIROS NETO I
Número	
Apto / Complemento	BLOCO 3E - APTº 403
Bairro	SANTA AMELIA
Cidade	MACEIÓ
Estado	AL
CEP	57.063.640
Telefone de Contato	987141588
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: MACEIÓ, 12/06/2018

Assinatura do Declarante:

Cargo :
Coletor: 0352



Para contato com o
Prestador, informe
este número

0117408-8

Nº de Nota Fiscal: 005345785

MAIO/2018 14/06/2018 133 108,71

FRANKLIN RONSARD F COSTA
CJ MEDEIROS NETO I S/N BL 3E APT 103 SANTA AMELIA

57.063-640 - MACETÓ ROT: 001.44.001.001690

Consumo	7365	15/05/2018
Consumo	7232	13/04/2018
Consumo	1,000	14/06/2018
Consumo	133	14/05/2018
Consumo	133	15/05/2018
Consumo	FCAM	

Forma de Pagamento: NORMAL Data de Vencimento: 32

RESIDENCIAL MONO EZ175856 S 1 01922 1.1.1.1 138

CONSUMO 133 kWh a R\$ 0,682629 = 90,78
CONTRIB. DE ILUMINACAO PUBLICA(COSIP) 17,93
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,61

ABR/18	1363
MAR/18	136
FEV/18	150
JAN/18	117
DEZ/17	143
NOV/17	124
OUT/17	134
SET/17	113
AGO/17	127
JUL/17	154
JUN/17	151
MAI/17	153

Declaramos quitados debitos desta UC no ano de 2017 (Lei 12007/09).

EM 30/05 O SINAL ANALOGICO DE TV SERA DESLIGADO. SAIBA SE TEM DIR
EITO AO KIT GRATUITO. LIGUE 147 OU ACESSO O SITE WWW.SEJADIGITAL.
COM.BR
LIGUE 0800 082 0196 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 3 8 13 18 23 28

REFERENCIAL FISCAL 9908.FB39.6886.6818.ASAE.9333.3023.A885

Consumo	69,27	Valor do Consumo	90,78
Energia	0,00	Adicional Cosip	17,00%
Impostos	0,00	Valor de Impostos	15,43
Energia	0,00	Valor de Energia	1,19%
Impostos	21,51	Valor de Impostos	5,51%

Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
5,31	10,62	21,25	3,42	6,85	13,70	3,03	
0,00			0,00			0,00	
TOTAL TABULEIRO DOS				14/03/2018 36,28			

Comproventes de despesas médicas



SAMPAIO DE MELO COMERCIO LTDA
AV MOREIRA LIMA, Nº 172 - CENTRO
RACELO / AL

CNPJ: 12.302.253/0005-22

IE: 240761898

02/03/2016 14:59:48 CCF: 124060 COO: 183396

CUPOM FISCAL

ITEM: 00160 DESCRICAO: 010 UN: VL: UNIT (R\$) ST: VL: ITEM (R\$)

001 7896206404291 VIMODO: 500/20MG 20COMP

TUN: 29,90 F1 29,90

desconto -2,39 27,51

TOTAL R\$ 27,51

Dinheiro 50,00

TROCO R\$ 22,49

MD-5: 3C838A5ECD61204F22858D063A8D5825 PV00002102

20

VOCE ECONOMIZOU R\$ 2,39 Atendido por : Operador

Vendedor : 1305

3FRCCKLY B512GGST LRS58DD 27H93EJ3 84T2BAFUBCTO

BENATECH MF-4000 TH F1 ECF-IF

VERSAO: 01.00.02 ECF: 007 LJ: 0005

000000000YFQUWYVGY 02/03/2016 15:00:07

FAB: BF091310100011263110

ER

EMPREENDIMENTOS PAGUE MENOS S/A
 AV. MOREIRA LIMA, 263-CENTRO-MACETIGAL
 FARRACIAS PAGUE MENOS
 CNPJ: 06.528.253/0182-80
 IE: 241.00697-0
 IN: 900475374
 30/03/2016 14:12:03 CCF:004768 COD:007165

CUPOM FISCAL

ITEM	QTD	UN.	VL UNIT(R\$)	ST	VL ITEM(R\$)
1	7696261003996	FLORAC 70MG	CAPS/10		
De:	19,68	Por:	15,33		
	1 CX x 19,68			F1	19,68
desconto item					-4,35
TOTAL R\$					15,33
DINHEIRO					50,33
PROCO R\$					35,00

NO-S: 3E3D19FC31965628C826547C88A9888F
 CLIENTE: 1.8398.884-88

VOCE ECONOMIZOU: R\$ 4,35
 CNPJ/CPF consumidor:
 RDE: CPF/CNPJ HAD INFORMADO

ATENÇÃO: Este documento é uma cópia digitalizada e não possui validade jurídica.
 Para conferir o original, acesse o site <https://www2.tjaj.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0713471-47.2019.8.02.0001 e código 54EEF0DF.

SWEA IF ST200
 ECF-IF VERSÃO: 01.00.05 ECF: D14 L3: 0182
 OPR: 63516 VEN: 72269
 CPB: 4728 30/03/2016 14:12:40
 FRB: SMO31100000000023623

RECEITA DE VENDA DE MEDICAMENTO PRESCRITO POR MEDICO E VENDA DE MEDICAMENTO PRESCRITO POR MEDICO

0283-CENTRO MADEIRO | CNPJ: 02476399000530 | FONE/FAX: 82-33021114/82-33021114
END: RUA 02 DE DEZEMBRO, 90 B - CENTRO | CEP: 472
MUNICÍPIO: AL - CEP: 57020120 | FARM. RESP: KARINE MARIA FERRO GOMES

DATA ENT: 28/04/16 HORA ENT: 09:48:48 : RETIRADA: 28/04/16 AS 15:00
CL.: RECEITA DO NASCIMENTO FARMACIA CNPJ/CNP: TEL: 93131602
MED.: ROSSIAVO FONTES DE MIRANDA CNPJ: AL-3657 VEND: 0283-7389-

NO DO DOCUMENTO: 00000000000000000000		NO DO DOCUMENTO FISCAL 00000000000000000000	
COMPONENTE	DOSE	COMPONENTE	DOSE
TENDICAN	20 MG	PARITETINA	40 MG
FRENTISOMA	10 MG	PARITETINA	400 MG

PAGOS

QT. FORTES: 1 SUB-TOTAL: 139, DESCONTADO: 15, TOTAL LIG: 139,50
QUANTIDADE: 30 CAPS G OBSERVADA NA FARMACIA A PARTIR DAS 14HS



RECEITA DE VENDA DE MEDICAMENTO PRESCRITO POR MEDICO E VENDA DE MEDICAMENTO PRESCRITO POR MEDICO
RECEITA FARMACIA QUINQUE RECEITARIO MEDICO. | R3: | DATA: / /
RECEITA A INFORMACAO QUE A FARMACIA ESTA COM A DOSE. | R3: | DEVIDO TONAR CAPSULAS EM
VEZ DE LIMA, | R3: | DATA: / / VENDEDOR: |

NA RETIRADA DO SEU MEDICAMENTO TRAGA ESTE DOCUMENTO * SEM VALOR FISCAL *
*** E VENDA A AUTENTICACAO DESTA DOCUMENTO ***

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

fls. 80

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome da Instituição: Núcleo de Ortopedia e Traumatologia - NOT

Endereço Completo e Telefone: Rua Publicitário

Ranildo Cavalcante, 267 Gruta de Lourdes CEP 57.052-782

Telefone: 82 3338-2878 / 3241-8984 / 3022-3890

Cidade: Maceió UF AL

1ª VIA: Farmácia

2ª VIA: Paciente



NÚCLEO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

60

Paciente: Taizyus Nikerem

Endereço: _____

Prescrição: ① Omeprazol 20mg
② Clonazepam 0,5mg
③ Gabapentina 300mg
④ Xarope para dor 600mg

Nome do Médico
(Carimbo): Ortopedia e Traumatologia
CRM 3657 / EOT 7421

Data: 27/04/16

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: Terezinha do Nas
Cimento Ferreira

Ident: 245488 Órgão Emissor: SSP/AL

End: R. Jacaranda 420
ap 301 SLN Jacaranda

Cidade: Maceió UF AL

Telefone: 9343-1812

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data

1ª Via (branca) - Farmácia / 2ª Via (azul) - Paciente

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NADJA ALVES WANDERLEY DE ARAUJO e registrado em 30/11/2021 às 12:39, sob o número WMAC21702870146. Para conferir o original, acesse o site <https://www2.tj.al.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0713471-47, 2019, 8.02.0001 e código 54EF0DF.

	PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIO SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e			Nº NFS-e: 531	fls. 81 
				Competência: 11/2015	
	Código Verificação RPS	Número do RPS	NFS-e Substituída	Data e Hora de Emissão 27/11/2015 14:57:05	
				Cod Verificação NFS-e 065595760	

Dados do Prestador de Serviço

Razão Social/Nome: NOT NUCLEO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA LTDA - ME
 CNPJ/CPF: 08.275.191/0001-06 CCM: 900825944 Email:
 Endereço: RUA RANILDO CAVALCANTE, 267 - FAROL CEP: 57052-200 E/L16 Tel: 33271749
 Município: MACEIO UF: AL

Dados do Tomador de Serviço

Razão Social/Nome: IGALTRANS TRANSPORTES LTDA
 CNPJ/CPF: 01.492.001/0001-63 CCM: 900295937 Email: oscritabil@yahoo.com.br
 Endereço: BOSQUE DAS ACÁCIAS, 16 - CRUZ DAS ALMAS CEP: 57038-014 Tel: (82)98823-6570
 Município: MACEIO UF: AL

Código do Serviço / Atividade

4.03 / 8630502 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares

Discriminação dos Serviços

Referente ao tratamento médico da paciente TEREZINHA NASCIMENTO FERREIRA (Fisioterapia, Rx, Gesso, Curativos, Medicação) com o Médico Gustavo Pontes de Miranda Oliveira.

Valor Total (R\$): 2.995,00	Aliquota (%)	3,00
-----------------------------	--------------	------

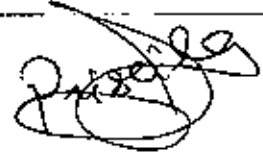
Detalhamento Específico da Construção Civil				
Código da Obra			Código ART	
Tributos Federais				
PIS (R\$)	COFINS (R\$)	IRPJ (R\$)	IRMEF (R\$)	CSLL (R\$)
Deduções / Descontos / Outras Retenções				
Valor das Deduções (R\$)	Descontos Incondicionados (R\$)	Descontos Condicionados (R\$)	Outras Retenções (R\$)	

Natureza Operação	1-Tributação no município	Retenções Federais (R\$)	0,00
ISSQN a Reter	() Sim (X) Não	Valor Líquido (R\$)	2.995,00
Opção Simples Nacional	() Sim (X) Não	Base de Cálculo (R\$)	2.995,00
Regime Especial Tributação	0-Nenhum	Valor do ISSQN (R\$)	89,85

Avisos

- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.
- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site: <http://maceio.ginfes.com.br> com a utilização do Código de Verificação.

CNPJ 08.275.191/0001-06
NÚCLEO DE ORTOPEdia
E TRAUMATOLOGIA LTDA
 Rua Publicitário Ranildo Cavalcante, Nº 267
 Bairro Gruta do Lourdes - CEP: 57051-465
 Maceio, Alagoas



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NADJA ALVES WANDERLEY DE MELO e *tjaljus.br*, protocolado em 30/11/2021 às 12:39, sob o número WMA-C21702870-146. Para conferir o original, acesse o site <https://www2.tjaljus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0713471-47.2019.8.02.0001 e código 54EE0DF.

COMERCIAL LINGUASTORE LTDA
PCA CENAL PASSO D'ARIZ-FARUL

MAÇE JH / AL

CNPJ: 05.230.004/0001-00

IE: 241.03246-2

IM: 04700652132

16/03/2016 15:12:28 CPF: 133526 --- CND: 382383

CLIENTE FISCAL

ITEM CODIGO DESCRICAO QTD VAL UNIT (R\$) VAL ITEM (R\$)

001 018 0205040201 1 VITRINHA SERRAJO F C/40 20CFR

100 X 20 X 40

100 X 20 X 40

inscricao -2,04

valor R\$

Danone 0

fratru 04

PROD: 018 0205040201 100 X 20 X 40

Check Company Ltda

DETERMINA FLA FISCAL-ENCIA

VAL: 2,04

VOCE A CENALIZAD:

PROD: 205040201

VENDIMUR: 018 0205040201

tributo: 0,28 x 26,15

Aplicativo: Check Company 15.0.10

PROD: 018 0205040201 100 X 20 X 40

PROD: 018 0205040201 100 X 20 X 40

BEINACH MP-2 100 X 10 X 10

VERSÃO: 01.01.01 ECF: 01.01.01

02/03/2016 15:13:30

Para conferir original, acesse o site: <https://www2.iaj.usp.br/assessoria/gestao/ConferenciaDocumento.do>, informe o processo 073471-47/2019.8.02.0001 e código 54EFD03

54EFD03

1. The first step is to identify the problem. In this case, the problem is that the company is not meeting its sales targets.

2019-2020

10-11-1971

413:411155

•

$$\frac{1}{\sqrt{2\pi}} \int_{-\infty}^{\infty} e^{-\frac{1}{2}x^2} dx = 1$$

11

10

25
26
27

三

•
•
•
•

[illegible]

15

8020

3

730 946 nm/mw 100 100 100 100

17-00000

2007/05/21

OK
Figueira

Terezinho N. Faria

Let

① Noto outubro

② N x b Boas! AD

Dr. Gustavo de Paes de Miranda Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-3657 TEOT-7421

24/11/2021

Núcleo de Ortopedia e Traumatologia

- R. Publicitário Raulino Cavalcante, 267 - CEP 57052-782 - Gruta - Macaló - Alagoas
Fones: 82.3338.2878 / 3241.8984 / 3022-3890 / 3022-8986 / 3022-8985
e-mail: notempresa.al@ig.com.br

[illegible]

COMERCIAL DRUGSTORE LTDA
PCA CENÁRIO 10.798-FRACUL
MADEIO / AL

CNPJ: 05.230.099/0007-06
TE: 241.03256-2
IN: 00100552182
16/03/2016 15:12:28 COT: 183526 CUD: 382383

CUPOM FISCAL
ITEM CULIADO DESCRITIVO DTD UN VL UNIT (R\$) SE VL ITEM (R\$)
DOT 01695266166297 VINDO 500MG + 20MG 20074 29,90 29,90
ML X 29,90 F1 27,21
desconto -2,69 27,21
TOTAL R\$ 27,21
Dimeido 100,21
Tributo R\$ 73,00
MDS: 7673371244,128151245124501241071

Check Causas 1,5,0,10
OBRIGADO PELA PREFERENCIA
VOLTE SEMPRE
VOCE ECONOMIZOU: 2,89
NDC: 2510506785
VENDEDORE: 6041 OPERADOR: 6007 LOMA: 26
Tela: 06: 7,28 (26,75X)
Aplicativo: Check Causas 1,5,0,10
MDS: 7673371244,128151245124501241071
SERVICO: 51788375 10171646 6346663 2160304JB-000
BEM-VINDO HP-2100 IN F1-ED-IF
VERSÃO: 01.01.01 ECF: 004 Lf: 0007
0000010001F11R010 16/03/2016 15:13:00
FAB: 180513756 10000167878

EX

[illegible]



terapeuta de A. Ferrer
N. Ferrer
p. / trat. de Rosalinda

Dr. Gustavo Rojas de Miranda, Univers
Ortopedia Traumatología
CRM 3657-3 TEOD-7424

Winters 05/07/16



Terapeuta L N Fournier

Rx Fisioterapia

10 trat L 600

M m em parte dir

10 dias

Dr. Gustavo Pereira de Miranda Oliveira
Ortopedia - Traumatologia
CRM 36573 TEOT-7421

10/08/2021



Terezinha do N. Feneva

Fisioterapia para tratamento de
lesão ligamentar do tornozelo
bilateral + Fratura de arcos costais
superiores.

40 sessões

Dr. Gustavo Mendes de Miranda Oliveira
Ortopedia - Traumatologia
CRMAL 30273 TESP 7421

16
03
2016

Núcleo de Ortopedia e Traumatologia

R. Publicitário Ranildo Cavalcante, 267 - CEP 57052-782 - Gruta de Lourdes - Maceió - Alagoas

Fones: 82.3023.5400 / 3023.8371 / 3023.8380

e-mail: notempresa.al@ig.com.br - faturamentonot@hotmail.com

Namar

Lisboa

Ceryno

CRM/AL 520

Angiologia - Cirurgia Vascular

Para
 Recebimento de Vencimento
 Faturação
 Vencimento

N/y r
 1) Vencimento
 Usar 1 comp. duas
 vezes ao dia

2) Vencimento
 Usar 1 comp. duas
 vezes ao dia

Dr. Namar Lisboa Ceryno
 Angiologia - Cir. Vascular
 CRM/AL - 520



fls. 90
**Fernando
Monteiro
de Carvalho**

REUMATOLOGIA - FISIATRIA

CRMIAL 1174

M. Dr. Teixeira de N. Feres.

h Vimoro ho m of fs.

f ol em to seg a fms 4

leite.

Z

h230216

Dr. Fernando Monteiro de Carvalho
Reumatologia Fisiatria
CRMIAL 1174



Comprovantes de despesas médicas



Tereza L. A. Feres

R. Fisioterapia

R. / trat de Condicionamento

1 sessão

Dr. Gustavo Pontes de Miranda Oliveira
Ortopedia - Traumatologia

CRM 38573 - REG-7421

24/04/18

Núcleo de Ortopedia e Traumatologia

R. Publicitário Ranildo Cavalcante, 267 - CEP 57052-782 - Gruta de Lourdes - Macelô - Alagoas

Fones: 32.3023.8400 / 3023.8371 / 3023.8380

e-mail: notempresa.al@ig.com.br - faturamentonot@hotmail.com

1 - ~~Officer~~ 25/04/18

2 - ~~Officer~~ 26/04/18

3 - ~~Officer~~ 07/05/18

4 - ~~Officer~~ 08/05/18

5 - ~~Officer~~ 10/05/18

6 - ~~Officer~~ 14/05/18

7 - ~~Officer~~ 16/05/18

8 - ~~Officer~~ 17/05/18

9 - ~~Officer~~ 21/05/18

10 - ~~Officer~~ 23/05/18



RECIBO

RECEBI DA PACIENTE TEREZINHA DO
NASCIMENTO FERREIRA A QUANTIA DE 400,00
REAIS REFERENTE A DE 10 SESSOES DE
FISIOTERAPIA MOTORA LESAO EM PERNAS
BILATERAL + CERVICOBRAQUIALGIA +
DORSOLOMBALGIA DADO INICIO DIA
25/04/2018 EM CONTINUIDADE DO
TRATAMENTO RECEFERENTE A ACIDENTE
AUTOMOBOLISTICO OCORRIDO EM 22/11/2015.

Luciana Leite
Fisioterapia
CREITO 4º 6887 - LTF
26/04/2018

Rua: Publicitário Ranildo Cavalcante, 267 – Gruta de Lourdes
CEP: 57052-782 – Maceió/AL – FONES: 3023-2877/3038-3618
Email: notempresa.al@ig.com.br



DECLARAÇÃO

Declaramos para os fins de comprovação de despesa para obtenção do seguro **DPVAT**, que o paciente **TEREZINHA NASCIMENTO FERREIRA**, brasileira, Divorciada, residente e domiciliada no **CONJUNTO MEDEIROS NETOS I BLOCO 3E APARTAMENTO 103**, bairro **SANTA AMELIA**, na cidade de Maceió, Estado de Alagoas, CEP nº 570632-640 portador de CPF/MF sob o nº 382.272.744-04, RG de nº 245458 SSP/AL que o mesmo fora submetido a tratamento médico nesta Clínica **NOT NÚCLEO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNP/MF nº 08.275.191/0001-06 com sede na Rua Publicitário Ranildo Cavalcante, 267 Gruta de Lourdes, Maceió, Alagoas CEP 57052-782, representada neste ato por seu sócio **GUSTAVO PONTES DE MIRANDA OLIVEIRA**, brasileiro, casado médico, inscrito no CRM/AL sob o nº 3657, portador do CPF nº 803.583.814-87 e RG 873565, residente e domiciliado na Rua ESTHER SILVEIRA COSTA, nº 96 bairro FAROL CEP- 57051-290, que o referido tratamento, importou no valor de R\$ 2.995,00 (Dois mil novecentos e noventa e cinco reais), correspondente a **NOTA FISCAL de nº 531**, emitida em 27/11/2015, tudo para que produza os efeitos legais e de direito, conforme descrição abaixo.

Fisioterapia – R\$ 1.895,00 (Pacote)

Gesso – R\$ 300,00

Medicação -R\$ 200

CURATIVO- R\$ 200,00

Rx Joelho –R\$ 50,00

Rx Pernas – R\$ 100,00

RX Tornozelo – R\$ 50,00

RX Cervical – R\$ 50,00

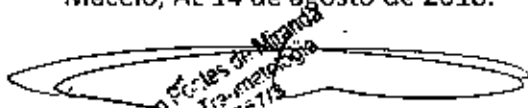
Rx Dorsal – R\$ 50,00

Rx Lombar – R\$ 50,00

Rx Torax - R\$ 50,00

TOTAL GERAL - R\$ 2.995,00

Maceió, AL 14 de agosto de 2018.


GUSTAVO PONTES DE MIRANDA OLIVEIRA
 Sócio Gerente

Núcleo de Ortopedia e Traumatologia

R. Publicitário Ranildo Cavalcante, 267 - CEP 57052-782 - Gruta de Lourdes - Maceió - Alagoas

Fones: 82.3023.8400 / 3023.8371 / 3023.8380

e-mail: notempresa.al@ig.com.br - faturamentonot@hotmail.com



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ SUPERINTENDÊNCIA
MUNICIPAL DE TRANSPORTES E TRÂNSITO DIRETORIA DE
OPERAÇÕES DE TRÂNSITO



BOLETIM DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (BOAT-SMTT-1,2) | FOLHA 1 | OCORRÊNCIA: 3534 /2015

1 - DADOS DO SOLICITANTE:

NOME: CARLOS ALBERTO DE OLIVEIRA SOUZA JUNIOR

CPF: 045.554.154-00 RG: 1588792 SSP/AL

TELEFONE: 9699-2107

2 - DADOS GERAIS:

DIA: 2 / 2 / MÊS: 1 / 1 / HORÁRIO: 1 / 2 / h / 0 / 0 / m

LOCAL: CRUZAMENTO DA RUA COMENDADOR CALAÇA COM A RUA
CORONEL PARANHOS, POÇO

REFERÊNCIA: PRÓXIMO A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA (HOSP. N. S.ª GUÁ)

TIPO DE COLISÃO: TRANSVERSAL CAUSA: IMPRUDÊNCIA ☒ FALHA MECÂNICA ☐ OUTRAS: ☐

SUB CAUSAS: DEIXAR DE DAR A PREFERÊNCIA ☐ NÃO RESPEITAR A DISTÂNCIA DE SEGURANÇA ☐

FALTA DE ATENÇÃO ☐ NÃO RESPEITAR A SINALIZAÇÃO ☐

COND. VISIBILIDADE: ENSOLARADO ☒ NEBLINA ☐ CHUVA ☐ VIA ILUMINADA: SIM ☐ NÃO ☐

PAVIMENTO: ASFALTO ☒ PARALELEPÍEDO ☐ TERRA ☐ OUTROS: ☐

DEFEITO DA VIA: BURACO ☐ DEPRESSÃO ☐ ONDULAÇÃO ☐ NENHUM ☒ OUTROS: ☐

SINALIZAÇÃO: NENHUMA ☐ PARE ☐ DE A PREFERÊNCIA ☐ FAIXA DE PEDESTRE ☐ OUTRAS: ☐

SEMAFÓRO: SIM ☒ NÃO ☐ CONDIÇÃO: NORMAL ☒ INTERMITENTE ☐ APAGADO ☐

NARRATIVA: CONFORME APERIGUANDO NO LOCAL DO ACIDENTE, V-1 TRANSITAVA
PELA RUA CORONEL PARANHOS, SENDO NO SENTIDO DO CRUZAMENTO COM
A RUA COMENDADOR CALAÇA. POR SUA VEZ, V-2 TRANSITAVA PELA RUA COMEN-
DADOR CALAÇA, SENDO NO SENTIDO DA RUA BARTO DE ATALAYA. NO
CRUZAMENTO ENTRE A RUA COMENDADOR CALAÇA E A RUA CORONEL PARANHOS,
V-2 FOI COLIDIDO TRANSVERSALMENTE POR V-1 ARREMESSANDO V-2 CONTRA
MURO LATERAL À VIA, DANIFICANDO SERIAMENTE V-2. O CONDUTOR DE V-1,
EM SUA DEFESA ALLEGOU QUE SEU VEÍCULO NÃO OBEDECEU AO COMANDO DE
ERENAGEM, TAL AFIRMAÇÃO NÃO FOI CONFIRMADA, TENDO EM VISTA A NECESSIDADE
DE EXAME TÉCNICO POR PROFISSIONAL CAPACITADO. O SEMÁFORO ESTAVA "ABERTO"
PARA V-2, PORÉM, A CONDIÇÃO DE FLUXO FAVORECIA V-2. TAL INFORMAÇÃO
FOI DADA PELO PRÓPRIO CONDUTOR DE V-1, QUE EM SEU RELATO NOS
INFORMOU QUE O SEMÁFORO ESTAVA "FECHADO" PARA ELE PRÓPRIO (NARRATIVA COM
ASSINATURA)

3 - CONDIÇÕES DA VIA

TIPO DE VIA: ARTERIAL ☐ COLETORA ☒ LOCAL ☐ RODOVIA ☐ VELOCIDADE PERMITIDA: ☐

Nº FAIXAS DA PISTA: 02 / LARGURA DA PISTA: ☐ SENTIDO DA VIA: DUPLO ☐ ÚNICO ☒

SEPARAÇÃO DE FAIXAS: SECCIONADA ☐ CONTÍNUA: ☐

SEPARAÇÃO DA PISTA: SIM ☐ NÃO ☐ ESPECIFICAR: ☐

4 - DADOS DOS ENVOLVIDOS

VEÍCULO 1

VEÍCULO: CAMIONÃO MARCA/MODELO: FORD / CAMION 2422 CIDADE/UF: MACEIÓ/AL

PLACA: C H B 4 9 8 0 RENAVAL: 00467627215

ENVOLVIMENTO: CONDUTOR ☒ PROPRIETÁRIO ☐ PASSAGEIRO ☐ PEDESTRE ☐ OUTROS ☐

DADOS DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO 1

NOME: T. GALTRANS TRANSPORTES LTDA

RG: ☐ CPF: 01492001000163 TELEFONE: ☐

ENDEREÇO: ☐

EM NOSSA OBSERVAÇÃO, CORROBORADA COM OS VESTÍGIOS, POSICIONAMENTO E
DIMENSÕES DOS VEÍCULOS, CONCLUÍMOS QUE A RESPONSABILIDADE PELO OCORRIDO
ESTÁ COM O CONDUTOR DE V-1, TENDO EM VISTA, SOBRETUDO, A INFRIGÊNCIA
ART. 23, ART. 43 (CAPUT) DO CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO - CTB.



PREFEITURA DE
MACEIÓ
PREFEITURA MUNICIPAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ SUPERINTENDÊNCIA
MUNICIPAL DE TRANSPORTES E TRÂNSITO
DIRETORIA DE OPERAÇÕES DE TRÂNSITO



BOLETIM DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (BOAT-SMTT-1.2) | FOLHA 2 | OCORRÊNCIA: 3534 / 2015

DADOS DO CONDUTOR DO VEÍCULO 1

NOME: CARLOS ALBERTO DA OLIVEIRA SILVA JUNIOR CPF: 045.554.154-00
CNH (Nº e UF): 02346211275 / AL CATEGORIA: AE VALIDADE: 07/01/2020
NASCIMENTO: 28/03/1983 RG: 1588792 SSP/AL TELEFONE: 9699-2102

ENDEREÇO: AV. SIQUEIRA CAMPOS 329, CENTRO

SEXO: M ☒ F ☐ LESÕES: SIM ☐ NÃO ☒ ESPECIFICAR: _____

OBS: _____

AÇÃO DO CONDUTOR: DESRESPEITO À SINALIZAÇÃO ☐ ULTRAPASSAGEM PROIBIDA OU INCORRETA ☐

MUDANÇA SUBTIL DE FAIXA DE DIREÇÃO ☐ CONVERSÃO INCORRETA OU EM LOCAL PROIBIDO ☐ FALTA DE ATENÇÃO ☐

NÃO MANTER A DISTÂNCIA DE SEGURANÇA ☐ CONTRAMÃO DE DIREÇÃO ☐ OUTRAS: _____

CONDIÇÃO PRESUMIDA DO CONDUTOR: APARÊNCIA NORMAL ☒ SINTOMAS DE EMBRIAGUEZ ☐

APARÊNCIA SONOLENTA / CANSADO ☐ PERMANECIU NO LOCAL ☒ EVADIU-SE DO LOCAL ☐ PRESTOU SOCORRO ☐

OUTRAS: _____

VEÍCULO 2 OU PEDESTRE

VEÍCULO AUTOMÓVEL MARCA/MODELO: VW/POLO CIDADE/UF: MACEIÓ/AL

PLACA: M Y I 1 9 8 3 | RENAVAM: 876773358

ENVOLVIMENTO: CONDUTOR ☒ PROPRIETÁRIO ☐ PASSAGEIRO ☐ PEDESTRE ☐ OUTROS ☐

DADOS DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO 2 OU PEDESTRE

NOME: FRANZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

RG: _____ CPF: 382.272.744-04 TELEFONE: _____

ENDEREÇO: CORR. HEDEBOS NETO I, BL-03E, AP 103, SANTA AMÉLIA

OBS: VEÍCULO - 2 (Y-2) RECOLUIDO À SMTT - AINDA DE RECUPERAÇÃO Nº 017106

DADOS DO CONDUTOR DO VEÍCULO 2

NOME: FRANKLIN RONSARD FERREIRA COSTA CPF: 021.777.524-18

CNH (Nº e UF): _____ CATEGORIA: _____ VALIDADE: _____

NASCIMENTO: _____ RG: 1502599 SSP/AL TELEFONE: 98872-2404

ENDEREÇO: CORR. HEDEBOS NETO I, BL 3E, AP 103, SANTA AMÉLIA

SEXO: M ☒ F ☐ LESÕES: SIM ☐ NÃO ☒ ESPECIFICAR: JOELHOS E PÉS

OBS: CONDUTOR NÃO APRESENTOU SUA CNH, POR JÁ ESTAVA SENDO ATENDIDO

NO HGE E INFORMOU QUE TERIA ENTREGUE SUA CNH AO ATENDENTE DO SAMU

AÇÃO DO CONDUTOR: DESRESPEITO À SINALIZAÇÃO ☐ ULTRAPASSAGEM PROIBIDA OU INCORRETA ☐

MUDANÇA SUBTIL DE FAIXA DE DIREÇÃO ☐ CONVERSÃO INCORRETA OU EM LOCAL PROIBIDO ☐ FALTA DE ATENÇÃO ☐

NÃO MANTER A DISTÂNCIA DE SEGURANÇA ☐ CONTRAMÃO DE DIREÇÃO ☐ OUTRAS: _____

CONDIÇÃO PRESUMIDA DO CONDUTOR: APARÊNCIA NORMAL ☒ SINTOMAS DE EMBRIAGUEZ ☐

APARÊNCIA SONOLENTA / CANSADO ☐ PERMANECIU NO LOCAL ☐ EVADIU-SE DO LOCAL ☐ PRESTOU SOCORRO ☐

OUTRAS: FOI CONDUZIDO PELO SAMU AO HGE

VEÍCULO 3 OU PEDESTRE

VEÍCULO _____ MARCA/MODELO: _____ CIDADE/UF: _____

PLACA: _____ | RENAVAM: _____

ENVOLVIMENTO: CONDUTOR ☐ PROPRIETÁRIO ☐ PASSAGEIRO ☐ PEDESTRE ☐ OUTROS ☐

DADOS DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO 3 OU PEDESTRE

NOME: _____

RG: _____ CPF: _____ TELEFONE: _____

ENDEREÇO: _____

[Assinatura]



SUPERINTENDÊNCIA MUNICIPAL DE TRANSPORTES E TRÂNSITO



BOLETIM DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (BOAT-SMIT-1.2) | FOLHA 3 | OCORRÊNCIA: 3834 /2015

DADOS DO CONDUTOR DO VEÍCULO 3

NOME: _____ CPF: _____
 CNH (Nº e UF): _____ CATEGORIA: _____ VALIDADE: _____
 NASCIMENTO: _____ RG: _____ TELEFONE: _____
 ENDEREÇO: _____
 SEXO: M ☐ F ☐ LESÕES: SIM ☐ NÃO ☐ ESPECIFICAR: _____
 OBS: _____

AÇÃO DO CONDUTOR: DESRESPEITO A SINALIZAÇÃO ☐ ULTRAPASSAGEM PROIBIDA OU INCORRETA ☐
 MUDANÇA SUBTA DE FAIXA DE DIREÇÃO ☐ CONVERSÃO INCORRETA OU EM LOCAL PROIBIDO ☐ FALTA DE ATENÇÃO ☐
 NÃO MANTER A DISTÂNCIA DE SEGURANÇA ☐ CONTRAMÃO DE DIREÇÃO ☐ OUTRAS: _____
 CONDIÇÃO PRESUMIDA DO CONDUTOR: APARÊNCIA NORMAL ☐ SINTOMAS DE EMBRIAGUEZ ☐
 APARÊNCIA SONOLENTA / CANSADO ☐ PERMANECER NO LOCAL ☐ EVADIU-SE DO LOCAL ☐ PRESTOU SOCORRO ☐
 OUTRAS: _____

VEÍCULO 4 OU PEDESTRE

VEÍCULO _____ MARCA/MODELO: _____ CIDADE/UF: _____
 PLACA: _____ | RENAVAL: _____
 ENVOLVIMENTO: CONDUTOR ☐ PROPRIETÁRIO ☐ PASSAGEIRO ☐ PEDESTRE ☐ OUTROS ☐

DADOS DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO 4 OU PEDESTRE

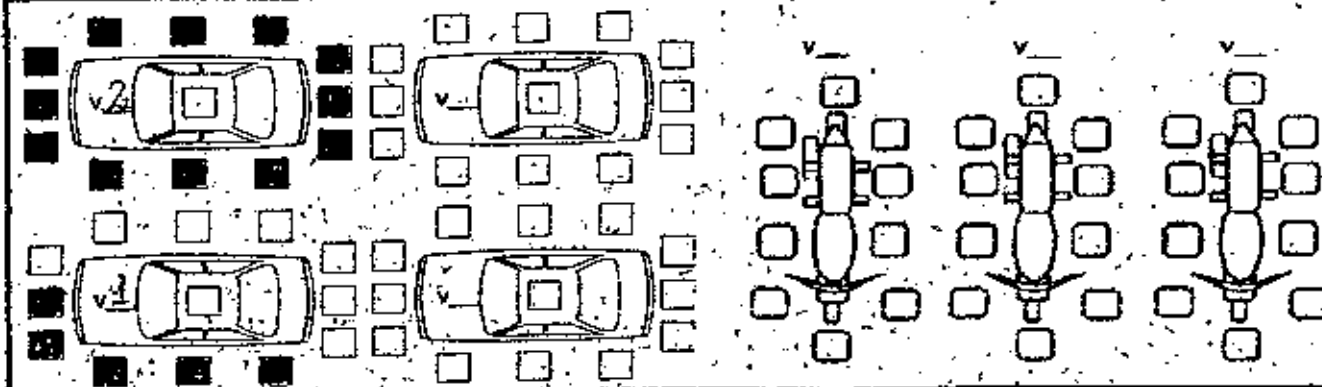
NOME: _____
 RG: _____ CPF: _____ TELEFONE: _____
 ENDEREÇO: _____

DADOS DO CONDUTOR DO VEÍCULO 4

NOME: _____ CPF: _____
 CNH (Nº e UF): _____ CATEGORIA: _____ VALIDADE: _____
 NASCIMENTO: _____ RG: _____ TELEFONE: _____
 ENDEREÇO: _____
 SEXO: M ☐ F ☐ LESÕES: SIM ☐ NÃO ☐ ESPECIFICAR: _____
 OBS: _____

AÇÃO DO CONDUTOR: DESRESPEITO A SINALIZAÇÃO ☐ ULTRAPASSAGEM PROIBIDA OU INCORRETA ☐
 MUDANÇA SUBTA DE FAIXA DE DIREÇÃO ☐ CONVERSÃO INCORRETA OU EM LOCAL PROIBIDO ☐ FALTA DE ATENÇÃO ☐
 NÃO MANTER A DISTÂNCIA DE SEGURANÇA ☐ CONTRAMÃO DE DIREÇÃO ☐ OUTRAS: _____
 CONDIÇÃO PRESUMIDA DO CONDUTOR: APARÊNCIA NORMAL ☐ SINTOMAS DE EMBRIAGUEZ ☐
 APARÊNCIA SONOLENTA / CANSADO ☐ PERMANECER NO LOCAL ☐ EVADIU-SE DO LOCAL ☐ PRESTOU SOCORRO ☐
 OUTRAS: _____

5 - AVARIAS



Assinado digitalmente por NADJA ALVES WANDERLEY DE MELO e *tjal.jus.br., protocolado em 30/11/2021 às 12:39, sob o número WMAC21702870146
 Para conferir o original, acesse o site https://www2.tjal.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0713471-47.2019.8.02.0001 e código 54EFF0DE

BOLETIM DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (BOAT-SMTT-1.2) | FOLHA 4 | OCORRÊNCIA: 3534 /2015

6. CROQUI

7. COLETA DE DADOS DAS VÍTIMAS

VITMA-1

VEÍCULO: 2 NOME: TRINEU FRANCISCO DO NASCIMENTO

CPF: 096.843.154-04

RG=

ÓRGÃO/UF:

NASCIMENTO:

TELEPHONES:

ENDEREÇO:

CLASSIFICAÇÃO: CONDUTOR ☐ PASSAGEIRO ☒ PEDESTRE ☐ ANIMAL ☐

ENCAMINHAMENTO: RGE ☒ HOSPITAL PARTICULAR ☐ OUTROS: ☐

SITUAÇÃO DA VÍTIMA (FERIMENTO): LEVE ☐ GRAVE ☐ FATAL ☐ NÃO HÁ CONDIÇÕES DE AVALIAR ☒

PRETADOR DE SOCORRO: CBM/AL ☐ SAMU ☒ OUTROS: ☐

VÍTIMA - 2

VEICULO: 2 NOME: ANDREA CRISTIANE PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 052.909.304-93

RG:

ÓRGÃO/UF:

NASCIMENTO:

TELEFONES:

ENDERECO:

CLASSIFICAÇÃO: CONDUTOR ☐ PASSAGEIRO ☒ PEDESTRE ☐ ANIMAL ☐

ENCAMINHAMENTO: HGE ☒ HOSPITAL PARTICULAR ☐ OUTROS ☐

SITUAÇÃO DA VÍTIMA (FERIMENTOS): LEVE ☐ GRAVE ☐ FATAL ☐ NÃO HÁ CONDIÇÕES DE AVALIAÇÃO ☒

PRETADOR DE SOCORRO:	CBM/AM	☐	SAMU	☒	OUTROS
----------------------	--------	--------------------------	------	-------------------------------------	--------

ВІТМА-3

VEICULO: 2 NOME: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

CPE: 282.272.744-04

RG-

ÓRGÃO/UF

NASCIMENTO:

TELEFONES:

ENDEREÇO:CLASSIFICAÇÃO: CONDUTOR ☐ PASSAGEIRO. ☒ PEDESTRE ☐ ANIMAL. ☐

ENCAMINHAMENTO: HGE ☒ HOSPITAL PARTICULAR ☐ OUTROS: ☐

SITUAÇÃO DA VÍTIMA (FERIMENTO): ☒ LEVE ☐ GRAVE ☐ FATAL ☐ NÃO HÁ CONDIÇÕES DE ANALISAR

PRETADOR DE SOCORRO: CBM/AL ☐ SAMU ☒ OUTROS: ☐

~~CONFIDENTIAL~~



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ

SUPERINTENDÊNCIA MUNICIPAL DE TRANSPORTES E TRÂNSITO
DIRETORIA DE OPERAÇÕES DE TRÂNSITO

BOLETIM DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (BOAT-SMTT-1.2) | FOLHA 5 | OCORRÊNCIA: 3534 / 2015

VÍTIMA - 4

VEÍCULO: 2 NOME: JOSÉ JULIO TEODORO DE SOUZA

CPF: RG: 99001040033 SSP/AL ÓRGÃO/UF: SSP/AL

NASCIMENTO: / / TELEFONES:

ENDEREÇO:

CLASSIFICAÇÃO: CONDUTOR ☐ PASSAGEIRO ☒ PEDESTRE ☐ ANIMAL ☐ENCAMINHAMENTO: HGE ☒ HOSPITAL PARTICULAR ☐ OUTROS:SITUAÇÃO DA VÍTIMA (FERIMENTO): LEVE ☐ GRAVE ☐ FATAL ☐ NÃO HÁ CONDIÇÕES DE AVALIARPRETADOR DE SOCORRO: CBM/AL ☐ SAMU ☒ OUTROS:

8 - ANEXOS (CAMPO OPCIONAL)

a) DECLARAÇÃO DOS CONDUTORES:

NOME: CPF: VEÍCULO | |

NOME: CPF: VEÍCULO | |

b) DECLARAÇÃO DAS TESTEMUNHAS:

TESTEMUNHA 1: NOME:

CPF: RG: TELEFONE:

ENDEREÇO:

NARRATIVA:

TESTEMUNHA 2: NOME:

CPF: RG: TELEFONE:

ENDEREÇO:

NARRATIVA:

9 - RESPONSÁVEIS PELO ATENDIMENTO

NOME: MATRÍCULA: 1523

NOME: MATRÍCULA:

REVISOR 1: MATRÍCULA:

REVISOR 2: MATRÍCULA:



ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SESAU
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA/SAMU
GERÊNCIA MÉDICA / ESTATÍSTICA

Cert. de Socorro nº. 739

Maceió, 7 de Dezembro de 2015.

Ao Senhor
Franklin Ronsard Ferreira Costa
Filho da Vítima

Atendendo a solicitação, certificamos a V. Senhoria, havermos efetivado o atendimento da ocorrência abaixo:

- 1 – DATA DA OCORRÊNCIA: 22 de novembro de 2015
- 2 – LOCAL: Via pública
- 3 – BAIRRO: Poço
- 4 – REFERÊNCIA: Defronte a Maternidade Nossa Senhora da Guia
- 5 – OCORRÊNCIA: Vítima de Trânsito
- 6 – VÍTIMA (S): Terezinha do Nascimento Ferreira
- 7 – TRANSLADO: HGE
- 8 – SITUAÇÃO: Vítima atendida e transportada, por Regulação Médica, ao hospital de destino.
- 9- UNIDADE SOCORRISTA: USB 49

Atenciosamente,

Valdenice Oliveira
Coord. Médica - Samu Maceió
Mat. 883498-9

Rua Goiás, nº 800, Farol – CEP.: 57055-320 – FONE: (82) 3315-1179
Maceió – Alagoas.

FICHA DE ATENDIMENTO

Nº ATENDIMENTO: 2381588

Realizado C. T.

DATA: 22/11/2015 HORA: 12:55:07

22.11.15
C. T. 111
C. T. 111

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PACIENTE: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

SEXO: FEMININO

DATA NASCIMENTO:

IDADE: 59 ANOS

MÃE:

RESPONSÁVEL: USB 49

NACIONALIDADE: BRASIL

NATURAL DE: ALAGOAS

CARTÃO SUS:

CIDADE: MACEIO/AL

BAIRRO: POCO

LOGRADOURO: RESGATE AV COMENDADOR CALACA

TELEFONE:

OBSERVAÇÕES:

DADOS DO ATENDIMENTO

MOTIVO ATENDIMENTO: COLISÃO

FORMA DE CHEGADA: SAMU

PROCEDÊNCIA: POCO

SETOR: AREA VERMELHA

ACIDENTE DE TRABALHO: NAO

CASO POLICIAL: SIM

PLANO DE SAÚDE: NAO

TRAUMA: NAO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO☐ AMARELO☐ VERDE☐ AZUL

Queixa Principal / História da Doença Atual:

Paciente vítima de colisão carro a carro, troço pelo SAMU, imobilizada - Desceu de dar em coluna torácica. Nega vômito, desmaio e alterações mentais.

Exame Físico:

Ao ver a área física - sem alterações

3º Exame físico, MV + em AAT, SIRA

C. Aclimática, RCR em 2T, BNP, SISA

PPP - sem alterações

Exames Complementares:

☐ RAIO-X☐ SANGUE☐ URINA☐ TC☐ LIQUOR☐ ECG☐ ULTRASSONOGRAFIA

Hipótese Diagnóstica:

Conduta Clínica

- 1) Rx de coluna; torax; pé e tornozelo.
- 2) Análise de ortopedia;

Enfermagem

Relatório
03/12/15

Certifico que a presente cópia
Confere com a original.
O relator é verdade. Dou fé
Maceio/AL 03/12/15

Fabiano Soares Gonzales de Menezes
Cirurgião Geral
CRM 4589-AL / 3889-SE



ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA HOSPITALAR
HOSPITAL GERAL DO ESTADO OSVALDO BRANDÃO VILELA

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA
PRONTUÁRIO: 2381588 **NASCIMENTO:** 10/10/56 **IDADE:** 59
ATENDIMENTO: 22/11/15 **HORA:** 12:55 **CID:** T01
SITUAÇÃO: ALTA **DATA:** 22/11/15 **HOSPITAL:**

DIAGNÓSTICO: POLITRAUMATISMO

TRATAMENTO: CONSERVADOR

ACHADO: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE RODoviÁRIO. COLISÃO CARRO - CARRO.

TRAZIDO PELO SAMU. ADEQUADAMENTE IMOBILIZADO.

QUEIXA - SE DE DOR EM COLUNA, SEGMENTOS, TORÁCICO E LOMBAR, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.

NEGA DESMAIO E/OU VÔMITOS. MÚLTIPLAS ESCORIAÇÕES.

GLASGOW 15

CONDUTA: AVALIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL, DA ORTOPEDIA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

EXAMES RADIOLÓGICOS

PRESCRIÇÕES, CUIDADOS E ORIENTAÇÕES MÉDICAS

MARIA ROSIETE C. BANDEIRA
 Médica
 CRM 2777-AL

Obs 1: Paciente atendido pela equipe Médica desta Unidade de Emergência através do Sistema Único de saúde - SUS.

Obs 2: Relato das informações constantes no Prontuário do paciente.

Maceió, quinta-feira, 3 de dezembro de 2015

RELATÓRIO MÉDICO:

Terezinha do Nascimento Ferreira

59 anos, sofreu trauma nos
mãos (impacto de batido) em
22/11/2015; apresentou área de
de $\pm$ 10 cm entre os ossos de
MD - correspondendo a hematoma
Fase: antibiótico e
deve ser afastada do
trabalho por um mês,
quando será reavaliado.

Mastologia

Oncologia

Unidade de Quimioterapia

Clinica Médica

Ginecologia

Obstetrícia

Citologia e Colposcopia

Laboratório

Mamografia Digital

Ultrassonografia Geral

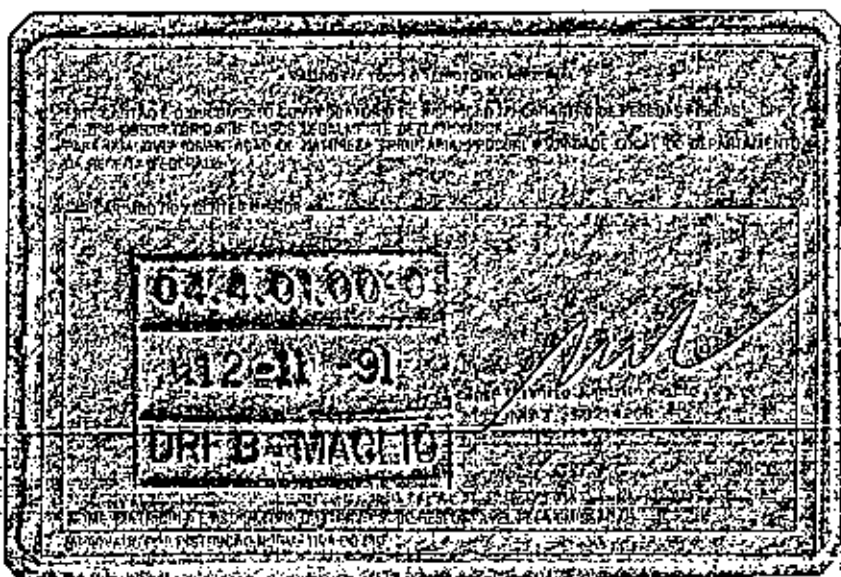
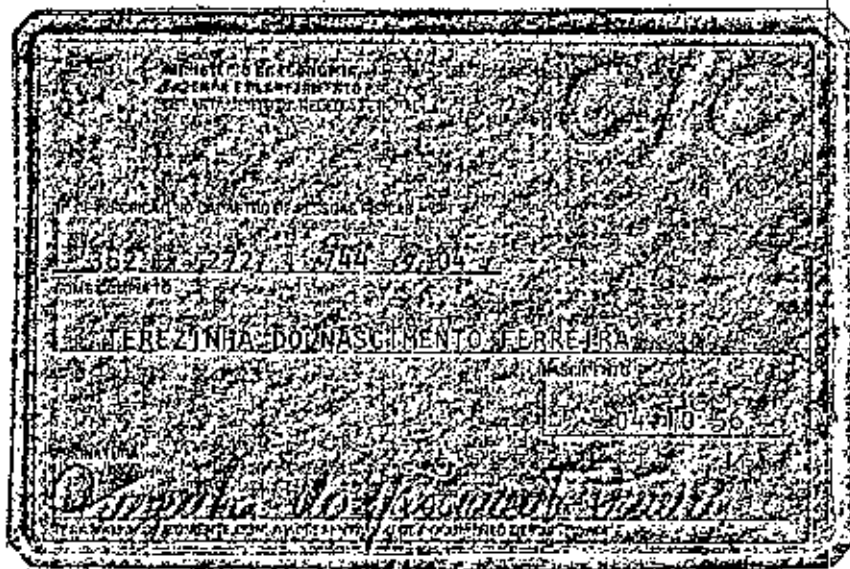
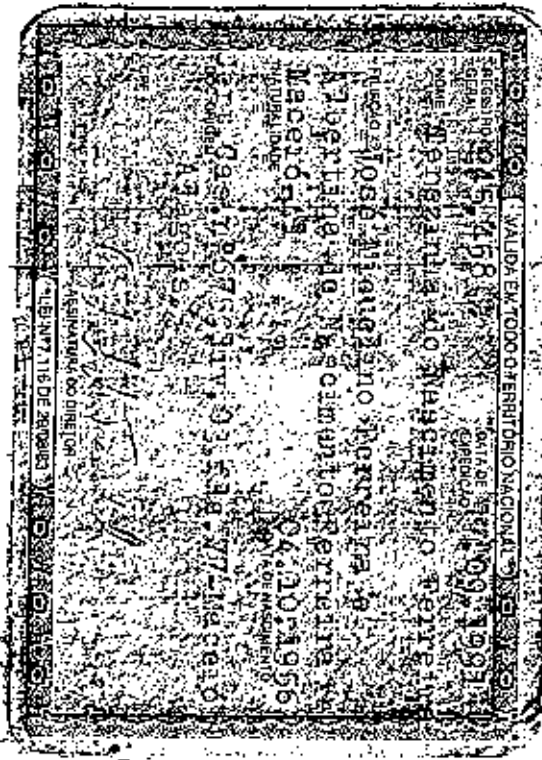
Ultrassom com Doppler Colorido

Procedimentos Intervencionistas

Marta Vasconcelos
Dra. Marta Vasconcelos
MASTOLOGIA
CRM/AL 3198

Travessa
Desembargador
Valente de Lima, 88
Mangabeiras

cep: 57.037-035
tel: 2121-2900
Maceió - Alagoas
imama@ibest.com.br



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguros DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0226164/18

Vítima: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

CPF: 382.272.744-04

Data do Acontecimento: 22/11/2015

CPF de: Próprio Titular do CPF: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovantes de despesas médicas

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros



TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA : 382.272.744-04

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 19/06/2018
Nome: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA
CPF/CNPJ: 382.272.744-04

Data do cadastramento: 23/06/2018
Nome: KELLY DA SILVA FERNANDES
CPF: 076.679.887-90

TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

KELLY DA SILVA FERNANDES



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Tereza da Menezes Fereira
DATA DO ACIDENTE 30.11.15 CPF DA VITIMA 382.242.744-04
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARANTESCO COM
A VITIMA É A MESA M
ENDEREÇO DO PORTADOR Prof. Medeiros Ateia I
Nº 00 COMPLEMENTO 35 apt. 103 BAIRRO Sto. Amilcar
CIDADE macaé UF AC CEP 59067640
E-MAIL _____ TELEFONE (82) 987444588

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEQUEDOS PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 12.06.2018
IDENTIDADE 245458
ASSINATURA Flávia da Conceição Puerite

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 12.06.2018
NOME Renata
ASSINATURA Renata

Enviado em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Lider, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Lider except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Lider. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Fróes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br

Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0226164/18

Número do Sinistro: 3180289349

Vítima: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

CPF: 382.272.744-04

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 22/11/2015

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Outros



Sinistro

Comprovantes de despesas médicas

Outros

ATENÇÃO

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

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/10/2018

Nome: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

CPF: 382.272.744-04

TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2018

Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA

CPF: 158.640.827-59

ANDREZA ALVES DA CUNHA



Seguradora Líder - DPVAT

SINISTRO 3180289349

fls. 110

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRADATA DO ACIDENTE 22/11/2015 CPF DA VÍTIMA 382272744 04PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO A MESMAQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COMA VÍTIMA É A MESMAENDEREÇO DO PORTADOR Conj. Merleiros Nito, INº 00 COMPLEMENTO BL 03E apt 103 BAIRRO Sto AméliaCIDADE Maceio UF AL CEP 57063-640

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.OPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 18.08.2018IDENTIDADE 245.458ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 18.08.2018NOME ConcânciaASSINATURA [Assinatura]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0226164/18

Número do Sinistro: 3180289349

Vítima: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

CPF: 382.272.744-04

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 22/11/2015

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TEREZINHA DO
NASCIMENTO FERREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

Outros



TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA : 382.272.744-04

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/03/2019

Nome: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

CPF: 382.272.744-04

TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/03/2019

Nome: Elen Tais Alves Pereira

CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE (DAMS ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA FRANCINHA DO NASCIMENTO FERREIRA
DATA DO ACIDENTE 29/03/2019 CPF DA VÍTIMA 382.272.974-04
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR AVIATISTA () REPRESENTANTE LEGAL (CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É FRANCINHA DO NASCIMENTO FERREIRA)
ENDEREÇO DO PORTADOR G. Redeiros Neto
Nº SLA COMPLEMENTO CE. 3 F 98 BAIRRO Sociedade Nova
CIDADE MACAÏO UF AP CEP 57063-040
E-MAIL thareza.tereza@hotmail.com TELEFONE (84) 98254-1588

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 12/03/2019
IDENTIDADE 245.458. AL
ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 12-03-2019 MATR. CORREIOS 80966043
NOME [Assinatura]
ASSINATURA [Assinatura]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0226164/18

Número do Sinistro: 3180289349

Vítima: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

CPF: 382.272.744-04

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 22/11/2015

Titular do CPF: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovantes de despesas médicas

Outros

ATENÇÃO

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

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/10/2018

Nome: TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

CPF: 382.272.744-04

TEREZINHA DO NASCIMENTO FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2018

Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA

CPF: 158.640.827-59

ANDREZA ALVES DA CUNHA