



Número: **0802182-84.2022.8.15.0381**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Itabaiana**

Última distribuição : **02/06/2022**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO BENTO ROCHA (AUTOR)		RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71702 279	12/04/2023 11:18	2882030_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 10 de Junho de 2021

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3210160542 Vítima: ANTONIO BENTO ROCHA

Data do Acidente: 12/09/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANTONIO BENTO ROCHA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 13/09/2020, emitido pelo Dr. ANDRÉ GUSTAVO BARBOSA LIMA CRM nº 3040 - PB, da Instituição HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01303/01304 - carta_31 - INVALIDEZ

00020652



Carta nº 16897122





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Resoluir n/a (seja) da cobertura: ☐ DANOS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 025 986 164-21 4 - Nome completo da vítima: Antonio Bento da Rocha

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RUA DE RENDA ANUAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 045/2013

5 - Nome completo: Antonio Bento da Rocha 6 - CPF: 025 986 164-21

7 - Profissão: Racião 8 - Endereço: Sítio Agua Branca 9 - Número: 512 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Area Rural 12 - Cidade: São Miguel de Taubaté 13 - Estado: SP 14 - CEP: 13333-4000

15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (13) 93355-1045

ENDOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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 Anual do Titular da Causa: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - BANCOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POLIARCA (Somente para os bancos acima. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Agência (357) ☐ Agência (358) ☐ Agência (359) ☐ Agência (360) ☐ Agência (361) ☐ Agência (362) ☐ Agência (363) ☐ Agência (364) ☐ Agência (365) ☐ Agência (366) ☐ Agência (367) ☐ Agência (368) ☐ Agência (369) ☐ Agência (370)

AGÊNCIA: 0922 CONTA: 23049 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Declaro, sob as penas da lei, que não impossibilito 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 (assinhar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa adesão concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PRESENCIAMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Cheu da Previdência 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: _____ Fallecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Fallecidos: _____ 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 este vínculo, 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 o rogo/a pedido: _____

36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido: _____

37 - (1) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido: _____

38 - (2) Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha: _____

39 - (3) Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha: _____

40 - Local e Data: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

Assinatura da vítima/beneficiário (deduzida): _____

Assinatura do Procurador (se houver): _____



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00430.01.2021.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00430.01.2021.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 10:20 horas do dia 26 de maio de 2021, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Aldrovilli Grisi Dantas, matrícula 1684761, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Antonio Bento da Rocha**, conhecido(a) por Turino, CPF nº 025.986.164-21, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Josefa Maria Chaves e Abdon Bento Rocha, natural de São Miguel de Taipu/PB, nascido(a) em 13/01/1963 (58 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Água Branca, Nº S/N, complemento CASA NA ZONA RURAL, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo da Igreja Evangélica Assembléia de Deus, na cidade de São Miguel de Taipu PB, telefone(s) para contato (83) 98855-1045.

Dados do(s) Fatos:

Local: Pb - 082, nº S/N, Via Pública, Em Frente Ao Autódromo Internacional da Paraíba, São Miguel de Taipu/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 12/09/20 18:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo NXR 150 BROS ES, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2011/2011, UF: PB, placa NQI-5065, chassi 9C2KD0550BR010031, renavam 0032722876-8, características gerais: Veículo Em Nome de André Soares da Rocha e Demais Dados No C.r.l.v.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

AFIRMA O DECLARANTE QUE QUANDO ESTAVA DE CARONA NO VEÍCULO QUE ERA PILOTADO PELO SEU FILHO NO LOCAL, DATA E HORA, TUDO JA DESCRIMINADO ANTERIORMENTE ACIMA, FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE APÓS O CONDUTOR DO VEÍCULO ATINGIR UNS RESTOS DE METRALHAS EXISTENTES NO LOCAL DO ACIDENTE, RESTOS ESTES PROVENIENTE DA REFORMA DA VIA DE CIRCULAÇÃO DE VEÍCULOS, SENDO QUE APÓS A COLISÃO, O SEU FILHO PERDEU O CONTROLE DO SEU VEÍCULO E AMBOS VIERAM A CAIR E SE MACHUCAREM SÉRIAMENTE, SENDO QUE O DECLARANTE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA NA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS PERTINENTES AO CASO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NESTE DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL, E COMO O DECLARANTE PRETENDE DAR ENTRADA PARA O RECEBIMENTO DO SEGURO "D.P.V.A.T." AO QUAL FAZ JUS, VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI. OBSERVAÇÃO: ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL TEM APENAS A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS A CONTAR DESTA DATA, PORÉM O MESMO PODERÁ SER REVALIDADO POR APENAS MAIS DUAS (02) VEZES EM QUALQUER DATA FUTURA E EM QUALQUER DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DESTE ESTADO.

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, expede a presente Certidão. A

Procedimento Policial: 00430.01.2021.1.05.101



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

referida é verdade. Dou fê.

Lucena/PB, 26 de maio de 2021.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

ANTONIO BENTO DA ROCHA
Noticiante



Procedimento Policial: 00430.01.2021.1.05.101

2/2





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Resoluir n/a (seja) da cobertura: ☐ DANOS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 025 986 164-21 4 - Nome completo da vítima: Antonio Bento da Rocha

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RUA DE RENDA ANUAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 045/2013

5 - Nome completo: Antonio Bento da Rocha 6 - CPF: 025 986 164-21

7 - Profissão: Racião 8 - Endereço: Sítio Agua Branca 9 - Número: 512 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Area Rural 12 - Cidade: São Miguel de Taubaté 13 - Estado: SP 14 - CEP: 13333-4000

15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (13) 93355-1045

ENDOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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 anual do titular da cédula: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - BANCOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POLIARCA (somente para os bancos citados. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (para os bancos)

☐ Agência (305) ☐ Agência (306) ☐ Agência (307) ☐ Agência (308) ☐ Agência (309) ☐ Agência (310)

AGÊNCIA: 0922 CONTA: 23049 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Declaro, sob as penas da lei, que não impossibilito 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 (assinhar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa adesão concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PRESENCIAMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Cheu da Previdência 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: _____ Fallecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Fallecidos: _____ 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 provarão este vínculo, 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 - (1) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: _____

38 - 1º Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: _____

41 - Assinatura do representante Legal (se houver): _____

42 - Assinatura do vítima/beneficiário (dedicente): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

MARIA DE FATIMA SOARES DA ROCHA
SIT. ÁGUA BRANCA, S/N - ÁREA RURAL
SÃO MIGUEL DE TAIPU / PB CEP: 58344000 (AO 113)
CPF/CNPJ/RN: 046.208.434-21

GRUPO CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo B1
CASSÊ RES NTC B1 / Subclasse RESIDENCIAL
LIGADO MONOFÁSICO
Potência 14 - 10-43-1460 Nº Medida: 00009400071

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O



VALOR DA FATURA
R\$ 47,09



REFERÊNCIA
Set / 2020

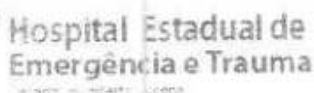


VEN
29



SITUAÇÃO DE DÉBITOS





Boletim de Atendimento: 1256804



Identificação do paciente						
US 15:4112	Nome ANTONIO BENTO DA ROCHA	Sexo Masculino				
Data de nascimento 13/01/1963	Idade 57 anos 7 meses 30 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião Prontuário			
Mãe JOSEFA MARIA CHAVES	Pai ABDON BENTO ROCHA					
Etnia	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)					
DDO Celular 83	Celular 587154277	DDD	Telefone			
Código documento CPF	Número documento (2595516421	Nº Cns 700609967244967				
Local de procedência SAO MIGUEL DE TAIPIU		Tipo MUNICIPIO	UF PB			
E-mail	Naturalidade SAO MIGUEL DE TAIPIU	CBO/R				
Endereço						
CEP 58334000	Município de residência SAO MIGUEL DE TAIPIU	UF PB	Logradouro AGUA BRANCA			
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL				
Admissão						
Data e Hora 12/09/2020 23:32:36	Número da pulseira 1000007792785	Convênio SUS				
Especialidade CI/URGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS				
Indicadores e Transporte						
Caso potencial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou JOSENILDO					
Sinais Vitais						
Pa X	mmHg	Pulso	Temperatura			
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA						Tempo

Imprimer

5428



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/04/2023 11:18:52
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041211184935200000067621691>
 Número do documento: 23041211184935200000067621691

Num. 71702279 - Pág. 7



ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DE TAIPU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Antônio Berto da Rocha Idade: 57a Sexo: M
Endereço: _____ Telefone p/ Contato: _____

Procedência do Paciente: São Miguel de Taipu
Motivo do Encaminhamento: Análise da cirurgia geral

PA: 180 x 100 Hgt: 157 Temperatura: - SpO2: 94% Bpm: 78 bpm

Medicação Realizada:

- a) _____
b) _____
c) _____
d) _____

Histórico Clínico

Paciente, 57a, vítima de queda de moto há +/- 30 min com TCE leve. Encontra-se alerta e orientado. Não perde o equilíbrio, amnésia ou náuseas. Relata afasia e alguns pequenos sintomas. Presença de ferimento contuso em couro cabeludo e em frente, além de hematoma em região periorbitária direita.

→ AD = TCE leve

Dr. Davi Lima Medeiros
Médico
CRM-PB 12743

Ass. do(a) Médico(a) Responsável / Carimbo

São Miguel de Taipu - PB, 12 / 09 / 2020

Ass. do(a) Enfermeiro(a) de Plantão

Rua 22 de Abril, S/N - Centro - São Miguel de Taipu - PB - CEP: 58.334-000

Tel: (83) 98741-5474





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Seus todos
PARAIBA
Governo do Estado

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

Paciente ANTONIO BENTO DA ROCHA	BAE 1256804	Data/Hora Entrada 12/09/2020 23:32:36	Data Baixa
Data de nascimento 13/01/1963	Idade 57a 8m	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987184277
Mão JOSEFA MARIA CHAVES		CNS 700609967244967	Prontuário
Endereço ACIJA BRANCA, SN	Bairro ZONA RURAL	Município SAO MIGUEL DE ITAIPU	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EDINILSON CARLOS PEREIRA	Nº Cons. Regional 9058/PB
Data/Hora Classificação 12/09/2020 23:32:36		Data/Hora Prescrição 13/09/2020 00:02:14	

ANAMNESE

PCTE TRAZIDO POR UNIDADE BÁSICA, PROVENIENTE DE SÃO MIGUEL DE ITAIPU, VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO HA MAIS OU MENOS 4H. NEGA USO DE CAPACETE. NÃO SABE PRECISAR O MECANISMO DO TRAUMA, FEZ USO DE ALCÓOL. REFERE CEFALÉIA GENERALIZADA, DOR IMPORTANTE EM REGIÃO INFRA ORBITÁRIA A DIR. EGB. GSW 15/15, CORADO, HIDRATADO. EUPNEICO. AAA. AO EXAME: SE EVIDENCIA ABRASÕES EM REGIÃO OCCIPITAL, PARIETAL A DIR, FERIDA CRUENTA EM REGIÃO SUPERCILIAR A DIR. ASSOCIADO A HEMATOMA ORBICULAR DO MESMO LADO. EPISTAXE BILATERAL. NEGA QUEIXAS TORACO-ABDOMINAL CD: SOLITO TC DE CRÂNIO E FACE PARECER DA NCR E BMF ALTA DA CIR GERAL

EXAME DE IMAGEM

TCMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO
TCMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

CID10

S09.9 - Traumatismo não especificado da cabeça

Conduta

Em observação

Enfermeiro

EDINILSON CARLOS PEREIRA
(: 9058/PB)

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 12/09/2020 23:32:36





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Seamus todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ANTONIO BENTO DA ROCHA	1256804	12/09/2020 23:32:36	
Data de nascimento	Sexo	CNS	Telefone de Contato
13/01/1963	Idade	700609967244967	(83) 987184277
13/01/1963	57a 8m		Prontuário
Mãe			
JOSEFA MARIA CHAVES			
Endereço	Bairro	Município	UF
AGUA BRANCA, SN	ZONA RURAL	SAO MIGUEL DE TAIPU	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEIXA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA	3040/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
12/09/2020 23:32:36		13/09/2020 00:45:21	

ANAMNESE

#BMF# PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, SEM CAPACETE, INGERIU BEBIDA ALCOÓLICA. NEGA DESMAIO, VÔMITO, ALERGIAS MEDICAMENTOSAS E DOENÇAS DE BASE, NO MOMENTO CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, VERBALIZANDO, NORMOCORADO, AFEBRIL AO TOQUE, EM EGB AO EXAME FÍSICO APRESENTA FCC EM REGIÃO SUPERCILIAR D, EDEMA E HEMATOMA INFRAORBITAL D, ACUIDADE VISUAL E MOVIMENTOS OCULARES PRESERVADOS, MOVIMENTOS MANDIBULARES MANTIDOS, BOA ABERTURA DE BOCA, OCLUSÃO ESTÁVEL, TC: APRESENTA FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO D E REBORDO INFRAORBITÁRIO D. CD: 1 AGUARDANDO SALA PARA SUTURA 2 PRESCRIÇÃO PARA CASA 3 AOS CUIDADOS DA BMF + NCR

CID10

S02.4 - Fratura dos ossos maxilares e maxilares

Conduta

Em observação


Andre Gustavo Barbosa Luna
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
CRO 3040 PB

Enfermeiro

ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA
(: 3040/PB)

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 12/09/2020 23:32:36





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



Senador João
PARAIBA
Governador do Estado

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

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ANTONIO BENTO DA ROCHA	1255804	12/09/2020 23:32:36	2020-09-13 02:00:28.0
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
13/01/1983	57a 8m	Masculino	(83) 987184277
Mãe		CNS	Prontuário
JOSEFA MARIA CHAVES		700609967244967	
Endereço	Bairro	Município	UF
AGUA BRANCA, SN	ZONA RURAL	SAO MIGUEL DE ITAIPU	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons: Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA	3040/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
12/09/2020 23:32:36		13/09/2020 02:00:37	

ANAMNESE

PCTE TRAZIDO POR UNIDADE BÁSICA, PROVENIENTE DE SÃO MIGUEL DE ITAIPU, VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO HA MAIS OU MENOS 4H. NEGA USO DE CAPACETE. NÃO SABE PRECISAR O MECANISMO DO TRAUMA, FEZ USO DE ALCOOL, REFERE CEFALÉIA GENERALIZADA, DOR IMPORTANTE EM REGIÃO INFRA ORBITÁRIA A DIR. EGB. GSW 15/15, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, AAA. AO EXAME: SE EVIDENCIA ABRASÕES EM REGIÃO OCCIPITAL, PARIETAL A DIR, FERIDA CRUENTA EM REGIÃO SUPERCILIAR A DIR, ASSOCIADO A HEMATOMA ORBICULAR DO MESMO LADO, EPISTAXE BILATERAL. NEGA QUEIXAS TORACO-ABDOMINAL CD: SOLITO TC DE CRÂNIO E FACE PARECER DA NCR E BMF ALTA DA CIR GERAL.

(13/09/2020 00:02:14-EDMILSON CARLOS PEREIRA)

#BMF# PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, SEM CAPACETE, INGERIU BEBIDA ALCOÓLICA, NEGA DESMAIO, VÔMITO, ALERGIAS MEDICAMENTOSAS E DOENÇAS DE BASE. NO MOMENTO CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, VERBALIZANDO, NORMOCORADO, AFEBRIL AO TOQUE, EM EGB AO EXAME FÍSICO APRESENTA FCC EM REGIÃO SUPERCILIAR D, EDEMA E HEMATOMA INFRAORBITAL D, ACUIDADE VISUAL E MOVIMENTOS OCULARES PRESERVADOS, MOVIMENTOS MANDIBULARES MANTIDOS, BOA ABERTURA DE BOCA, OCLUSÃO ESTÁVEL, TC: APRESENTA FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO D E REBORDO INFRAORBITÁRIO D. CD: 1 AGUARDANDO SALA PARA SUTURA 2 PRESCRIÇÃO PARA CASA 3 AOS CUIDADOS DA BMF + NCR

(13/09/2020 00:45:21-ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA)

#NCR# ACIDENTE MOTOCICLISTICO #GCS 15, PIFR, SEM DEFICITS FOCAIS #TC DE CRÂNIO SEM ALTERAÇÕES RELACIONADAS AO TCE #CD:ALTA NCR

(13/09/2020 01:14:54-GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO)

#BMF# EM TEMPO SUTURA REALIZADA EM REGIÃO DO SUPERCILIO DIREITO. CD: 1.SUTURA 2. PRESCRIÇÃO PARA CASA 3. ORIENTAÇÃO 4. ALTA DA BMF

(13/09/2020 02:00:37-ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

CID10

S02.4 - Fratura dos ossos maxilares e maxilares

S09.9 - Traumatismo não especificado da cabeça

Dados coletados anteriormente ☐ utilizar na impressão?

Conduta

Alta médica

Alta

Usuário
ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA
Motivo da alta
ALTA HOSPITALAR

Data e Hora
13/09/2020 02:00:28

Observações:

André Gustavo Barbosa Luna
Gruppo Bucal-Maxilo-Facial
CRO 3040 PB





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lisena



Sempre todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

SUTURA - DML

Paciente ANTÔNIO BENTO DA ROCHA	BAE 1256804	Data/Hora Entrada 12/09/2020 23:32:36	Data Baixa
Data de nascimento 13/01/1963	Idade 57a 8m	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987184277
Mãe JOSEFA MARIA CHAVES		CNS 700609967244967	Prontuário
Endereço AGUA BRANCA, SN	Bairro ZONA RURAL	Município SAO MIGUEL DE TAIPU	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO	Nº Cons. Regional 7650/PB
Data/Hora Classificação 12/09/2020 23:32:36		Data/Hora Prescrição 13/09/2020 01:14:54	

ANAMNESE

#NCR #ACIDENTE MOTOCICLISTICO #GCS 15, PIFR, SEM DEFICITS FOCAIS #TC DE CRANIO SEM ALTERAÇÕES RELACIONADAS AO TCE #CD ALTA NCR

Conduta

Em observação

Enfermeiro

GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO
(CRM: 7650/PB)

Bol:tim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 12/09/2020 23:32:36



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM Nº: 687897

Nome ANTÔNIO BENTO DA ROCHA	CNS 700609967244967	Idade
Data de Nascimento 13/01/1963	Boletim Emergência 1256804	Prontuário
Material a examinar		
Seção: SALA DE ESTABILIZAÇÃO		
Data Prescrição: 13/09/2020 00:02:14		

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

Assinatura 13/09/2020 Nome Maurício Gomes Profissão Radiologista Registro CRTR-028621

Reimpresso por: -
dia: -

Assinatura e Carimbo do Profissional

Assinatura e Carimbo do Profissional



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA

HETS III

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Antônio Bento
da Rocha

DATA DO ATENDIMENTO: 13 09 2020

Nº PRONTUÁRIO: 1356804 FICHA:

MÉDICO (CARIMBO): André Gustavo de Melo Lúcia
Cirurgião Bucal-Maxilo-Facial
CRIO 3040 PB

DIAGNÓSTICO: Fx de Enca Sinematia D

PROCEDIMENTO: Curativo Cirúrgico

TTO encaminhado

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

F(NG).APC.035-1





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA

HIFTSHE

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Antônio Bento
da Rocha

DATA DO ATENDIMENTO: 13 09 2020

Nº PRONTUÁRIO: 1356804 FICHA: _____

MÉDICO (CARIMBO): _____
André Gustavo de Melo Lima
Cirurgião Bucal-Maxilo-Facial
CRO 30407 PB

DIAGNÓSTICO: Fx da Enca Sinostética D

PROCEDIMENTO: Unidade Hospitalar

TI 0 ampuador

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

F(NG).APC.035-1

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 830.324 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 07/01/2020

NOME ANTONIO BENTO DA ROCHA

FILIAÇÃO AEDON BENTO ROCHA
JOSEFA MARIA CHAVES

NATURALIDADE DE SÃO MIGUEL DE TAIPU-PB DATA DE NASCIMENTO 13/01/1963

LOCAL DE ORIGEM CASAM N.2871 FLS.167 LIV.B 08
CARTORIO PILAR PB

CPF 025.986.164-21

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 08/08/83

Carteira de Identificação

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA V-02
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-148
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ASSINATURA DO DETENTOR

ANTONIO BENTO DA ROCHA

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO





TELEPHONE ()

() REGISTRO DE OCUPANCIA PERMANENTE

- () PROTESTO EM CONCORDANCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- () CARTEREA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPM DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- () MATRICOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML - DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML (PORTUGUÊS) ASSINADA PELA VITIMA E RELATARIO DO MÉDICO ASSOCIANTE PORTUGUÊS QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INTELIGÊNCIA PRESERVANTE, COM A DATA DA ÚLTIMA DEFENSIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CONTRAVENÇÃO DE DISCIPLINA INTERIOR DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU REQUISIÇÃO DE RESOLUÇÃO FORTALEÇA
- () AUTORIZAÇÃO DE FREQUÊNCIA / CERTIDÃO DE INSCRIÇÃO DA VITIMA (PORTUGUÊS) COM DOCUMENTOS QUE CORROBOREM OS DADOS INDICADOS, ISSO COMO CÓPIA DE FOLHA DE CADASTRO OU CERTIDÃO NASCENTO

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- DE CASAMENTO OU CAPESDA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITACAO (COMA SIMPLES E LEGITIMA)
- () CUF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (COMA SIMPLES E LEGITIMA)
- () COMPROMISSO DE RESIDENCIA EM PAISE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (COMA SIMPLES E LEGITIMA), OU DECLARACAO DA RESIDENCIA NACIONAL
- OSS REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA, VITIMA MINOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MAE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DO OCORRIMENTO ESPERIDO NELA AUTOMACAO ROLATIVA (COLUNA AUTOMATIZADA E LIGAVEL)
- () CARTERIA DE IDENTIFICACAO DA VITIMA OU CIENTISTO DE MANEIRA DE CATEGORIA DO CASO BEM
- () TRABALHO DO CARTERIA NACIONAL DE MANUTENCAO PARA SIMPLIFICACAO E LIGAVEL
- () CPM DA VITIMA (COLUNA SIMPLIFICACAO E LIGAVEL)
- () RELACAO DO MEDICO ASSISTENTE, IMPLEMENTANDO AS LIGAVES SORVIDAS EN RECORRENCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (COLUNA SIMPLIFICACAO E LIGAVEL)
- () CONDIÇÕES GERAIS E LIGAVES DAS RESPOSTAS NÉCESSAS HOSPIITALARES, QUANTAS
- () MOTIVACAO (CONDIÇÕES E LIGAVES) DE FAVORACAO ACOMODACAO DAS RESPOSTAS RECEBIDAS PORQUE (COLUNA SIMPLIFICACAO E LIGAVEL)
- () COMPONENTE DE RESPOSTAS NÉCESSAS DA VITIMA (COLUNA SIMPLIFICACAO E LIGAVEL) OU INDICACAO DE RESPOSTAS ADICIONAIS
- () AUTOMACAO DE PAGAMENTO / CORTO DE IDENTIFICACAO DA VITIMA (CONDIÇÕES) COM DOCUMENTOS QUE CONFERMAM OS DADOS INDICADOS, TALS COMO COPIA DE FOLHA DE CARGO DO CIENTISTO ANALISADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- (1) DEFERIDA DE REGISTRO DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CARTA SINES E LEGÍVEL);
 - (2) CÔPIA DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÔPIA SINES E LEGÍVEL);
 - (3) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÔPIA SINES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL).
- 0005 REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITÍMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Dr. Koushanfar, Dr. Saperstein

[illegible]

- [illegible]

FOR INDICAR UM BOM CIMENTAÇÃO ENTREGUE

CONTRA

247011301

ACADEMIA

DAVID

1003

ABSTRACT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210160542 **Cidade:** São Miguel de Taipu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO BENTO ROCHA **Data do acidente:** 12/09/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/06/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ASSOALHO DO ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: **AMD500 NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210160542 **Cidade:** São Miguel de Taipu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO BENTO ROCHA **Data do acidente:** 12/09/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/06/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: .

Resultados terapêuticos: .

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: **AMD500

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0128874/21

Vítima: ANTONIO BENTO ROCHA

CPF: 025.986.164-21

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 12/09/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO BENTO ROCHA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIO BENTO ROCHA : 025.986.164-21

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br 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: 01/06/2021
Nome: ANTONIO BENTO ROCHA
CPF: 025.986.164-21

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/06/2021
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

ANTONIO BENTO ROCHA

MARCELA DO CARMO DE LIMA

