

Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR

Nº Sinistro: 3180537786

Vítima: JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR

Data do Acidente: 22/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180537786**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização 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 13596025



**Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180537786**

**Vítima: JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR**

**Data do Acidente: 22/05/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR**

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

Boletim de ocorrência

Sendo assim, favor entrar em contado com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou 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 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.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 13598292



**Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2018**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180537786**

**Vítima: JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR**

**Data do Acidente: 22/05/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR**

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

Boletim de ocorrência

Sendo assim, favor entrar em contado com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou 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 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.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 13638200





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 093.884.044-40 Nome completo da vítima: José Carlos Batista de Sousa Junior

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

Nome completo: José Carlos Batista de Sousa Junior CPF: 093.884.044-40  
Profissão: Porteiro Endereço: Rua: Castro Alves Número: 158 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Oitizeiro Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58.087-120  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): (83) 99921-9283

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

## DADOS CADASTRAIS

RENDIA MENSAL:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) OP.013  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 1033 ☐ CONTA: 95024 ☐  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data: João Pessoa, 14/11/2018  
Nome: José Carlos Batista de Sousa Junior  
CPF: 093.884.044-40

(\*) Assinatura de quem assina A RÔGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1º Nome: \_\_\_\_\_

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

2º Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01553.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01553.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:16 horas do dia 15 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **José Carlos Batista de Sousa Junior**, CPF nº 093.884.044-40, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Porteiro, filho(a) de Maria Zélia Jerônimo de Sousa e José Carlos Batista de Sousa, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 25/03/1988 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Castro Alves, Nº 158, bairro Funcionários, tendo como ponto de referência Praça Lauro Wanderley, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98601-9016.

**Dados do(s) Fatos:**

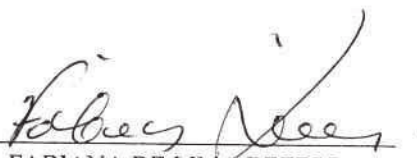
Local: Rua Castro Alves, Próximo a Praça Lauro Wanderley, João Pessoa/PB, bairro Funcionários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 22/05/18 14:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

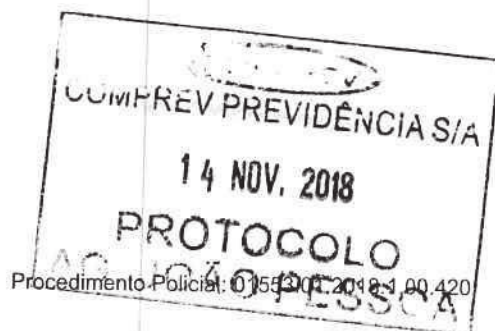
Que conduzia a MOTOCICLETA YAMAHA/XTZ 125K, PRETA, 2011, PLACA OFC4309/PB, CHASSI 9C6KE1260C0024052, registrada em nome do noticiante pela Rua Aristides Vilar e ao entrar à direita na Rua Castro Alves foi atingido na lateral esquerda por outra MOTO HONDA TITAN NÃO IDENTIFICADA, conduzida por uma mulher de nome PRISCILA, a qual transitava pela contramão de direção; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA, EXPEDIDO PELO DR JAILSON DANTAS, CRM/PB 6206, DATADO DE 06.06.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que PRISCILA teve ferimentos no braço; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 15 de agosto de 2018.

  
FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigação

  
JOSÉ CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR  
Noticiante





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01553.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01553.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:16 horas do dia 15 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **José Carlos Batista de Sousa Junior**, CPF nº 093.884.044-40, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Porteiro, filho(a) de Maria Zélia Jerônimo de Sousa e José Carlos Batista de Sousa, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 25/03/1988 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Castro Alves, Nº 158, bairro Funcionários, tendo como ponto de referência Praça Lauro Wanderley, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98601-9016.

**Dados do(s) Fatos:**

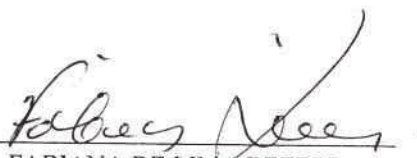
Local: Rua Castro Alves, Próximo a Praça Lauro Wanderley, João Pessoa/PB, bairro Funcionários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 22/05/18 14:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que conduzia a MOTOCICLETA YAMAHA/XTZ 125K, PRETA, 2011, PLACA OFC4309/PB, CHASSI 9C6KE1260C0024052, registrada em nome do noticiante pela Rua Aristides Vilar e ao entrar à direita na Rua Castro Alves foi atingido na lateral esquerda por outra MOTO HONDA TITAN NÃO IDENTIFICADA, conduzida por uma mulher de nome PRISCILA, a qual transitava pela contramão de direção; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA, EXPEDIDO PELO DR JAILSON DANTAS, CRM/PB 6206, DATADO DE 06.06.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que PRISCILA teve ferimentos no braço; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 15 de agosto de 2018.

  
FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigação

  
JOSÉ CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR  
Noticiante







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01553.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01553.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:16 horas do dia 15 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação; matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **José Carlos Batista de Sousa Junior**, CPF nº 093.884.044-40, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Porteiro, filho(a) de Maria Zelma Jeronimo de Sousa e José Carlos Batista de Sousa, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 25/03/1988 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Castro Alves, Nº 158, bairro Funcionários, tendo como ponto de referência Praça Lauro Wanderley, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98601-9016.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Castro Alves, Próximo a Praça Lauro Wanderley, João Pessoa/PB, bairro Funcionários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 22/05/18 14:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

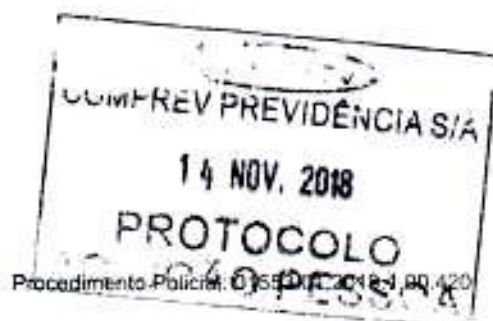
Que conduzia a MOTOCICLETA YAMAHA/XTZ 125K, PRETA, 2011, PLACA OFC4309/PB, CHASSI 9C6KE1260C0024052, registrada em nome do noticiante pela Rua Aristides Vilar e ao entrar à direita na Rua Castro Alves foi atingido na lateral esquerda por outra MOTO HONDA TITAN NÃO IDENTIFICADA, conduzida por uma mulher de nome PRISCILA, a qual transitava pela contramão de direção; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA, EXPEDIDO PELO DR JAILSON DANTAS, CRM/PB 6206, DATADO DE 06.06.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que PRISCILA teve ferimentos no braço; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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 referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 15 de agosto de 2018.

  
FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigação

  
JOSÉ CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR  
Noticiante





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 093.884.044-40 Nome completo da vítima: José Carlos Batista de Sousa Junior

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

Nome completo: José Carlos Batista de Sousa Junior CPF: 093.884.044-40  
Profissão: Porteiro Endereço: Rua: Castro Alves Número: 158 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Oitizeiro Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58.087-120  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): (83) 99921-9283

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

## DADOS CADASTRAIS

RENDIA MENSAL:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) OP.013  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 1033 ☐ CONTA: 95024 ☐  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data: João Pessoa, 14/11/2018  
Nome: José Carlos Batista de Sousa Junior  
CPF: 093.884.044-40

(\*) Assinatura de quem assina A RÔGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1º Nome: \_\_\_\_\_

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

2º Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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





REGIONAL JOÃO PESSOA

SAMU  
**192**

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



REGIONAL JOÃO PESSOA

SAMU  
**192**

CNPJ 08.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Av. Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - CEP 58053-900  
João Pessoa - PB

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 807/006, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2080429, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **JOSÉ CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR** idade 30 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão Moto x Moto)** no dia 22/05/2018, na Rua Castro Alves x Av. Tiradentes, Bairro: Funcionários I - João Pessoa - aproximadamente às 14:40 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

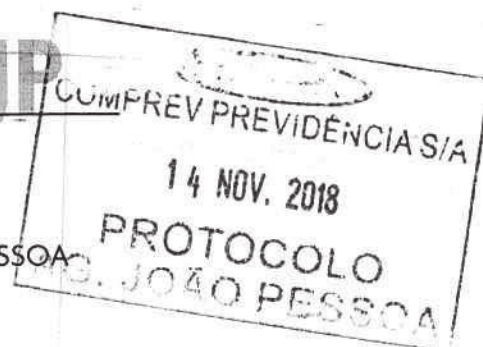
Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 07 de Agosto de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto  
Estatístico

SAMU 192 JP

Jefferson da Rocha Augusto  
Matrícula: 67.155-6  
Coordenação do SAME  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : N° 014.837.210



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

JOAQUIM GARCIA ALVES  
RUA CASTRO ALVES 158  
JOAO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/527039-2

## REFERÊNCIA

OUT/2018

## APRESENTAÇÃO

30/10/2018

## CONSUMO

112

## VENCIMENTO

21/11/2018

## TOTAL A PAGAR

R\$ 70,92

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



DESTAQUE AQUI

JOAQUIM GARCIA ALVES

Roteiro: 18-002-517-1600

83600000000-7 70920149000-6 05270392018-2 10100002019-4

## VENCIMENTO

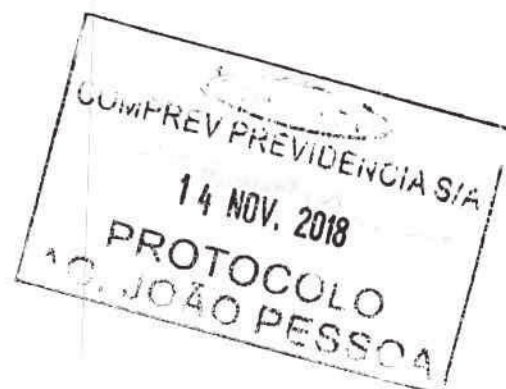
21/11/2018

## TOTAL A PAGAR

R\$ 70,92

## MATRÍCULA

527039-2018- 10-1





237

## **CERTIDÃO**

**Nº. 1498/2018**

Atendendo solicitação de **JOSE CARLOS BATISTA SOUSA JR** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 130556 e Prontuário nº 2017.10.003575 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 22/05/2018 às 15H33min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em mão e pé esquerdos.

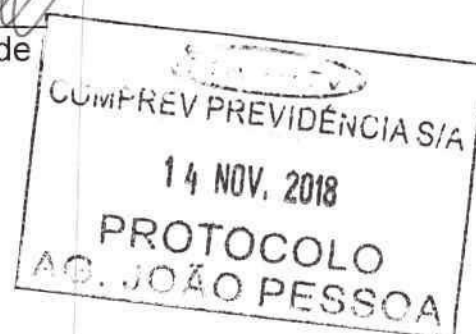
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta do pé esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 22/05/2018 com alta médica dia 06/06/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 17 de outubro de 2018

**Rosângela M. Escorel Almeida**  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883



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

Ficha Nr: 130556 Atd: Nao Regulac  
Data: 22/05/2018  
Hora: 15:33:18  
Recepcionista: GEOVANA DO SANTOS  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR

Num. de vezes atendido: 2

Num. Prontuario: 2017.10.003575

CNS: 706406643729084 Sexo: M IDENTIDADE: 3367223 Fone: 988089733

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 25/03/1988 Id: 30 ano(s)

End.: RUA CASTRO ALVES, 400 VIGILANTE DE PATRIMONIAL

Bairro: OITIZEIRO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA ZELIA JERONIMO DE SOUSA

Pai: JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: VIGILANTE SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR

Te1/Doc. Responsavel: 988089733 / IDENTIDADE: 3367223

Eedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO MOTOXMOTO TARDE CONDUTOR FUNCIONARIOS I

Vitima de violência por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

ixa Principal

A IACAO DA GERAL

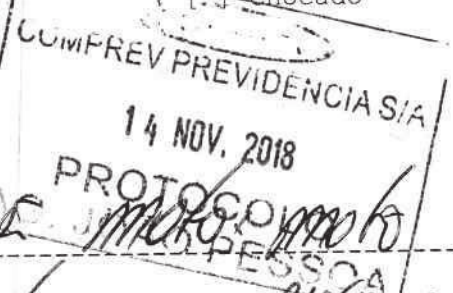
Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Consulta

Prescricao

Horario da medicacao



*Quem vítima de colisão motoxmoto tarde condutor funcionarios I*  
*nao possui feridas e distensão abdominal*  
*e nem trauma contundente no tórax*  
*Diagnóstico: D e PE D. Sinais de encefalo por*  
*SAMU e eu realizei imobilização e*  
*transporte. Ao exame físico*



Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
-------	--------------	------	---------	----------

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residencia

☒ Transferido

Desistência [ ] UTI

☐ Alta a pedido

[ ] Enfermaria

Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

de Honoris Otaípe Souza de Brito

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

Carimbo de Med

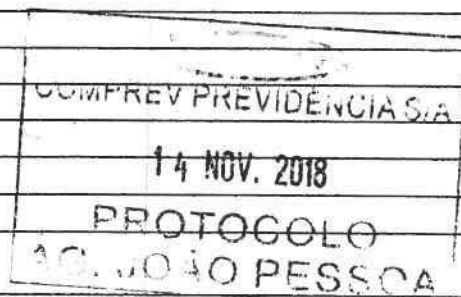


## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Dr Carlos B. de Souza Junior Data da Admissão: 27/05/18  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

QPD: \_\_\_\_\_

HDA: \_\_\_\_\_



Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### **Interrogatório Sintomatológico:**

**Geral:** ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ ☐ Prurido ☐ Sudorese  
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: \_\_\_\_\_

**Pele:** \_\_\_\_\_

**Cabeça e Pescoço:** ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe  
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

**AR e ACV:** ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise  
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

**ABD:** ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas  
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

**AGU:** ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria  
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: \_\_\_\_\_

**SME:** ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Rigidez pós-reposso ☐ Deformidades  
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

**SN e PSQ:** ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor



## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Doente em decúbito supino  
Anestesia

Incisão:

proteção e sutura

Achados:

Adoç de Compensação

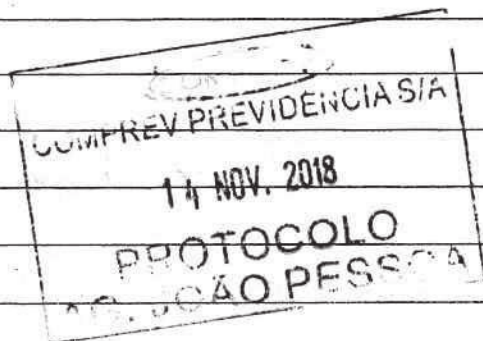
Jejum edema 8-10%

Glóbulos e desidratação

Conduta:

Intake, Jejum, Sinais e sintomas  
Intervenção

Fechamento:



OBS:

Não me refundir os pontos  
na presença da suture do  
coto de

Data:

22.05.18

Dr. Tonio Gomes Pereira  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM - 6350  
MÉDICO/CRM



## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Jose Carlos Batista</u>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO: <u>22.5.18</u>		DATA DE ALTA: <u>06.06.18</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>FRACTURA EXPÔSTA DE PEº G.D. E FURAMENTO DORSO PE</u>				CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>O mesmo</u>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES: <u>Rx</u>					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Ampliação da fratura e curativo</u>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA: <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/> ÓBITO

**RESUMO CLÍNICO** (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

paciente admitido com fratura exposta do pé esquerdo e furamento no dorso. Foi realizada cirurgia, em ambulatório, com sucesso. Paciente alto e já sendo encaminhado para avaliação de ortopedista. Será encaminhado para tratamento de fratura do pé.

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

**DIETA:** \_\_\_\_\_

**REPOUSO:** Relativo em casa por \_\_\_\_\_ dias.  
Retorno às atividades sem esforço físico em \_\_\_\_\_ dias.  
Retorno às atividades com esforço físico leve em \_\_\_\_\_ dias e com esforço maior em \_\_\_\_\_ dias.

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

**MEDICAÇÕES PARA CASA:** \_\_\_\_\_

**RETORNO** Ao posto de saúde em \_\_\_\_\_ para retirada de pontos.  
Ao Ambulatório do \_\_\_\_\_ em 30 dias para revisão.

06.06.18

DATA

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

Dr. Jailson Dantas  
Cirurgião Plástico  
CRM 15.510/9  
RAB 6206



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JÚNIOR

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
3367223 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO  
093.884.044-40 25/03/1988

FILIAÇÃO  
JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA  
MARIA ZELIA JERONIMO DE SOUSA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.  
A

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO  
05565324419 11/08/2021 14/08/2012

OBSERVAÇÕES  
A

*João Carlos B. de Sousa Júnior*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO  
JOÃO PESSOA, PB 11/08/2016

*Arivaldo*  
ASSINATURA DO EMISSOR

68916185868  
PB033061742

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1290216108

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1290216108

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
14 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AC. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
3367223 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO  
093.884.044-40 25/03/1988

FILIAÇÃO  
JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA  
MARIA ZELIA JERONIMO DE SOUSA

PERMISSÃO ACC CATIAA  
A

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO  
05565324419 11/08/2021 14/08/2012

OBSERVAÇÕES  
A

*João Carlos B. de Sousa Júnior*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO  
JOÃO PESSOA, PB 11/08/2016

*Arivaldo*  
Assessor Vitor da Silva  
Assinatura do Emissor

68916185868  
PB033061742

DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1290216108

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1290216108

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
14 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AC. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 013928946691

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 0040816255-4 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME

JOSE CARLOS BATISTA DE S JUNIOR

CPF / CNPJ

09388404440

PLACA

OFC4309/PB

PLACA ANT / UF

NOVO

PB

CHASSI

9C6KE1260C0024052

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

VAMZ P / VTE 125

ANO FAB.

2011

ANO MOD.

2011

CAP / POT / CIL

2 P/124 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

I  
P  
V  
A

FAIXA I.P.V.A.

\*\*\*\*\*

PARCELAMENTO / COTAS

0

VENC. COTA ÚNICA

00/00/0000

VENC / COTAS

1ª  
2ª  
3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

\*\*\*\*\*

IOF (R\$)

SEGURO

PRÊMIO TOTAL (R\$)

P A G O

DATA DE PAGAMENTO

30/01/2018

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMINIO

LOCAL

JOAO PESSOA - PB

DATA

30/01/2018

32280



32280

894089

SEGURO OBRIGATÓRIO  
AUTOMOTORES  
TRANSPORTES

PB Nº 013

ESTE É  
PARA M  
AS C

VIA 1 09388

RENAVAM 004081625

ANO FAB. 2011

FNS (R\$) \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE \*\*\*\*\*

3 COTA ÚNICA

PROTOCOLO  
14 NOV. 2018  
JOAO PESSOA

DETRAN

CONTRAN

32280

894

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180537786 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR **Data do acidente:** 22/05/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 11/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 5º METATARSO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA E TENORRAFIA) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

**CRM:** 5255920-8

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180537786 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR **Data do acidente:** 22/05/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 11/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 5º METATARSO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA E TENORRAFIA) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180537786 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR **Data do acidente:** 22/05/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 11/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 5º METATARSO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA E TENORRAFIA) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

**CRM:** 5255920-8

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414705/18

**Número do Sinistro:** 3180537786

**Vítima:** JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIO

**CPF:** 093.884.044-40

**Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

**Data do acidente:** 22/05/2018

**Titular do CPF:** JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/11/2018  
Nome: JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR  
CPF: 093.884.044-40

JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/11/2018  
Nome: RENATO LUNA DIAS  
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414705/18

**Vítima:** JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIO

**CPF:** 093.884.044-40

**Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

**Data do acidente:** 22/05/2018

**Titular do CPF:** JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR : 093.884.044-40**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/11/2018  
Nome: JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR  
CPF: 093.884.044-40

JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2018  
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA  
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414705/18

**Número do Sinistro:** 3180537786

**Vítima:** JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIO

**CPF:** 093.884.044-40

**Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

**Data do acidente:** 22/05/2018

**Titular do CPF:** JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/11/2018  
Nome: JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR  
CPF: 093.884.044-40

JOSE CARLOS BATISTA DE SOUSA JUNIOR

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2018  
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA  
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA