

Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: JOSE LUCAS SILVA LIMA

Nº Sinistro: 3180183237

Vitima: JOSE LUCAS SILVA LIMA

Data do Acidente: 19/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180183237**.

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 12717015



Rio de Janeiro, 28 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE LUCAS SILVA LIMA
Nº Sinistro: 3180183237
Vitima: JOSE LUCAS SILVA LIMA
Data do Acidente: 19/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180183237**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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 13023411



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOSE LUCAS SILVA LIMA

Sinistro: 3180183237
Vítima: JOSE LUCAS SILVA LIMA
Data do Acidente: 19/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180183237** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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



Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOSE LUCAS SILVA LIMA

Nº Sinistro: 3180183237

Vitima: JOSE LUCAS SILVA LIMA

Data do Acidente: 19/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180183237**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

115.492.444-00

Jose Loucas Silva Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Jose Loucas Silva Lima		CPF (titular da conta) 115.492.444-00	Profissão Professor
Endereço Rua: dos Raimbeiros		Número 18	Complemento
Bairro Anatólia	Cidade João Pessoa	Estado PB	CEP 58052-090
E-mail alexandracarduarte@hotmail.com		Telefone (DDD) 98663-4940	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input checked="" type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)					
AGÊNCIA Nº: 8757 D/V:		CONTA Nº: 15313 D/V: 8		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome:	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	



Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa de março de 2018

Local e Data

[Assinatura]
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Banco Itaú S/A

DEMONSTRATIVO ANUAL DE SALDOS

DATA: 28/03/2018 HORA: 13:17:21
AGENCIA: 8757 CONTA: 15313-8
CPF: 115.492.444-00

FONTE PAGADORA: ITAJ UNIBANCO S.A.
CNPJ: 60.701.190/0001-04

RENDIMENTOS ISENTOS E NAO TRIBUTAVEIS
CONTA DE POUPANCA
SALDO EM 31/12/2016:

SALDO EM 31/12/2017:

RENDIMENTOS NO ANO:



ESTE DOCUMENTO NAO SUBSTITUI O INFORME
ANUAL DE REDIMENTOS. CASO VOCE POSSUA
OUTROS INVESTIMENTOS, ACESSE SUA CONTA
NA INTERNET OU PROCURE SUA AGENCIA.





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00542.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00542.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:21 horas do dia 20 de março 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 Lucas Silva Lima**, CPF nº 115.492.444-00, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Professor, filho(a) de Maria das Dores Silva e Lindomar Alves de Lima, natural de Bayeux/PB, nascido(a) em 01/12/1993 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua dos Pinheiros, Nº 078, bairro Bancários, tendo como ponto de referência Jpi Curso de Inglês, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99638-0311.

Dados do(s) Fatos:

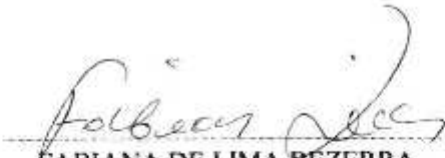
Local: Av. Hilton Souto Maior, De Frente Ao Casa Tudo, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 19/11/17 16:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

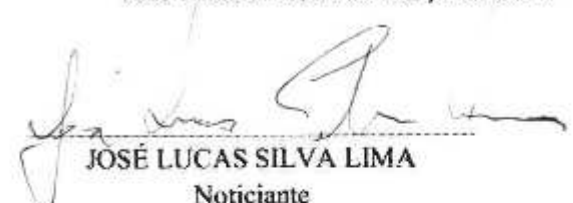
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CB 250F TWISTER, PRETA, 2015/2016, PLACA OEX7751/PB, CHASSI 9C2MC4400GR008232, registrada em nome do noticiante, quando colidiu na parte traseira de um CARRO FIAT WAY, PRATA, NÃO IDENTIFICADO, o qual saiu de uma rua adjacente e entrou de vez na frente do noticiante; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0261/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 09.02.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido pelo SAMU; 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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 20 de março de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


JOSÉ LUCAS SILVA LIMA
Noticiante



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Jose Loucas Silva Lima

CPF da Vítima

135.492.444-00

Data do Acidente

19-11-17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a perícia ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



João Pessoa, 20 de março de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário



Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**SAMU
192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

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



**SAMU
192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

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 recebimento nº 711/080, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1890143, o atendimento pré-hospitalar realizado e a referida prestação de serviço ao paciente **JOSE LUCAS DA SILVA LIMA** (idade 23 anos, vítima de acidente de trânsito (Colisão carro x moto) no dia 19/11/2017, na Av. Hilton Souto Maior, Bairro: Mangabeira - João Pessoa - aproximadamente às 16:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira) pela ambulância dos Bombeiros.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 29 de Novembro de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto

Enfermeiro

CREMESP nº 1012

SAMU 192 JP

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB

Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	675,00
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE LUCAS SILVA LIMA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08757

CONTA: 000000015313-8

Autenticação:

152F97169305FCDF2321F6ABF1C89083C6C48B6F4E38AFF7A381875F4BE031C9



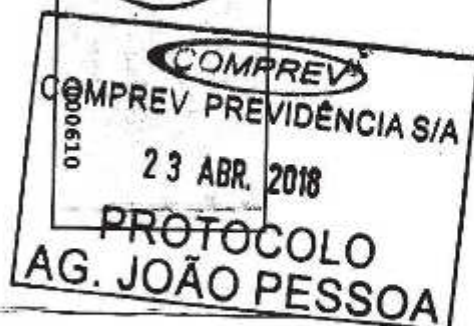
PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



JOSE LUCAS SILVA LIMA
DOS PINHEIROS 78
ANATOLIA
JOAO PESSOA - PB
58052-090



5013196987403890000001240230230218



ALEXANDRA CESAR DUARTE
AV MARIA RISSA, 10000
VANDARA
15110-140 JOAO PESSOA - PB

Código NET
907/013314867
CPF/CNPJ
046.502.754-74

PERÍODO
25/09/2017
Forma de Pagamento
194,64
BOLETO BANCÁRIO

VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSE NET.COM.BR

importante:

Minha NET:



NET
O MUNDO É DOS NETS

AV. BRASIL, 1000
JARDIM
040.500.754-92

007.0131/0001

25/06/2018

54

040.500.754-92

BOLETO BANCÁRIO

Importante:

Este boleto é emitido em nome de NET S.A. e deve ser pago para a conta de crédito 007.0131/0001-9, sob o nome de NET S.A. O valor devido é de R\$ 100,00 (cem reais). O boleto é válido por 60 dias, a partir da data de emissão. O pagamento deve ser feito em nome de NET S.A. e para a conta de crédito mencionada. O valor devido é de R\$ 100,00 (cem reais). O boleto é válido por 60 dias, a partir da data de emissão. O pagamento deve ser feito em nome de NET S.A. e para a conta de crédito mencionada.

Mínimo NET:

NET 2.000.000

NET 1.000.000

NET 100.000

NET 50.000

NET VANTUA

NET VANTUA é uma modalidade de pagamento que permite que você pague suas contas de água, luz, gás, telefone, etc., diretamente pelo boleto NET VANTUA.

Para utilizar a NET VANTUA, você deve informar ao seu fornecedor de serviços a sua conta de crédito 007.0131/0001-9, sob o nome de NET S.A.

Para NET VANTUA

NET FONE

NET FONE é uma modalidade de pagamento que permite que você pague sua conta de telefone diretamente pelo boleto NET FONE.

Para NET FONE

Para NET FONE

VOCE JA LIGOU A LIGADORA PARA ALugar O SEU FONE?
TAMBEM PODE UTILIZA-LA PARA ALugar O NOVO E A SERVIÇO
DA SUA REDE VOIP NA JARINA NET.

Este boleto é emitido em nome de NET S.A. e deve ser pago para a conta de crédito 007.0131/0001-9, sob o nome de NET S.A. O valor devido é de R\$ 100,00 (cem reais). O boleto é válido por 60 dias, a partir da data de emissão. O pagamento deve ser feito em nome de NET S.A. e para a conta de crédito mencionada.

Este boleto é emitido em nome de NET S.A. e deve ser pago para a conta de crédito 007.0131/0001-9, sob o nome de NET S.A. O valor devido é de R\$ 100,00 (cem reais). O boleto é válido por 60 dias, a partir da data de emissão. O pagamento deve ser feito em nome de NET S.A. e para a conta de crédito mencionada.

Este boleto é emitido em nome de NET S.A. e deve ser pago para a conta de crédito 007.0131/0001-9, sob o nome de NET S.A. O valor devido é de R\$ 100,00 (cem reais). O boleto é válido por 60 dias, a partir da data de emissão. O pagamento deve ser feito em nome de NET S.A. e para a conta de crédito mencionada.

Este boleto é emitido em nome de NET S.A. e deve ser pago para a conta de crédito 007.0131/0001-9, sob o nome de NET S.A. O valor devido é de R\$ 100,00 (cem reais). O boleto é válido por 60 dias, a partir da data de emissão. O pagamento deve ser feito em nome de NET S.A. e para a conta de crédito mencionada.

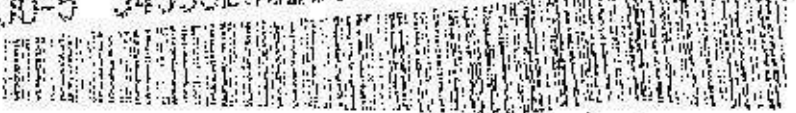
Este boleto é emitido em nome de NET S.A. e deve ser pago para a conta de crédito 007.0131/0001-9, sob o nome de NET S.A. O valor devido é de R\$ 100,00 (cem reais). O boleto é válido por 60 dias, a partir da data de emissão. O pagamento deve ser feito em nome de NET S.A. e para a conta de crédito mencionada.

Chave:
ALEXANDRA CESAR DUARTE

NET SERVICES 007.0131/0001-9

Assinatura do
Assinante

84610000000-5 54590296201-2 80525907000-3 0012



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandre Cesar Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Loucas Silva Lima inscrito
(a) no CPF sob o Nº 115.492.444-00 do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima
Jose Loucas Silva Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 115.492.444-00 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Av. Maria Rosa</u>		Número <u>58</u>	Complemento
Bairro <u>Alameda</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58038-460</u>
Email <u>alexandracesarduarte@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>98663-4900</u>	Telefone celular (DDD) <u>99705-5363</u>

João Pessoa, 16 de maio de 2018
Local e Data

Alexandre Cesar Duarte
Assinatura do Declarante





CERTIDÃO

Nº. 0261/2018

Atendendo solicitação de **JOSE LUCAS SILVA LIMA** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 79177 e prontuário Nº 2017.06.002985 pertencente a requerente que foi atendido dia 19/11/2017 às 16H53min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em pé esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos de pé esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 28/11/2017 com alta médica dia 29/11/2017.

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

João Pessoa, 09 de fevereiro de 2018

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



CITUBA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
EXCO. HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BUSAT
AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N.
56-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
CNPJ:

Ficha Nr: 79106
Data: 19/11/2017
Hora: 16:53:09

Atd: Nao Regulado

Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE ARAU
Clinica: CIRURGICA

OS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 2
Num. Prontuario: 2017.06.002985

e: JOSE LUCAS SILVA LIMA

: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 986904200

urial: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 01/12/1993 Id: 24 ano(s)

l.: RUA DOS PINHEIROS, 72

erro: BANCARIOS Cidade: JOAO PESSOA UI: PE

e: MARIA DAS DORES SILVA

Pai:

ca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

upação: ESTUDANTE

Escolaridade: NAO INFORMADO

FORMACOES DE ENTRADA

: JOSE LUCAS SILVA LIMA

1/Doc. Responsavel: 986904200 / SEM DOCUMENTO: SD

ocedencia: RUA

ransporte utilizado: BOMBEIROS

itima de acidente por: COL. CARRO MOTO AS 16:15

itima de violência por: NA HILTON SOUTO MAIOR

1 Caso Policial

RE-CONSULTA

ipo de Classificação de Risco: AMARELO

A: FR:

C: TP:

eso: Altura:

ilicemia: IMC:

ra Abd: O2%:

Queixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
<input type="checkbox"/> Vomito	
Observacao	

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente trazido pelos bombeiros, com historia de coliseo
carro x moto, com capacete. Apresenta dor em MIE, com
limitação de movimento. Nega perda de consciencia, náusea
ou vomitos. ACV, AR, Abd: NDN. Nega outras queixas

Diagnostico

Fratura/Luxação de MIE?

Conduta

Solicito Rx pernae.
Solicito para o BRTCA
COMPREV PREVIDENCIA S/A

Prescrição

Horario da medicacao

23 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Letícia Alves Benjamin
Médica
CRM-PB 9237



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Jose Luis Silva Lima Data da Admissão: 18.11.17
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: Dor em p(t)

HDA: Queixas de costas com fratura no p(t)
Referindo dor + dificuldade a
p(t)

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 [] Hematuria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

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

SN e PSO: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade
[] Amnésia [] Libido [] Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: Edem 4/4 pr C

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: Fratura do 2º 3º 4º metatarso

Conduta: Internar pr Cirurgia

Dr. Indalécio Paselli Fernandes
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 8827 - ROR

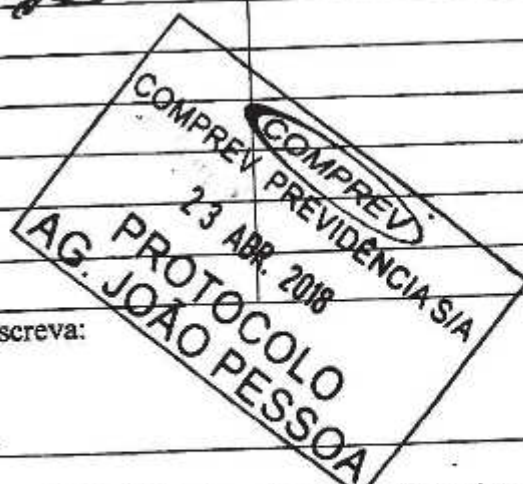
Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira - João Pessoa - PB.

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
23 ABR. 2018
AG. PROTOCOLO
JOÃO PESSOA



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Mr. Leocir Silva</i>				Registro:	
Idade: <i>24</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>M</i>	Clinica: <i>Clínica</i>	EMP:	LR:
Data: <i>28/11/17</i>	Cirurgião: <i>Dr. Roberto Carlos B. Da Costa</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesiista: <i>Dr. Camilo</i>	Tipo Anestesia: <i>Rapí</i>			Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura do osso da</i>					
<i>espinha</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<i>Redução cirúrgica</i>					
<i>com fixação</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

infusão e anestesia
do campo operatório

Incisão:

Realizada a redeção
cirúrgica do paciente

Achados:

marcas 3/8 mil/
fis de triseção

Conduta:

no 2.1
gerando
Judeu
Do Lado

Fechamento:

OBS:



Data: 28/11/14

Dr. Roberto A. Santos
Ortop. Traumatologia
CRM-PB 3880

MÉDICO/CRM



CERTIDÃO

Nº. 0261/2018

Atendendo solicitação de **JOSE LUCAS SILVA LIMA** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 79177 e prontuário Nº 2017.06.002985 pertencente a requerente que foi atendido dia 19/11/2017 às 16H53min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em pé esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos de pé esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 28/11/2017 com alta médica dia 29/11/2017.

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

João Pessoa, 09 de fevereiro de 2018

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



CITUBA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
EXCO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BUSAT
AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N.
56-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
CNPJ:

Ficha Nr: 79106

Atd: Nao Regulado

Data: 19/11/2017

Hora: 16:53:09

Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE ARAU

Clinica: CIRURGICA

OS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 2

Num. Prontuario: 2017.06.002985

e: JOSE LUCAS SILVA LIMA

: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 986904200

urial: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 01/12/1993 Id: 24 ano(s)

l.: RUA DOS PINHEIROS, 72

erro: BANCARIOS Cidade: JOAO PESSOA UI: PE

pa: MARIA DAS DORES SILVA

ca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

upação: ESTUDANTE

FORMACOES DE ENTRADA

: JOSE LUCAS SILVA LIMA

1/Doc. Responsavel: 986904200 / SEM DOCUMENTO: SD

ocedencia: RUA

Estado Civil: NAO INFORMADO

Escolaridade: NAO INFORMADO

ransporte utilizado: BOMBEIROS

itima de acidente por: COL. CARRO MOTO AS 16:15

itima de violência por: NA HILTON SOUTO MAIOR

1 Caso Policial

RE-CONSULTA

ipo de Classificação de Risco: AMARELO

A: FR:

C: TP:

eso: Altura:

ilicemia: IMC:

ra Abd: O2%:

Queixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem

☐ Politraumatizado

☐ Hemorragia

☐ Diarreia

☐ Regular

☐ Vomito

Observacao

☐ Grave

☐ Convulsao

☐ Dispneia

☐ Agitado

☐ Chocado

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente trazido pelos bombeiros, com historia de coliseo
carro x moto, com capacete. Apresenta dor em MIE, com
limitação de movimento. Nega perda de consciencia, náusea
ou vomitos. ACV, AR, Abd: NDN. Nega outras queixas

Diagnostico

Fratura/Luxação de MIE?

Prescrição

Conduta

- Solicito Rx pernae.
- Solicito para o BRTCA

Horario da medicacao

COMPREV
COMPREV
COMPREV
23 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Letícia Alves Benjamin
Médica
CRM-PB 9237



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Jose Luis Silva Lima Data da Admissão: 18.11.17
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: Dor em p(t)

HDA: Queda de peso com fratura no p(t)
Reparação dor + deformidade
p(t)

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
[] Dispneia [] 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 [] Hematuria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

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

SN e PSO: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade
[] Amnésia [] Libido [] Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: Edem 4/4 pr C

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: Fratura do 2º 3º 4º metatarso

Conduta: Internar pr Cirurgia

Dr. Indalécio Paselli Fernandes
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 8821 - PB

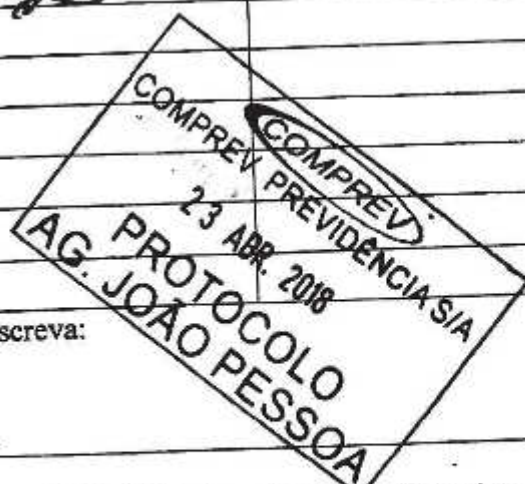
Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira - João Pessoa - PB.

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
23 ABR. 2018
AG. PROTOCOLO
JOÃO PESSOA



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Mr. Leocir Silva</i>				Registro:	
Idade: <i>24</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>M</i>	Clinica: <i>Clínica</i>	EMP:	LR:
Data: <i>28/11/17</i>	Cirurgião: <i>Dr. Roberto Carlos B. Da Silva</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesiista: <i>Dr. Camilo</i>	Tipo Anestesia: <i>Rapí</i>			Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura do osso da</i>					
<i>espinha</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<i>Redução cirúrgica</i>					
<i>com fixação</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

infusão e anestesia
do campo operatório

Incisão:

Realizada a redeção
cirúrgica do paciente

Achados:

marcas 3/8 mil/
fim de tração

Conduta:

no 2.º
segmento
de fratura
do fêmur

Fechamento:

OBS:



Data: 28/11/14

Dr. Roberto A. Santos
Ortop. e Traumatologia
CRM-PB 3880

MÉDICO/CRM

Dra. Arleide Andrade Medeiros
CRM/PB 11.289

Paciente: JOSÉ LUCAS SILVA LIMA.

LAUDO MÉDICO.


O paciente JOSÉ LUCAS SILVA LIMA, foi vítima de acidente de trânsito no dia 19/11/2017, em decorrência do qual sofreu lesões traumáticas nos ossos do pé esquerdo: "fratura do 2º 3º 4º metatarso", conforme exames de imagem e diagnóstico hospitalar.

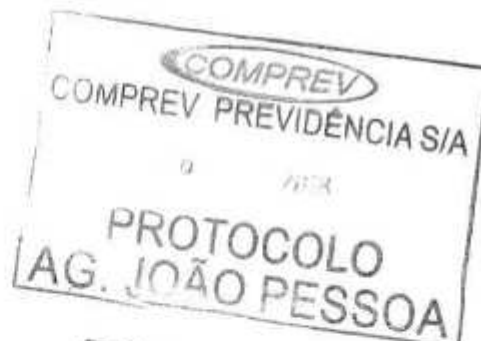
Submetido a procedimento cirúrgico, como se extraí de relatório hospitalar para tratamento das fraturas no membro inferior esquerdo.

Do exame clínico, vê-se limitação dos movimentos no membro inferior esquerdo decorrente das lesões sofridas, prejudicando o exercício das atividades rotineiras.

CID: S92.3. , T93.2

João Pessoa, 08 de agosto de 2018.


Dra. Arleide Andrade Medeiros
Médica
CRM/PB 11.289



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

NOME
JOSE LUCAS SILVA LIMA

DOC. IDENTIDADE / OUT. IDENTIDADE
3509987 SEDS PB

CPF
115.492.444-00

DATA NASCIMENTO
01/12/1993

FUNÇÃO
LINDOMAR ALVES DE LIMA
MARIA DAS DORES SILVA

PERMISSÃO **ACC** **CELULA**
AB AB AB

Nº RENOVADO
06307699201

VALIDADEZ
14/10/2019

1ª VALIDADEZ
24/02/2015

VÁLIDA EM TODAS
AS TERRITORIAIS NACIONAIS
1350572062

Observações

João Pessoa
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
28/09/2016

João Pessoa
20001004645
PB033310432

DETRAN, PB (PARAIBA)

PRIMEIRA PLASTIFICADA
1350572062

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



07833220

Assinatura do Titular da Carteira



CARTEIRA DE IDENTIDADE DE ADVOGADO



O A B

A Carteira Profissional dos Advogados do Brasil é emitida pelo Conselho Federal da OAB, com base no registro profissional no Conselho Seccional da OAB, e é obrigatória para a prática da advocacia.

da Paraíba

Matrícula Nº

14438

Nome

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Filiação

ALEXANDRE DE ARAÚJO DUARTE e MARCIA CESAR DUARTE

Naturalidade

RIO DE JANEIRO-RJ

Nacionalidade

BRASILEIRA

Data de Nascimento

21/03/1982

Data de Conclusão de Curso

17/12/2008

Data de Criação de Carteira

30/07/2007

Data de Expiração

12/01/2009

Jose Mano Junior

JOSE MANO PORTO JUNIOR
PRESIDENTE

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180183237

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE LUCAS SILVA LIMA

Data do acidente: 19/11/2017

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS 2º, 3º E 4º METATARSOS DO PÉ ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: VITIMA RELATA DOR AOS MOVIMENTOS E À DEAMBULAÇÃO. AO EXAME VITIMA APRESENTA LIMITAÇÃO RESIDUAL DOS MOVIMENTOS DO ANTE PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA. REFERE FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/08/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre Lopes Soares

CRM do médico: 6144

UF do CRM do médico: PB

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 residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A SEGURADORA LÍDER DE CONCONSÓRCIO DPVAT

Eu José Lucas Silva Lima, Sinistro
de nº 3180183237, inscrito no CPF de nº 115 492 444 00,
venho respeitosamente a vossa senhoria solicitar o seguinte:

A priori informo a Seguradora Líder que não posso aceitar líquido e incerto da minha indenização, razão pela qual, me encontro com sequelas graves em decorrência do acidente.

Informo ainda que só tenho como expor a documentação que consta em anexo, pois fui atendido em hospital público e o mesmo só disponibiliza a documentação apresentada. E que não tenho como pagar uma consulta em clínica particular para que um médico possa me avaliar.

A meu ver, não fui bem avaliado pelo médico do setor, e não passei por nenhum médico cadastrado na Seguradora Líder.

Informo que me encontro à disposição de auditoria caso achem necessário.

Por ter ciência que cabe recurso judicial para tal esta carta tem apenas uma finalidade: que haja nova reanálise no meu processo para que um médico perito possa analisar minhas lesões.

Diante de todo exposto, solicito-lhes, que me encaminhe o mais breve possível para perícia médica, onde de fato, poderei comprovar definitivamente minhas sequelas, objetivando receber a indenização devida à qual tenho direito, conforme preceitua a Lei nº 6.194 de 19 de dezembro de 1974.

Certo de vossa atenção antecipo-lhes meus sinceros agradecimentos.

João Pessoa – PB 17 de Julho de 2018

Procurador (a)

José Lucas Silva Lima
Assinatura do Declarante

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180183237 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LUCAS SILVA LIMA **Data do acidente:** 19/11/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS 2º, 3º E 4º METATARSOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: VITIMA RELATA DOR AOS MOVIMENTOS E À DEAMBULAÇÃO. AO EXAME VITIMA APRESENTA LIMITAÇÃO RESIDUAL DOS MOVIMENTOS DO ANTE PÉ ESQUERDO.

Sequelas permanentes: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA. REFERE FISIOTERAPIA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 13/08/2018.
FEITA REANÁLISE AMD, SEQUELA NESTE SEGMENTO JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PRESENTE EM LEI VIGENTE.
SINISTRO ATUAL: 0%.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180183237 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LUCAS SILVA LIMA **Data do acidente:** 19/11/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS 2º, 3º E 4º METATARSOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: VITIMA RELATA DOR AOS MOVIMENTOS E À DEAMBULAÇÃO. AO EXAME VITIMA APRESENTA LIMITAÇÃO RESIDUAL DOS MOVIMENTOS DO ANTE PÉ ESQUERDO.

Sequelas permanentes: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA. REFERE FISIOTERAPIA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 13/08/2018.
FEITA REANÁLISE AMD, SEQUELA NESTE SEGMENTO JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PRESENTE EM LEI VIGENTE.
SINISTRO ATUAL: 0%.

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: 3180183237 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LUCAS SILVA LIMA **Data do acidente:** 19/11/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/07/2018
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: .
Resultados terapêuticos: .
Sequelas permanentes:
Sequelas: Sem sequela
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas:
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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180183237 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LUCAS SILVA LIMA **Data do acidente:** 19/11/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º,3º,4º METATARSOS DO PÉ ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL EM PÉ ESQUERDO EM CONSEQUÊNCIA AO SINISTRO EM QUESTÃO

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 residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180183237 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LUCAS SILVA LIMA **Data do acidente:** 19/11/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º,3º E 4º METATARSO DO PÉ ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO 2º,3º E 4º METATARSO DO PÉ ESQUERDO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO APRESENTAR EXAMES DE IMAGEM E RELATÓRIO MÉDICO ATUALIZADO COM DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO REALIZADO.

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

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: Fernanda Cardoso Guerra Fonseca

CRM do médico: 5253342-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Fernanda C. G. Fonseca

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180183237 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LUCAS SILVA LIMA **Data do acidente:** 19/11/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS 2º, 3º E 4º METATARSOS DO PÉ ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: VITIMA RELATA DOR AOS MOVIMENTOS E À DEAMBULAÇÃO. AO EXAME VITIMA APRESENTA LIMITAÇÃO RESIDUAL DOS MOVIMENTOS DO ANTE PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA. REFERE FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/08/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre Lopes Soares

CRM do médico: 6144

UF do CRM do médico: PB

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 residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180183237

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE LUCAS SILVA LIMA

Data do acidente: 19/11/2017

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS 2º, 3º E 4º METATARSOS DO PÉ ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: VITIMA RELATA DOR AOS MOVIMENTOS E À DEAMBULAÇÃO. AO EXAME VITIMA APRESENTA LIMITAÇÃO RESIDUAL DOS MOVIMENTOS DO ANTE PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA. REFERE FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/08/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre Lopes Soares

CRM do médico: 6144

UF do CRM do médico: PB

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 residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180183237**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE LUCAS SILVA LIMA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R DOS PINHEIROS, 78 - ANATOLIA - João Pessoa - PB - CEP 58052-090

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **35009987**

Data e local do acidente: [**19/11/2017**] **JOAO PESSOA - PB**

Data e local do exame: [**13/08/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DOS 2º, 3º E 4º METATARSOS DO PÉ ESQUERDO.

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

VITIMA RELATA DOR AOS MOVIMENTOS E À DEAMBULAÇÃO. AO EXAME VITIMA APRESENTA LIMITAÇÃO RESIDUAL DOS MOVIMENTOS DO ANTE PÉ ESQUERDO.

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

[**X**] Sim [] Não

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

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA. REFERE FISIOTERAPIA.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do pé esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Pé esquerdo

% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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



Andre Lopes Soares - CRM: 6144 - PB