

---

Rio de Janeiro, 29 de Março de 2018

**Aos Cuidados de:** JORGE MARTINS DE LIMA

**Nº Sinistro:** 3180140079

**Vitima:** JORGE MARTINS DE LIMA

**Data do Acidente:** 04/09/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180140079**.

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**



Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2018

**Aos Cuidados de:** JORGE MARTINS DE LIMA

**Sinistro:** 3180140079

**Vítima:** JORGE MARTINS DE LIMA

**Data do Acidente:** 04/09/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**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 3180140079** 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](http://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, 25 de Abril de 2018

**Aos Cuidados de:** JORGE MARTINS DE LIMA

**Nº Sinistro:** 3180140079

**Vitima:** JORGE MARTINS DE LIMA

**Data do Acidente:** 04/09/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180140079**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **04/09/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. 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.

**E 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

095.349.784-09

Nome completo da vítima

Jorge Martins de Lima

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	Jorge Martins de Lima	CPF titular da conta	095.349.784-09	Profissão	Desempregado -
Endereço	Rua Botafoogo	Número	39	Complemento	
Bairro	Mandacaru	Cidade	João Pessoa	Estado	PB
Email	udire.dpvat@gmail.com			CEP	08024-631
				Telefone (DDD)	(83) 9100-5607

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.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0036		013000018310	3
(Informar dígito se existir)			

BANCO Nome	NRO.		
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(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.

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00547.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00547.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 15:43 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 **Jorge Martins de Lima**, CPF nº 025.349.714-09, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Desempregado, filho(a) de Maria de Lourdes Teixeira de Lima e Manoel Martins de Lima, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 15/06/1976 (41 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Botafogo, Nº 32, bairro Alto do Céu, tendo como ponto de referência Farmácia Frei Damião, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98649-6725.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Diogo Velho, Próximo À Caixa D'água da Cagepa, João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/09/17 07:15h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

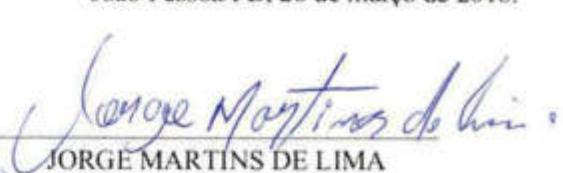
Que dirigia-se ao seu local de trabalho conduzindo a MOTOCICLETA HONDA/CBX 250 TWISTER, AMARELA, 2006/2007, PLACA MOL8878/PB, CHASSI 9C2MC35007R020391, registrada em nome do noticiante, sentido Mandacaru/Jaguaribe, quando ao passar pelo cruzamento de uma rua na esquina da caixa d'água da CAGEPA o noticiante foi atingido na lateral esquerda por uma CAMIONETE MONTANA, BRANCA, PLACA NÃO IDENTIFICADA; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELA DR<sup>a</sup> JOACILA BRAGA BRANDÃO, CRM 1741/PB, DATADO DE 02.02.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena para onde foi socorrido(a) pelos BOMBEIROS; 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 fé.

João Pessoa/PB, 20 de março de 2018.

  
FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação

  
JORGE MARTINS DE LIMA

Noticiante

  
IMPRE  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
23 MAR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

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 interditada 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

Jorge Martins de Lima

CPF da Vítima

025.349.734-09

Data do Acidente

04/09/2017

**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 §1º 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 futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Local e Data

Jorge Martins de Lima  
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



VISTO EM: 22/01/18

  
Ronaldo da Costa  
COMANDANTE DO BAPM/CBMPB  
MAT. 521.280-4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**  
**3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 17 de Janeiro de 2018.

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N°. 026/2018**

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 04/08/2017, conforme requerimento nº 026/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 07h59min o/a Sr.(a) **JORGE MARTINS DE LIMA**, CPF Nº 025.349.714-09, vítima de acidente de (colisão (carro x moto)), ocorrido na Rua Diogo Velho, Centro – João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-46, tendo como chefe o **SARGENTO BM SEVERINO DO RAMO LIMA DE ALMEIDA**, Matrícula 518.130-5. A vítima conduzia a motocicleta usando capacete, desorientada, com dores na lombar e quadril, edema na altura da clavícula e escoriações nos membros inferiores. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza** - CB BM, Mat. 523.518-9, ( ) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

**WILMESON DIEGO A. DE SOUSA**  
Chefe da 3ª Seção

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

21 MAR. 2018

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JORGE MARTINS DE LIMA
DATA DE NASCIMENTO	15/06/76
NOME DA MÃE	MARIA DE LOURDES TEIXEIRA DE LIMA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1025154
PRONTUÁRIO N.º	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
DATA DO ATENDIMENTO	04/09/17
HORA DO ATENDIMENTO	08:19
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTO
DIAGNÓSTICO (S)	TCE
CID 10	T 00.9 + S 09.9

### AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE COLISÃO VEÍCULO X MOTO, RESGATADO POR BOMBEIROS COM RELATO DE DESMAIO + DORSALGIA + CERVICALGIA + DOR EM OMBRO ESQUERDO. GLASGOW 15.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC DE CRÂNIO  
RX DE COLUNA CERVICAL  
RX DE COLUNA TÓRACO-LOMBAR  
RX DE BACIA

### TRATAMENTO

PACIENTE EM OBSERVAÇÃO NCR POR TCE + AVALIAÇÃO COT, NÃO SE CONSTATANDO FRATURAS. MEDICADO.

ALTA HOSPITALAR: 04/09/2017 ÀS 18:00H  
DATA DA EMISSÃO: 02/02/2018

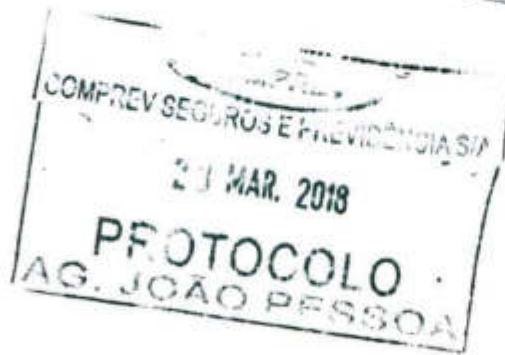
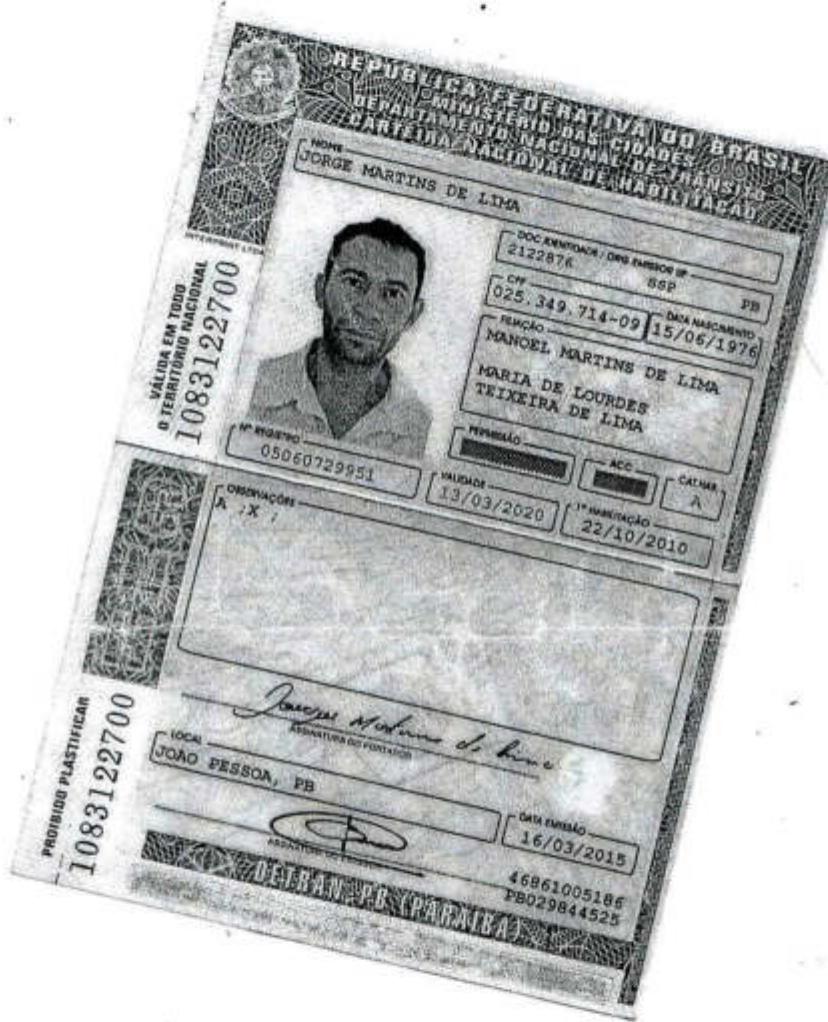
Dr. Joacila Braga Brandão  
CRM: 1741/PB

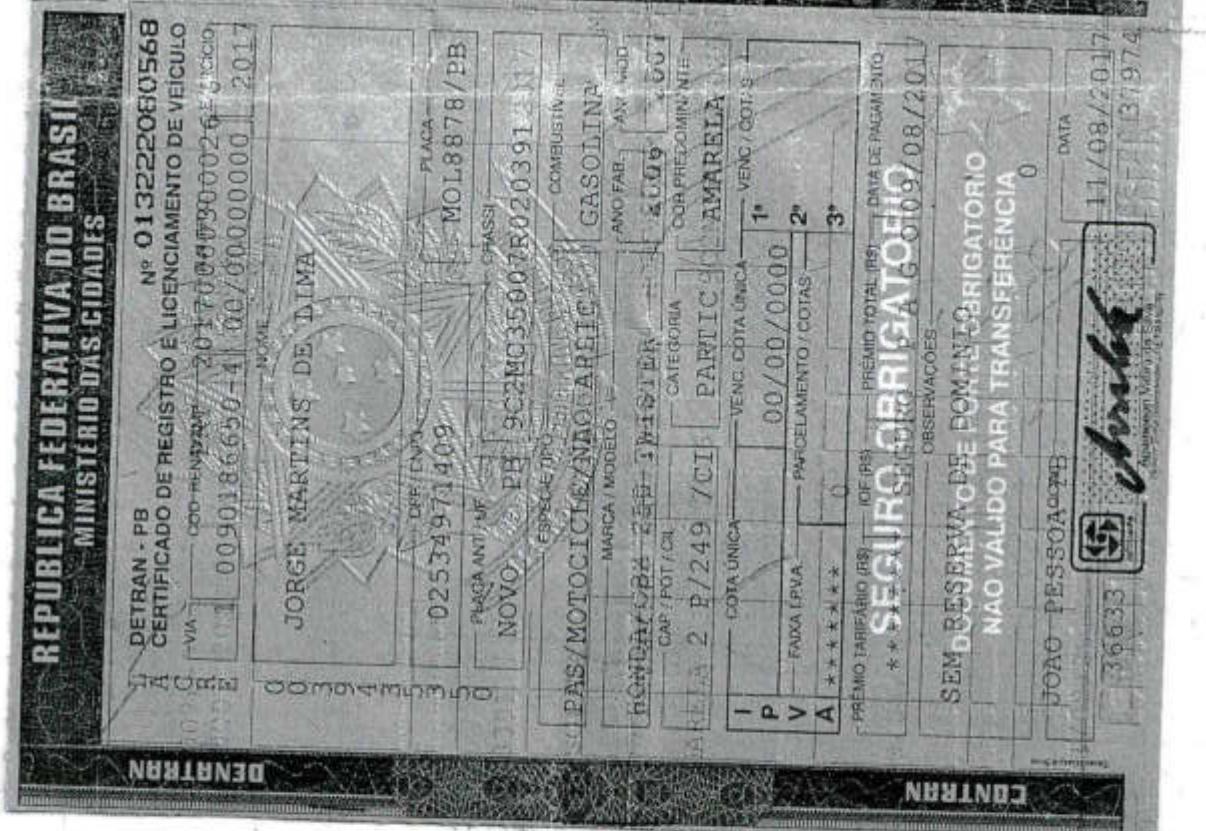
**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO & CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

21 MAR. 2018

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





<b>SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÍCULOS AUTOMOTORES DE TRÂNSITO OU NAO - SEGURO DEPAT</b>		<b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>	
<p>• PODERÁ SER SOLICITADO DOCUMENTOS DE CONHECIMENTO NOS TERMOS DO ANEXO A RESPECTIVO CONTRATO.</p> <p>• IMPORTANTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NÃO É NECESSÁRIO ADVOGADO, DESPACHANTE, CHAQUEIRO, INTERESSADO PARA SAN ENTRADA NO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO OU ACOMPANHAR O ARQUIVAMENTO DO PROCESSO.</li> <li>• O REBUCHADO DE DANOS, DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUP. ELETROSTÁTICA, ESTAR UNIFICADO A VALORES DEFINIDOS EM TABELA QUANTO AS PREÇOS REQUERIDOS DO ANEXO 15 DA RESOLUÇÃO CNTSPF 27/2012.</li> <li>• PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO OU PERNAMBUCO: TRINTA DIAS, A PARTIR DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA.</li> <li>• INDENIZAÇÃO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO OU PERNAMBUCO: TRINTA DIAS, A PARTIR DA APRESENTAÇÃO DO DOCUMENTO DE ACOMPANHAMENTO DO VÍCULO.</li> <li>• INSCRIÇÃO DE VÍCULO DE ACOMPANHAMENTO DA UNIF. 6.194-1974, SENDO PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO ANUAL DE VÍCULOS.</li> <li>• PRAZO DE VENCIMENTO DO DESPACHO A QUE SE REFERE ESTE ALIETE:</li> <li>• O SEGURO DEPAT DESENHADO SINTETIZA COM A PRIMEIRA QUOTA DA COTA QUÍCA UNICA DO IMPORTE DE PRORROGAÇÃO DE PELA AUTORIDADES - IPVA, CASO SEJA PELA COTA PELA PARCELA, O VENCIMENTO DA COTA PELA PAGAMENTO DAS PARCELAS DO IPVA OS VENCIMENTOS MESMA DATA.</li> <li>• O VÉHICULO NÃO DEVERÁ DEVIDAMENTE LICENCIADO SE CONTRATAR PELA 1ª PARTE.</li> <li>• SÓ TEM VALOR O PRAZO DO SEGURO DEPAT:</li> <li>• 45% AO FUNDO NACIONAL DE TRÂNSITO - FUNAI DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA-HOSPITALAR ÀS VITIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (ART. 27 DA LEI 2.211/1991).</li> <li>• 5% AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO - DENATRAN, PARA APLICAÇÃO EM PROGRAMAS DESENTRALIZADAS À PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (ART. 28 DA LEI 9.503/1997 - CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO).</li> </ul>		<b>SEGURO OBRIGATÓRIO</b>	
<b>MULTAS DE TRÂNSITO</b>		<b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>	
<b>IPVA - 1ª COTA</b>		<b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>	
<b>IPVA - 2ª COTA</b>		<b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>	
<b>IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA</b>		<b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>	

• PODERÁ SER SOLICITADO DOCUMENTOS DE CONHECIMENTO NOS TERMOS DO ANEXO A RESPECTIVO CONTRATO.

• IMPORTANTE:

(1) Morte: REGISTRO DA OCORRÊNCIA, EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CERTIFICADO DA CEMI, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VITIMA E DOIS BREVES CARIMBOS) E PROVA DA QUALIDADE DE BREVES CARIMBOS (VÍCULO COM O PALECIDO).

(2) INVALIDEZ PERMANENTE, RECUPERAÇÃO DO CORPO, EXPEDIDA PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, COPIA DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DA VITIMA E LAUDO DO ACIDENTE (COM A INDICAÇÃO DA CATEGORIA DO LOCAL, VERTIGE, ETC.) DA POLÍCIA CIVIL, CÓPIA DA VITIMA, CÓPIA A HOMOLOGAR, TESTIMONIO DA UNIDADE DE ACOMPANHAMENTO DA VITIMA, CONSTANTE DO ANEXO DA LEI 6.194/1974).

(3) DANOS - DESPERDÍCIO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, DOCUMENTO DE ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR, QUANTO A DOCUMENTO DE ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR, QUE COMPAREÇE, QUE AS OBREIRAS MÉDICO-HOSPITALARES FUTURAMENTE POSSAM DESCREVER, O ATENDIMENTO A VITIMA DE DANOS CORPOFÍSICOS CONSEQUENTES DE ACIDENTE ENCONTRADO VÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, ENSOLVENDO DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VITIMA, CÓPIA DA DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DA VITIMA, CÓPIA DA DOCUMENTO EQUIVALENTE, COM DISCRIMINAÇÃO DE TODAS AS DESPESAS, INCLUINDO DIÁRIAS E TAXAS, RELAÇÃO DOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS, E, ÀS DAS, OS BREVES EFETUADOS COM OS PREÇOS POR UNIDADE, ALÉM DOS SERVIÇOS MÉDICOS E PROFISSIONAIS GUARDO, ESTES FORAM COBRADOS CRIAMENTE PELA HOSPITAL, NOTAS FISCAIS, FATURAS OU INGRESSOS DO HOSPITAL, ORIGINAIS, COMPROVANDO O PAGAMENTO DOS RESPECTIVOS VALORES, RECHOS ORIGINAIS EMITIDOS EM NOME DA VITIMA, OU COMPROVANTES DO PAGAMENTO A CADA MEDICO OU PROFISSIONAL, COMPROVANDO DATA, ASSINATURA, CARNAPRO, IDENTIFICAÇÃO DO NÚMERO DO PRA NÚMERO DO CEP, QU CNEU E A ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO ATENDIMENTO, COM A DATA EM QUE FIZIDO O PAGAMENTO, O COBRADO, O LAUDO ANATOMOPATOLOGICO DA LESÃO E DOS DADOS REALIZADOS EM GERAL, QUANDO HOUVER.

**ATENDIMENTO AO PÚBLICO**  
 SAC: 0800 022 1204  
[www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br)

Segurança Legal - DIFUSI  
 INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURO IPVA, PRÉDIOS DE INCENDIO E FUMO, ARRESTO, ABANDONO DE SUCURSAL, LOCAIS DE ARSENALIZADO, DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA, PRAZOS E DEMAS INFORMAÇÕES.

**SUSEP**  
 SUSEP é a agência reguladora de seguros, fundada em 1994, com o objetivo de garantir a proteção da sociedade brasileira contra riscos e incertezas. Sua missão é promover a segurança e a eficiência do sistema de seguros no país, garantindo a proteção dos consumidores e a sustentabilidade das empresas de seguros.

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180140079      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JORGE MARTINS DE LIMA      **Data do acidente:** 04/09/2017      **Seguradora:** VANGUARDA CIA SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** Trauma crânio-encefálico leve (Glasgow 15)

**Descrição do exame** Ao exame : paciente acompanhado da esposa , inquieto , senta e levanta varias vezes , respostas com nervosismos .  
**médico pericial:** Faz uso diários de remédio para cefaleia  
Relata tontura

**Resultados terapêuticos:** Acidente em 05-09-2017  
Alta no mesmo dia e ficou fazendo acompanhamento ambulatorial .  
Teve que sair do emprego devido a cefaleia diária (sic).

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 23/04/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Nota do revisor: alteramos a conclusão do examinador que estabeleceu indenização baseado em SINTOMAS; não há comprovação documental de dano encefálico que justifique as queixas.  
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

**Médico examinador:** Umberto Jansen de Moraes Lima

**CRM do médico:** 5769

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

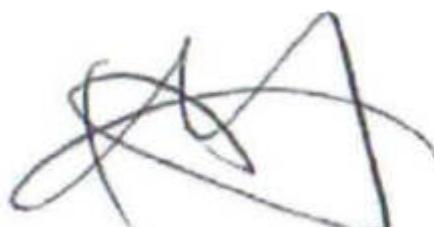
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** SILVIO SZTRAJTMAN

**CRM do médico:** 40115

**UF do CRM do médico:** SP

**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: **3180140079**

Nome do(a) Examinado(a): **JORGE MARTINS DE LIMA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Rua Botafogo, 32, Ap 32 - Mandacaru - João Pessoa - PB - CEP 58027-631**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **Ssp /PB** ] **2122876**

Data e local do acidente: [ **04/09/2017** ] **João Pessoa -PB**

Data e local do exame: [ **23/04/2018** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

*Trauma crânio cefálico leve*

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

*Alta no mesmo dia e ficou fazendo acompanhamento ambulatorial. Teve que sair do emprego devido a cefaleia diária.*

**III.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

*Acidente em 05-09-2017 Ao exame : paciente acompanhado da esposa , inquieto , senta e levanta varias vezes , respostas com nervosismos . Faz uso diários para cefaleia Relata tontura*

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

**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:

*Dano cognitivo*

**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 ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Tce leve

% 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

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.



Umberto Jansen de Morais Lima - CRM: 5769 - PB

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180140079      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JORGE MARTINS DE LIMA      **Data do acidente:** 04/09/2017      **Seguradora:** VANGUARDA CIA SEGUROS

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

**Data da análise:** 11/04/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIANO, EM OMBRO ESQUERDO, COLUNA DORSAL E CERVICAL

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

## 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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

