

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

Carta nº 12590512



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** 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**

Vítima: **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**, 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.

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

025.349.734-09

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	025.349.734-09	Profissão	Desempregado
Endereço	Rua Botafogo	Número	32	Complemento	
Bairro	Mamacaçu	Cidade	João Pessoa	Estado	PB
Email	lulre.dpvat@gmail.com	CEP	58024-631	Telefone (DDD)	51 99100-5607

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.

COMPROV. SEGUROS E PREVIDENCIA SIA

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

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

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0036		01300018310	3
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

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.

João Pessoa 21 de Março de 2018
Local e Data

Jorge Martins de Lima
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 íntegra: 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:

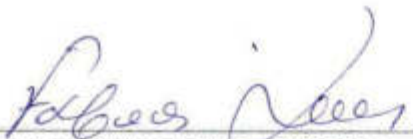
Local: Rua Diogo Velho, Próximo À Caixa D'água da Cagepa, João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/09/17 07:15h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

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 DRª 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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 20 de março de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação


JORGE MARTINS DE 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

CPF da Vítima

Data do Acidente

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

João Henrique de Lima
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



VISTO EM: 22/01/18



Kelly Sabina de Alencar Silva
COMANDANTE DO BAPHICMPB
MAT. 521.280-4

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

João Pessoa-PB, 17 de Janeiro de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 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.


JHARMESON DIEGO A. DE SOUSA
Chefe da 3ª Seção


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



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/rº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphbbs@bombeiros.pb.gov.br



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



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	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
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 e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTeira NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
 JORGE MARTINS DE LIMA

DOC. IDENTIFICAD. / OUT. EMISSOR
 2122876 SSP PB

CPF
 025.349.714-09 DATA NASCIMENTO
 15/06/1976

RENÇÃO
 MANOEL MARTINS DE LIMA
 MARIA DE LOURDES
 TEIXEIRA DE LIMA

IDENTIFICACAO
 ACC CALHA A

VALIDADE
 13/03/2020 1ª HABILITACAO
 22/10/2010

INSCRIÇÃO
 A : X

ASSINATURA DO TITULAR
Jorge Martins de Lima

LOCAL
 JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSAO
 16/03/2015

46861005186
 PB029844525

DETRAN - PB (PARATIBA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1083122700

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1083122700

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

23 MAR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB Nº 013222080568
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 VIA COO-RENAVAM 201700000000265 EXERCÍCIO
 0090186650-4 00/00000000 2017

JORGE MARTINS DE LIMA

PLACA 02534971409 PLACA MOL8878/PB

PLACA ANT/VF NOVO PB 9C2MC35007R020391

ESPECIE/VEICULO PAS/MOTOCICLETA/NAO-CARRETE COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/250-1WISTER ANO FAB 2009 ANO IND 2007

CAP/POT/CIL 2 P/249 /CI CATEGORIA PARTICIPAM AMARELA

COTA ÚNICA 00/00/0000 1º 2º 3º

FAIXA LPVA 00/00/0000 1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000 1º 2º 3º

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 1º 2º 3º

DATA DE PAGAMENTO 11/08/2017

SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

JOAO PESSOA PB 36633

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013222080568 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 08/2017 EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 11/08/2017

OPF/CNRJ 02534971409 PLACA MOL8878/PB

RENAVAM 00901866504 MARCA/MODELO HONDA/CBX 250 1WISTER

ANO FAB 2009 Nº CHASSI 9C2MC35007R020391

PRÊMIO TARIFARIO

DEMATRIAN (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

IOF (R\$) ***** COTA ÚNICA

PAGAMENTO PARCELADO

SEGURO P A G O 09/08/2017

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

37974-1424035-20170811

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 20 MAR. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOAO PESSOA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

♦ O SEGURO DPVAT COBRE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO.

♦ ESTÃO COBERTOS TODOS OS CIDADÃOS, EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL, SEJAM ELLES MOTORISTAS, PASSAGEIROS OU pedestres.

♦ SÃO COBERTOS TRÊS TIPOS DE COBERTURA: MORTE, INVALIDEZ PERMANENTE E REEMBOLSO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES (DAMS).

♦ SE VOCÊ FOR VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO OU BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO, RECLAMA DOCUMENTAÇÃO ASSIM REQUERIDA E ENVIATE A INDENIZAÇÃO EM UM DOS PONTOS DE ATENDIMENTO AUTORIZADOS CONSULTE-OS EM www.segurodpvat.com.br.

♦ LEI Nº 9.503/1997 DO SENADO NACIONAL, SE TIVER DUVIDAS LEI Nº 9.503/1997 DO SENADO NACIONAL, SE TIVER DUVIDAS LEI Nº 9.503/1997 DO SENADO NACIONAL, SE TIVER DUVIDAS

♦ VALORES DE INDENIZAÇÃO POR PESSOA VÍTIMA E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA NECESSÁRIA PARA PEDIDO DE INDENIZAÇÃO:

MORTE (1)	INVALIDEZ PERMANENTE (2)	DAMS (3)
R\$ 13.500,00	R\$ 13.500,00	R\$ 13.500,00

(1) MORTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO POR AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CERTIDÃO DE ÓBITO, COPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E DOIS BENEFICIÁRIOS E PROVA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO POR INSCRIÇÃO COM O PALEÓLOGO.

(2) INVALIDEZ PERMANENTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E LAUDO DO INSTITUTO MÉDICO-LEGAL DA ORÇANIZAÇÃO DO LOCAL DO ACIDENTE - OU DA RESIDÊNCIA DA VÍTIMA, COM A DECLARAÇÃO DA EXISTÊNCIA E QUANTIFICAÇÃO DAS LESÕES PERMANENTES, TÍTULOS OU INSCRIÇÕES DE ACORDO COM OS REQUISITOS DA TABELA CONJUNTA DO ANEXO DA LEI 9.503/1997.

(3) DAMS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR, OU DOCUMENTO EQUIVALENTE, QUE COMPROVE QUE AS DESPESAS MÉDICO-HOSPITAIS EFETUADAS POSSAM DECORRER DO ATENDIMENTO À VÍTIMA DE DANOS PESSOAIS CONSEQUENTES DE ACIDENTE ENVOLVENDO VEÍCULO AUTOMOTOR DE VIA TERRESTRE. CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA, CÓPIA DO DOCUMENTO EQUIVALENTE, COM DISCRIMINAÇÃO DE TODAS AS DESPESAS, INCLUINDO DIÁRIAS E TAXAS, RELATÓRIO DOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS E, ANKA, OS EXAMES EFETUADOS COM PREÇOS POR UNIDADE, ALÉM DOS SERVIÇOS MÉDICOS E PROFISSIONAIS QUANDO ESTES POSSAM CONSIDERAR DIRETAMENTE PELO HOSPITAL, NOTAS FISCAIS NATURAIS OU RECIBOS DO HOSPITAL, ORÇAMENTOS, COMPROVANDO O PAGAMENTO DOS RESPECTIVOS VALORES, RECIBOS ORIGINAIS EMITIDOS EM NOME DA VÍTIMA, OU COMPROVANTES DO PAGAMENTO A CADA MÉDICO OU PROFISSIONAL, COMBANDO DATA, ASSINATURA, CARIMBO DE IDENTIFICAÇÃO, NÚMERO DO NÚMERO DO CNPJ E A ESPERIFICAÇÃO DO SERVIÇO EFETUADO, COM A DATA EM QUE FOI PRESTADO O ATENDIMENTO, E O NOME DO MÉDICO ANATOMOPATOLOGO DA LESÃO E DOS EXAMES REALIZADOS EM GERAL, QUANDO HÁVER.

♦ PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, NOS TERMOS DO ANEXO A RESOLUÇÃO CNRP Nº 273/2012.

♦ IMPORTANTE

- NÃO É NECESSÁRIO ADVOCADO, DESPACHANTE OU QUALQUER INTERMEDIÁRIO PARA A ENTRADA NO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO OU ACOMPANHAR O ANDAMENTO DO PROCESSO.

- O REEMBOLSO DE DANOS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTAR, ESTÁ LIMITADO A VALORES DEFINIDOS EM TABELA QUE, ESTÁ ANEXADA AOS REQUISITOS DO ART. 13 DA RESOLUÇÃO CNRP Nº 273/2012.

♦ PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO: TRINTA DIAS, A PARTIR DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA.

♦ A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGUA COM BASE NO VALOR VIGENTE NA DATA DA OCORRÊNCIA DO SINISTRO.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

♦ O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS PROPRIETÁRIOS DE VEÍCULOS DE ACORDO COM A LEI Nº 6.194/1974, SENDO PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO ANUAL DE VEÍCULOS.

♦ PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO DE 01 DE JANEIRO A 31 DE DEZEMBRO DO EXERCÍCIO A QUE SE REFERE ESTE BILHETE.

♦ O SEGURO DPVAT NÃO É BENEFÍCIO AJUNTANTE COM A CONTRIBUIÇÃO DE QUOTA OU COM A QUOTA ÚNICA DO IMPOSTO DE PROPRIEDADE DE VEÍCULOS AUTOMOTORES - IPVA. CASO SEJA RESCATEADO, O SEGURO DPVAT NÃO É BENEFÍCIO AJUNTANTE COM A CONTRIBUIÇÃO DE QUOTA ÚNICA DO IMPOSTO DE PROPRIEDADE DE VEÍCULOS AUTOMOTORES - IPVA. CASO SEJA RESCATEADO, O SEGURO DPVAT NÃO É BENEFÍCIO AJUNTANTE COM A CONTRIBUIÇÃO DE QUOTA ÚNICA DO IMPOSTO DE PROPRIEDADE DE VEÍCULOS AUTOMOTORES - IPVA.

♦ O SEGURO DPVAT NÃO É BENEFÍCIO AJUNTANTE COM A CONTRIBUIÇÃO DE QUOTA ÚNICA DO IMPOSTO DE PROPRIEDADE DE VEÍCULOS AUTOMOTORES - IPVA. CASO SEJA RESCATEADO, O SEGURO DPVAT NÃO É BENEFÍCIO AJUNTANTE COM A CONTRIBUIÇÃO DE QUOTA ÚNICA DO IMPOSTO DE PROPRIEDADE DE VEÍCULOS AUTOMOTORES - IPVA.

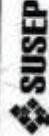
♦ 50% DO VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATORIO PAGO TEM A SEGUINTE DESTINAÇÃO:

+ 45% AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA-HOSPITALAR AS VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (ART. 27 DA LEI Nº 273/1997).

+ 5% AO ATENDIMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO - DENATRAN, PARA A REALIZAÇÃO DE PROGRAMAS DESTINADOS À PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO PARAFRASEADO UNICO DO ART. 18 DA LEI Nº 9.503/1997 - CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO.

ATENDIMENTO AO PÚBLICO
SAC DPVAT 0800 022 1204
www.segurodpvat.com.br

INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURO DPVAT, PEDIDOS DE INDENIZAÇÃO E REEMBOLSO, ANDAMENTO DE SOLICITAÇÕES, LOCAL DE ATENDIMENTO, DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA, PRAZOS E OBRIGATORIO.



SUSEP
DISQUE - SUSEP
0800 021 8484
www.susep.gov.br

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP
INSTRUMENTO REGULATÓRIO DA LICITAÇÃO, NORMALIZAÇÃO E CONTROLE DE SEGUROS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO, SEGURO E CORRETORES DE SEGUROS.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SEGURO OBRIGATORIO

IPVA - 1ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

ENCARGOS DO DETRAN

MULTAS DE TRÂNSITO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

COMPROVANTE DE RECEBIMENTO
MAR. 2018
PROTÓCOLO
AB. JOÃO PESSOA

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 médico pericial: Ao exame : paciente acompanhado da esposa , inquieto , senta e levanta varias vezes , respostas com nervosismos .

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?

[☒] Sim [☐] Não

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

[☒] 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 às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Tce leve

% 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.



Umberto Jansen de Moraes 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: