

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

Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190243374

Vítima: ADONJONHSON CAVALCANTE MARTINS

Data do Acidente: 22/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADONJONHSON CAVALCANTE MARTINS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

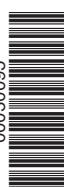
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190243374

Vítima: ADONJONHSON CAVALCANTE MARTINS

Data do Acidente: 22/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190243374

Vítima: ADONJONHSON CAVALCANTE MARTINS

Data do Acidente: 22/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADONJONHSON CAVALCANTE MARTINS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ADONJONHSON CAVALCANTE MARTINS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001911

Conta: 0000014077-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

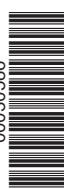
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190243374 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADONJONHSON CAVALCANTE **Data do acidente:** 22/09/2018 **Seguradora:** SINAf PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS MARTINS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Descrição do exame AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO, EDEMA FÍSICO: RESIDUAL, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO TORNOZELO DIREITO, PORÉM RESULTOU EM EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/04/2019

Conduta mantida:

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

054.640.944-07

Nome completo da vítima:

Adorjohson Cavalcante Martin

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

Nome completo:

Adorjohson Cavalcante Martin

CPF: 054.640.944-07

Profissão: monitor

Endereço:

R. Pedro Meloza

Número:

108

Complemento:

Bairro: Centro

Cidade:

Bayeux

Estado:

PB

CEP:

58.305-000

E-mail:

Tel.(DDD):

(83) 99921-9293

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

RENDIMENTO MENSAL:

 RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$9.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSEGURE UMA DPCAO DE CONTA

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (003) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1911

CONTA: 14077

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

- (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado/Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(s): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: _____Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data:

Joa PessOA, 29/03/2019

Nome: Adorjohson Cavalcante Martin

CPF: 054.640.944-07

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura: 29 MAR. 2019

2º | Nome: _____

CPF: _____

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

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

**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: 3190243374
Nome do(a) Examinado(a): Adonjonhson Cavalcante Martins
Endereço do(a) Examinado(a): R Pedro Ulisses, 108
Centro Bayeux PB CEP: 58306-230
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 2588599
Data local do acidente: [22/09/2018]
Data local do exame: [12/04/2019] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

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

**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.**

Data da Alta: 10/01/2019

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

AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO, EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO DIREITO.

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

(X) Sim **() Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim **() Não**

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

APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO DIREITO.

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 o 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Direito

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
(X) 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 à valoração do dano corporal.


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
Carimbo com Nome e CRM
CRM/PB - 4518

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 03186.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03186.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Á(s) 09:52 horas do dia 21 de março de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Inácio da Silva Neto, Agente de Investigação, matrícula 1273345, ao final assinado, compareceu **Adonjonhson Cavalcante Martins**, CPF nº 054.640.944-07, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Monitor de Produção, filho(a) de Rubinete Cavalcante Martins e Adonias Martins da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 12/05/1984 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Dr. Pedro Wlisses, N° 108, complemento CASA, bairro Centro, tendo como ponto de referência Proximo Antiga Braz Cordas, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98743-8151.

Dados do(s) Fatos:

Local: Proximo a Boate Ponte Preta, João Pessoa/PB, bairro Mandacaru; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 22/09/18 05:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

Local: Proximo a Boate Ponte Preta/contorno das Cinco Bocas, João Pessoa/PB, bairro Mandacaru; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 22/09/18 05:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE FOI VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO NO DIA 22/09/2018, AS 05 HORAS DA MANHÃ, NAS CINCO BOCAS, NO BAIRRO MANDACARU, QUANDO ESTAVA GUIANDO A MOTO HONDA/CG 125 FAN KS, PRETA DE PLACA NPZ 2221/PB, CHASSI 9C2JC4110ER115482, REGISTRADA NO DETRAN/PB EM NOME DE BRUNO HUGO CORDEIRO DA SILVA LEITE, CPF, 114.293.784-41. FATO OCORREU QUANDO UM VEICULO DIRIGIDO POR UMA PESSOA O QUAL PASSOU EM FRENTE DA MOTO LHE TRANCADO, EM SEGUIDA EVADIU-SE DO LOCAL, FAZENDO COM QUE DESSE UMA FRENAGEM BRUSCA NA MOTO VINDO CAIR AO CHÃO, AO CAIR DESMAIOU E FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS EM VEICULO PARTICULAR PAR AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MAGABEIRA, LA CHEGANDO FOI ATENDIDO E SUBMETIDO A EXAMES DE IMAGEM QUE EVIDENCIOU FRATURA DE FIBULA DIREITA, E NO DIA 03/10/2018, FOI FEITO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, COM ALTA MÉDICA NO DIA 04/10/2018.

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, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
P A R A I B A



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 21 de março de 2019.


JOSE INÁCIO DA SILVA NETO
Agente de Investigação


ADONJÔNTHON CAVALCANTE MARTINS
Noticiante

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

054.640.944-07

Nome completo da vítima:

Adorjohson Cavalcante Martin

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

Nome completo:

Adorjohson Cavalcante Martin

CPF: 054.640.944-07

Profissão: monitor

Endereço:

R. Pedro Meloza

Número:

108

Complemento:

Bairro: Centro

Cidade:

Bayeux

Estado:

PB

CEP:

58.305-000

E-mail:

Tel.(DDD):

(83) 99921-9293

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

RENDIMENTO MENSAL:

 RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSEGURE UMA DPOÇÃO DE CONTA

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (003) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1911

CONTA: 14077

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

- (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado/Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(s): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: _____Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data:

Joa Pessoa, 29/03/2019

Nome: Adorjohson Cavalcante Martin

CPF: 054.640.944-07

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: 29 MAR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
Assinatura

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

HOSPITAL MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

LEDO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

1 GENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ: () -

Ficha Nr: 165716

Atd: Nao Regula

Data: 22/09/2018

Hora: 06:04:35

Repcionista: JOELMA IRIO AQUINO DE

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ADONJONHSON CAVALCANTE MARTINS
CNS: 201324125210002 Sexo: M IDENTIDADE: 2588599 Fone: 988646367
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 12/05/1984 Id: 34 ano(s)
End.: RUA SENHOR DO BONFIM, 138
Bairro: CENTRO Cidade: BAYEUX UF :PB
Mae: RUBINETE CAVALCANTE MARTINS
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: AUXILIAR DE PRODUCAO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: PAI
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: RUA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.09.003080

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violencia por: QUEDA DE MOTO NAS 5 BOCAS EM MANDACARU AS 05:00H

[] Caso Policial

Pai: ADONIAS MARTINS DA SILVA

Estado Civil: NAO INFORMADO

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemias: IMC:

Circ. Abo: O2%: VAT te' mno 10 anos Regular

Queixa Principal (740) #ER CEPALH

Paciente trazido por familiar no dia caparate. Naq domano, vonta de dor toracica. Diante

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Cefaleia

[] Diarreia

[] Vomito

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

A- VFP m eructos B- MMVVD m anh HT m R e- Remodelamento
mto D- qspas 15 PFR E- uscavacao m pode obstruir R + difi-
dade m bronq D ABD. molar

Diagnostico

1. Tiltobil 01mg + AD E
2. Diprone 0g 0 agua > 1800

Conduta

1. Bo tonyz6 D APTD
2. Analgesia ortopad
3. ATB. I. endovenosa

Horario da medicação 6 PM UN 1200

✓
Raquel Bezerra Estrela
Medica CRM - PB 7373

23/09 - Precondic (22:00h)
Realizado acolhimento + orient.

Rendeiros
357.226.004-49
09/13/2009

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

! Ortopedista: Prof. Dr. Braz
P., dor e edema.
3-4x Rx Fratura Uerme C
ferro intramedullar

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução
	Cp.			Por bte Internado Aguardando

Dr. Odilon R. Filho
Ortopedista / Cir. Jogo
Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberação

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Residencia | <input type="checkbox"/> Transferido | <input type="checkbox"/> Desistencia | <input type="checkbox"/> UTI |
| <input type="checkbox"/> Alta a pedido | <input checked="" type="checkbox"/> Enfermaria | Obito: <input type="checkbox"/> Atestado | <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> IML |

Adriano Martini

Assinatura do Paciente/Responsável

Dr. Odilon R. Filho
Ortopedista / Cir. Jogo
Assinatura e Carimbo do Medico

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADONJONHSON CAVALCANTE MARTINS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01911

CONTA: 000000014077-2

Nr. da Autenticação E63CE1D554A0D5BB

JBINETE CAVALCANTE MARTINS
AFÉDIO VUSSOS, 139 - JASADA - CENTRO
CEP: 88030-002

PERG MONTE ALTO
1000 RESIDENCIAL RESIDENCIAL
0970 12-3 862-4440 Referencia: 001-2015
correo: 0000047835 Emisión: 15/03/2015

Call our Sales Department at 503-670-0847

atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Mar / 2019	18/03/2019	16/04/2019	377.661.984-48 ... Ed.

UC (Unidade Consumidora):

5/1576884-7

Canal de ventate

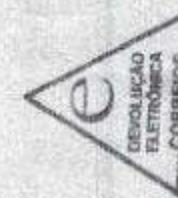
在這段時間裏，我常常想起我那已故的母親。她是一個慈祥、溫和、堅強的老太太，對我無微不至的關心和照顧。她的一生充滿了愛與希望，她的精神永遠活在我心中。

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leritura	Data	Leritura	
14/05/12	4577	18/05/12	4612	
Demonstrativo				
ID	Detalh.	Quantidade Total	Vazão Baseada em % (m³/h) Baseado em PMPD (m³/dia)	Consumo
		Total (LITROS) (M3) (KGS)	Porcentagem (%) (M3/DIA) (LITROS)	
151	Consumo em m³	42.070 9.256.645	05.83 21.63 25	131 55.67 136 1.75
		VALORES DE SERVIÇOS:		
1801	CONTRIBUICAO MUNICIPAL	1.35	0.00 0	122 2.00 0.00 0.00
1804	JURUS DA NORMA 01/2010	2.17	0.00 0	121 0.00 3.00 0.00
1815	MULTA 21/2010	2.08	0.00 0	121 3.00 2.00 0.00



Itaucard

Consulte sua fatura na Internet
ou nos catálogos eletrônicos da Net.



11111111111111111111
CIE RECIFE PE 016
GUILLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
RABELARDO DA S G BARRETO 51
AP 2502 A - A BRANCO
58046-110 JOAO PESSOA - PB



2502A



721594330298000000097830 20/2018

Data de Postagem: 24/12/2018

Data de Vencimento: 09/01/2019

Data de Encerramento (em caso): 24/12/2018

Data prevista da fechamento da próxima fatura: 04/02/2019



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

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 Gentiliana Flávia de Amorim Nobre inscrito (a) no CPF sob o Nº 011197484169, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ademir Antônio Carvalho Barreto inscrito (a) no CPF sob o Nº 054640944107, do sinistro de DPVAT cobertura invalidade da Vítima Ademir Antônio Carvalho Barreto, inscrito (a) no CPF sob o Nº 054640944107, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

<input type="checkbox"/> Declaro Profissão:	Renda:	e apresento os documentos comprobatórios: COMPREV
---	--------	---

<input checked="" type="checkbox"/> Recuso informar	COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
---	-----------------------------------

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 Abelardo da Silve Guimaraes Barreto</u>		Número	Complemento
Bairro	<u>Citiplan</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado
Email			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(63) 99921-9283</u>

João Pessoa, 29 de Marcos de 2019
Local e Data

Gentiliana Flávia de Amorim Nobre
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Bruno Hugo Cordeiro da Silva Leite,

RG nº 3653333, data de expedição 28/04/2015, Órgão SSPPB,
portador do CPF nº 334.293.784-43, com Domicílio na
cidade de Bayux, no Estado de PARAÍBA, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Pedro Ulisses,
nº 105, complemento, CASA, declaro, sob as penas da Lei, que
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima ADONIJAHSON CALVACANTE MARTINS
cujo o condutor era ADONIJAHSON CALVACANTE MARTINS.

Veículo: Motocicleta

Ano: 2013/2014

Modelo: Honda CG 125 Fan

Placa: NPZ 2221/PB

Chassi: 9C2JG4110ER115482

Data do acidente: 22/09/2018

Local e data: 23 - 10 - 2018

X Bruno Hugo Cordeiro da Silva Leite

Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do
sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status

SOU/70
Sistema Integrado de Recursos Humanos
Banco do Brasil S.A.

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:

BRUNO HUGO CORDEIRO DA SILVA LEITE

En test. da verdade. João Pessoa-PB 23/10/2018-1014557

Tiago Dionísio da Silva - Auxiliar

[2018-025984]ENOL:R\$ 47,48 FARPM:R\$ 0,28 FEP:R\$ 1,90 ISM:R\$ 0,00

SELO DIGITAL: AHNC2161-FTOT

Confira a autenticidade em <https://selodigital.bb.br>

Protocolo: 10000000000000000000000000000000

Assinatura: Bruno Hugo Cordeiro da Silva

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

29 MAR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CERTIDÃO

Nº. 0174/2019

Atendendo solicitação de GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 165716 e Prontuário nº 2018.09.003080 pertencentes a **ADONJOHSON CAVALCANTE MARTINS** que foi atendido dia 22/09/2018 às 06H04min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em pé direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de fibula direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 03/10/2018 com alta médica dia 04/10/2018.

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

João Pessoa, 18 de fevereiro de 2019

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>ADON JOSU HSON CANALCANTE.</i>				Registro:	
Idade: <i>34</i>	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>03/10/17</i>	Cirurgião: <i>Dra. MULHER</i>	1º Assistente: <i>Dra. MULHER</i>			Instrumentador:
2º Assistente:		3º Assistente:			
Anestesista:		Tipo Anestesia:	Horário:	I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					
<i>FX FIBULA + ABERTURA DA SÍNTESE</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					
<i>O mesmo.</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					
<i>REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO INTERNA</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:

Paciente em ORTHO S/ANESTESIA
ASSEPSIA + ANTISÉPSICO
APOSITION DE CAMPOS ESTÉREIS.

Incisão:

INCISÃO LONGITUDINAL LATERAL EM PONTO VISÍVEL
SOB PLANOS

Achados:

AVULSAO DO ESPAÇO VASCULAR MEDIAN

Conduta:

REDUZIR SOB ESCOLIAS
APROXIMAÇÃO DE PONTO VASCULAR + PONTO FUSO
CONTROLE VAS.
LIMPADA COM SFG 7%
SUTURA SOB PLANOS.
CINTILIO
TALA ROTINA.
NR CONTROLE.

Fechamento:

OBS:

ALTA NO Jº DPO, SE PACIENTE SEM INFECIONAR

Data: 03/10/18

Yury G.
CRM
MEDICO CRM





COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
29 MAR. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2.668.291 - 2 VIA
NOME	DATA DE EXPEDIÇÃO 15/02/2011
GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM NÓBREGA	
PARECER LUIZ GONZAGA DE AMORIM MARIA DE FÁTIMA PINTO	
ESTADO DE NASCIMENTO	DATA DE NASCIMENTO
JOÃO PESSOA-PB	07/02/1985
DOC. ORIGEM CASAM N.18758 37 FLS.058 LIV.063	
CARTÓRIO 1º JOÃO PESSOA-PB	
011.197.984-69	<i>Israelle</i> <i>Israelle Andrade da Silva Neto</i> ASSISTENTE DE IDENTIFICAÇÃO
LEIAINT 15 DE 29 MAR 2019	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU VÁNO - SEGURO DPVAT

Nº 014797502122 DETRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CÓD. DE PLACA: 20190000049347 - Belém
VIA: 0060360813-2 DATA: 00/00000000 2019

BRUNO HUGO CORDEIRO DA S LEITE

CPF / CNPJ:	1429378441	PLACA:	NPZ2221/PB
CHASSI:	C2JCA110ER115482	COMBUSTÍVEL:	
NOVO	PB	GASOLINA	
LITRAÇÃO:	1	11429278441	MARCA / MODELO:
PLAS/V/MOTOCICLE/NA	APLIC	ACURA	HONDA/CB 125 VAN KS
MARCA / MODELO:	APLIC	ANO/FAB:	2013
HONDA/CB 125 VAN KS	APLIC	ANO/FAB:	2014
OP. P/VEH:	CATEGORIA:	OP. P/VEH:	OP. P/VEH:
2 P/124 /CI	PARTIC	PRETA	2013
COTA UNICA	VENC. DATA UNICA	1º VENCI. / COTAS	
P	00/00/0000	2º	
V	PARC. DOCUMENTO / COTAS	3º	
A + * * * + *	0		

VALOR TOTAL ANNUAL:	DATA DE PAGAMENTO:
SEGURO PAGO	31/01/2019
* * * * *	

A. F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

BAYEUX - PB	LOCAL:	0	DATA:	04/02/2019
40681				42650

PB Nº 014797502122 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 1224

EXPIRAÇÃO:	DATA EMISSÃO:
2019	04/02/2019
PLACA:	NPZ2221/PB
CPF / CNPJ:	
1	11429278441
HEMIMAN	J6015605132
AND FAB:	OP. P/VEH:
2013	9
PRÉMIO TARIFÁRIO:	QUANTIA DE ARKANO R\$00
VALOR:	* * * * *
VALOR DO BILHETE (RS):	VALOR TOTAL ANNUAL:
* * * * *	* * * * *
OPERAÇÃO:	DATA DE PAGAMENTO:
5 cota única	31/01/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CEP 58020-000

42650-1024509-20190204



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
29 MAR. 2019
PROTÓCOLO'
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190243374 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADONJONHSON CAVALCANTE **Data do acidente:** 22/09/2018 **Seguradora:** SINAf PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS MARTINS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Descrição do exame AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO, EDEMA FÍSICO: RESIDUAL, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO TORNOZELO DIREITO, PORÉM RESULTOU EM EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/04/2019

Conduta mantida:

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190243374 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADONJONHSON CAVALCANTE **Data do acidente:** 22/09/2018 **Seguradora:** SINAf PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS MARTINS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE FÍBULA DISTAL À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190243374 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADONJONHSON CAVALCANTE **Data do acidente:** 22/09/2018 **Seguradora:** SINAf PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS
MARTINS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE FÍBULA DISTAL À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: *Gidsonthon Cavalcante Martins*, brasileiro(a), estado civil *casado*, profissão *moinha*, residente e domiciliado à Rua *R. Pedro II*, n° *108*, bairro *Centro*, Município de *Bayeux*, Estado de(o) *PI*, Cep: *58.305-000*, portador(a) do Rg nº *2598599*, SSP/*PI* e CPF nº *054.640.944-07*.

OUTORGADOS: Glullyana Flávia de Amorim, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 13629, portadora do CPF/nº 011197984/89 e Enéas Flávio Soares de Moraes Segundo, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 14318, portador do CPF/nº 05631026408, com endereço profissional na Praça Venâncio Neiva, nº 21, CEP 58300-800, Centro de Santa Rita. Telefone: (83) 3032-1329.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) *Gidsonthon Cavalcante Martins*, ocorrido em *22/09/2018*, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza *Invalidez*.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, para o todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

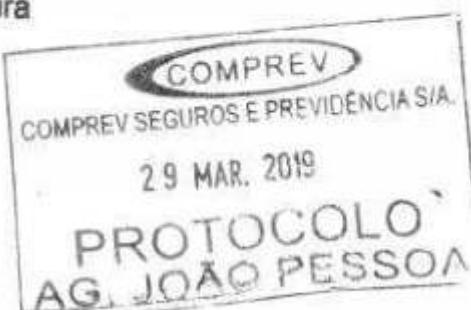


21, de 03

de 2019

X *Glullyana Cavalcante Martins*
Outorgante
CPF Nº *054.640.944-07*

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0108380/19

Vítima: ADONJONHSON CAVALCANTE MARTINS

CPF: 054.640.944-07

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/09/2018

ADONJONHSON

CAVALCANTE MARTINS

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA : 011.197.984-69

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ADONJONHSON CAVALCANTE MARTINS : 054.640.944-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 29/03/2019

Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
CPF: 011.197.984-69

Data do cadastramento: 29/03/2019

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA