

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 31 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190353684**

**Vítima: JOSE FRANCISCO JANUARIO DE SOUZA**

**Data do Acidente: 16/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE FRANCISCO JANUARIO DE SOUZA**

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](http://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, 12 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190353684**

**Vítima: JOSE FRANCISCO JANUARIO DE SOUZA**

**Data do Acidente: 16/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE FRANCISCO JANUARIO DE SOUZA**

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

**Recebedor: JOSE FRANCISCO JANUARIO DE SOUZA**

**Valor: R\$ 2.362,50**

**Banco: 237**

**Agência: 000003433-9**

**Conta: 000001000068-8**

**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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2019

**Aos Cuidados de: JOSE FRANCISCO JANUARIO DE SOUZA**

**Nº Sinistro: 3190353684**

**JOSE FRANCISCO JANUARIO DE SOUZA**

**Data do Acidente: 16/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

**Senhor(a),**

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190353684**.

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](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, 16 de Julho de 2019

**Aos Cuidados de: JOSE FRANCISCO JANUARIO DE SOUZA**

**Nº Sinistro: 3190353684**

**JOSE FRANCISCO JANUARIO DE SOUZA**

**Data do Acidente: 16/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

**Senhor(a),**

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190353684**.

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](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**



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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:

026 928 194 03

Nome completo da vítima:

José Francisco L. de Souza

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Complemento:

E-mail:

CPF:

026 928 194 03

Número: 16

Complemento:

CEP: 58074 - 625

Tel. (DDP): (83) 986639900

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3433 CONTA: 10000 68 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de 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.

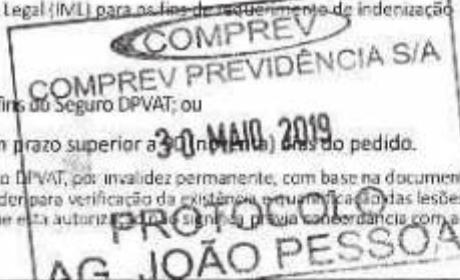
INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
<input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) 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 as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e natureza das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorizo a sua utilização, previa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



MORTE

## 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(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (val nascitur)?  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.

Responso digitação certificação assinatura digitalizada	Local e Data: <i>João Pessoa - PB 30/05/19</i> Nome: _____ CPF: _____
---	---

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

*J.P.23 Kram 30/05/2019 22h44m19s*

Assinatura da vítima/beneficiário/declarante: *On 8/1/2020*

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

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 inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



## Cartão de Assinaturas PF

Cód. Agência	Dig	Razão	Número da Conta	Dig	Tipo Conta	PAB	CPF/MF	Contr.
1433	9	10-81	(000068)	8	01		026.928.194	03

Nome Completo (Sem Abreviações)  
JOSE FRANCISCO JANUARIO DE SOUZA

## Capacidade Civil

## Capacidade Civil

111 - 11111111

## Movimentação ISOLADA

Nome Legível do Representante/Responsável Legal/Procurador

CPFMF

Centr

Assinaturas (assinar duas vezes)

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
30 MAIO 2019  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 05507.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 05507.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:45 horas do dia 22 de maio 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 Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu José Francisco Januario de Souza, CPF nº 026.928.194-03, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Agricultor, filho(a) de Maria Severina de Souza e Pai Não Declarado, natural de Campo de Santana/PB, nascido(a) em 15/02/1963 (56 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Luiz Gonzaga Mendes Lira, N° 16, complemento CASA, bairro José Américo, tendo como ponto de referência Mercadinho Pague Menos., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98766-0825.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Principal do Bairro Água Fria, Próximo Ao Frigotil., João Pessoa/PB, bairro Água Fria; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 16/12/18 07:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, segundo a declarante no dia 16/12/2018 por volta das 07:00 horas quando transitava, pela Rua Principal do Bairro Água Fria; João Pessoa-PB; com o veículo tipo HONDA/CG 125 FAN KS ano e modelo: 2013/2014, de cor preta de placa: NQC9062/PB CHASSI: 9C2JC4110ER103983 pertencente a JOSÉ ALEX PEREIRA DE SOUZA; Que segundo declarante estava pilotando a moto normalmente quando perdeu o controle da moto numa curva e derrapou; QUE devido ao fato a declarante veio a cair ao solo e se lesionar. Que foi socorrido pela viatura do SAMU sendo conduzido para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIAS E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, SENDO TRANSFERIDO POSTERIORMENTE AO COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY, onde foi diagnosticado FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA Perna DIREITA, conforme CERTIDÃO nº 0546/2019 assinado pelo Dra. Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira CRM/PB 2959.

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.

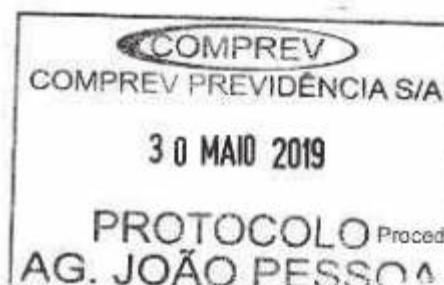
João Pessoa/PB, 22 de maio de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA

Agente de Investigação

JOSÉ FRANCISCO JANUARIO DE SOUZA

Noticiante



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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:

026 928 194 03

Nome completo da vítima:

José Francisco L. de Souza

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Complemento:

E-mail:

CPF:

026 928 194 03

Número:

56

Complemento:

</div



## Cartão de Assinaturas PF

576 - Conta Pousada - PE Multidata Mensal

Cód. Agência	Dig	Razão	Número da Conta	Dig	Tipo Conta	PAB	CPF/MF	Contr.
1433	9	10-81	1000068	8	01		026.928.194	03

Nome Completo (Sem Abreviações)  
JOSE FRANCISCO JANUARIO DE SOUZA

JOSE FRANCISCO JANARIO DE SOUZA

Capacidade Civil  
01 - Maint

## Movimentação ISOLADA

Nome Legível do Representante/Responsável Legal/Procurador

CPF-MF

Tel. Residencial

Tel. Comercial

Assinaturas (assinar duas vezes)

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
30 MAIO 2019  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

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

Ficha Nr: 190585 Atd: Nao Requisitado  
Data: 16/12/2018  
Hora: 15:35:07  
Recepçionista: MARJARA DOS SANTOS AL  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 4

Nome: JOSE FRANCISCO JANUARIO DE SOUZA Num. Frontuario: 2018.11.002099  
CNS: 898004032214915 Sexo: M IDENTIDADE: 2252432 Fone: 986137704  
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 15/02/1963 Id: 55 ano(s)

End.: RUA PROJETADA, 0

Bairro: JOSE AMERICO DE ALMEIDA Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: MARIA SEVERINA DE SOUZA Pai: NAO DECLARADO

Raca: PARD A Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: CASADO(A)

Ocupação: SERVENTE DE OBRAS

Escolaridade: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: JOSE FRANCISCO JANUARIO DE SOUZA

Te. pc. Responsavel: 986137704 / IDENTIDADE: 2252432

Residencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

PC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemias: IMC:

[ ] Diarrhoea [ ] Agitado

Circ. Abd: 02%:

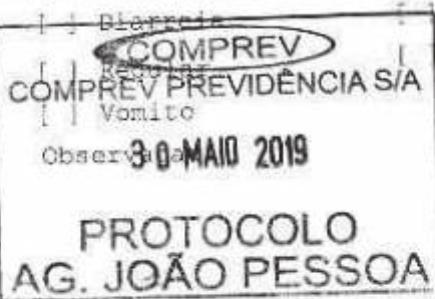
Chocado

Principal

[ ] Hemorragia [ ] Vomito

Exposta em MTD

Observaçao: 30-MAIO-2019



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Pr. volta acidentado moto com  
do o ferão no MTD. com 1 morel ferido  
Fractura

Diagnóstico

Conduta

Prescrição

Horario da medicaçao: Dr. Valdeban Carvalho Jr.  
Médico - CRM 7692  
CNS 206345990960018

ao Blou 0110

*Valdeban Carvalho Jr.*  
+ Proleba

-----  
Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
1				
1				
1				
1				
1				
1				
1				

----- | Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem |

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 type="checkbox"/> Enfermaria	Obito: <input type="checkbox"/> Atestado	<input type="checkbox"/> SVO

→ Jaqueline Perliro de Sozo

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUpanca

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE FRANCISCO JANUARIO DE SOUZA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03433-9

CONTA: 00001000068-8

---

Nr. Autenticação

BRADESCO07062019050000000002370343300001000068236250 PAGO

SELMA SILVA DE LIMA  
RUA LUIZ GONZAGA NUNES LIMA, 15 - JOSE AMÉRICO  
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58030-000 (AG: 5)

Ligação: MONOFÁSICO  
Cai/Soc: RES MTC B1/ RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Rótulo: 11-5-438-1288 Referência: Mai/2019  
Medidor: 00001250210 Emissão: 17/05/2019



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
B-250, Km-25 - Cachorro Preto - João Pessoa / PB - CEP: 58071-000  
CNPJ: 09.065.162/0001-40 - Inscrição Estadual: 16.945.023-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N° 0025.025.014-14  
Cód. para DBB: Atualização: 00000000000000000000000000000000

Atendimento ao Cliente Energisa **0800 063 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a: **Apresentação** Data prevista da  
Maio / 2019 17/05/2019 17/06/2019 **CFOP/CFN/CFR/CFM**  
17/06/2019 T12.633.014-00  
Insc. Est:

**UIC (Unidade Contingente):** **5/1246741-1**

Canal de contato:

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em:  
[saude.gov.br/vacina-mais/](http://saude.gov.br/vacina-mais/)

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Litros	Data	Litros	
12/04/19	2736	12/05/19	2300	1
				252

#### Descreto

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alq. Icme/RS	Base Calc. PIS/RS	Base Calc. Cofre/RS	
0621	Consumo em kWh	232.020,00	214,13	214,13	27	27.002	214,13	232.020,00
0801	Adic. B. Atenção	2,11	2,17	2,17	27	0,57	2,17	2,17

#### LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

0807	CONTRIB. SERVIÇOS PÚBLICA	6,73	0,00	6	0,00	0,00	0,00
0834	JUROS DE MORA 03/2019	1,98	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0835	MULTA 03/2019	1,98	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0836	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2019	0,40	0,00	0	0,00	0,00	0,00

**COMPREV**  
**COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**

30 MAIO 2019

**PRÓTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

CCI: Código de Classificação do item | TOTAL: 232.13 | 218,39  
Tarifa e/ou Tributos: 0,51770

**MÉDIA ÚLTIMOS MESES (R\$000)** **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**

232.13 | 24/05/2019 | R\$ 232,13

Histórico de Consumo (kWh)

221		203		199		213		193		183		215		215		201		209		232		205		
Nov/19		Set/19		Jul/19		Set/19		Set/19		Out/19		Out/19		Nov/19		Dez/19		Jan/19		Fev/19		Mar/19		Apr/19

#### RESERVADO AO RISCO

44c2 9205.69bb.fc35.6d99.6f1f.0e07.7a32.

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Límites	Aplicado	Límite de Tensão da ANEEL	Divisões	Valor (R\$)	%
0,07	0,00	NOTÍCIA	230	232.020,00	214,13
32,75			231	218,39	27,002
30,21			232	0,51770	0,00
3,91	3,00	CONTRATO LISTA FERIADA	233	0,00	0,00
33,75		LISTA SUPERIOR	234	0,00	0,00
1,22	0,00		235	0,00	0,00
0,00	1,22		236	0,00	0,00

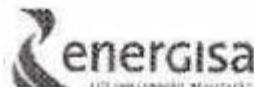
Divisões	Valor (R\$)	%
Envio de Conta de Energia/RS	214,13	21,35
Compra de Energia	27,002	22,26
Entregue Fornecimento	7,22	3,41
Convenção Estadual	12,05	5,35
Impostos/Outros e Energia	68,93	37,08
Outras Energias	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>232,13</b>	<b>100,00</b>

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolso para sempre pagamento de nota fiscal/carta de anúncio online. N° 825.255.634



ED. PARANÁ, 1990  
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cidade Industrial - João Pessoa / PB - CEP 58071-080  
CNPJ 03.095.183 / 0001-48 - Insc. Est. 16.015.623-6

## DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA  
RUA AGENTE F. JOSÉ COSTA DUARTE, 157 SALA 06  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

### REFERÊNCIA

MAI/2019

### APRESENTAÇÃO

20/05/2019

### CONSUMO

212

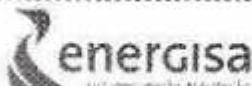
### VENCIMENTO

27/05/2019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 191,04

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



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Registro: 12-005-292-0450

83890000001-6 91048149000-8 16983582019-5 05400005019-2

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MATRÍCULA

27/05/2019

R\$ 191,04

1698358-2019-004



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
 PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**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/DOCORIGINALASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 ILICITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva  
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024.91, na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário  
José Francisco J. de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 026928194.03,  
 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima José Francisco J. de Souza  
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 026928194.03, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova da 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>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número:	<u>157</u>	Complemento:			
Bairro:	<u>Changabeira</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:	<u>58056-384</u>
E-mail:							Tel. (DDDI) <u>(83) 986634900</u>

Local e Data:

José Pessoa - PB 30/05/2019

Assinatura do Declarante

COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 MAIO 2019
PROTÓCOLO AC 107175

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jane Alex Pereira de Souza,  
RG nº 3807627, data de expedição 28/01/2019  
Órgão SPPB, portador do CPF nº 401.415.394-36 com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
R. Prof. Júlio de Mesquita, nº 515,  
complemento Baixa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima João Francisco Júnior de Souza, cujo condutor era  
João Francisco Júnior de Souza.

Veículo: oneto  
Modelo: HONDA CG 125 FAN  
Ano: 2013 / 2019  
Placa: NAC 9062 - PB  
Chassi: 9CJYCA110E R 103983  
Data do Acidente: 16-05-18  
Local e Data: João Pessoa, 22-05-19

Jane Alex Pereira de Souza  
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





## CERTIDÃO

Nº. 0546/2019

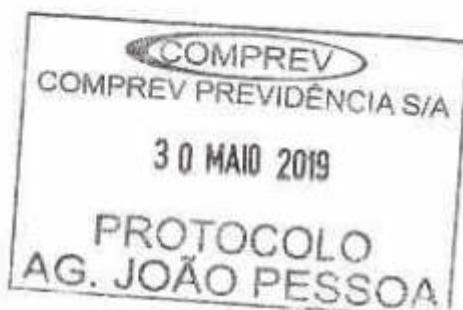
Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial nº 190585 e Prontuário nº 2018.11.002099 pertencentes a **JOSÉ FRANCISCO JANUARIO DE SOUZA** que foi atendido dia 16/12/2018 às 15H35min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro superior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta dos ossos da perna direita. Realizado procedimentos cirúrgicos dias 16/12/2018 e 09/01/2019. Alta médica dia 16/01/2019.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 15 de abril de 2019

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 2959



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Jani Francisco</u>				Registro:	
Idade: <u>1</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <u>10/06/2010</u>	Cirurgião: <u>Dr. Raimundo Sampaio</u>			1º Assistente: <u>Dr. Emea</u>	
2º Assistente: <u>Dr. Felipe</u>	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:		Horário:	I:	T:

### **DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO**

**CID**

Fractura do osso da Perna.

### **DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO**

**CID**

O membro.

### **PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)**

**CÓDIGO**

Tratamento cirúrgico

Acidente durante Ato Cirúrgico	1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim 2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não	Descriva:
Biópsia de Congelação:	1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim 2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Enfermaria 2( <input type="checkbox"/> ) Terapia Intensiva 3( <input type="checkbox"/> ) Residência 4 ( <input type="checkbox"/> ) Óbito durante o Ato Cirúrgico		

## DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

paciente em DDM. sed. Anestesia  
anepre + antisepse.  
Bastante a limpo estéril

### Incisão:

intera laterais do pene (D)

### Achados:

fx de Testis (D)

### Conduta:

relevo anatomico Reta  
fixar com fio de Vicryl prof.  
colostomia de 7 mm.  
limpzi com 50% Esecutec  
sutura: no plane & pélv  
limpzi estéril  
desidrataç  
fx do exstado

### Fechamento:

### OBS:

PTO sempre bem hidratado

Alt. pt 16.01.2016

Data: 15.01.19

Dr. FELIPE  
MEDICO  
CRM-PB 111

MÉDICO



## **RELATÓRIO DE CIRURGIA**

Nome: <i>Jose Fco. Gomes</i>				Registro:	
Idade: <i>55</i>	Sexo: <i>M</i>	Corr: <i>0</i>	Clinica: <i>DR</i>	EMP:	LR:
Data: <i>01/2018</i>	Cirurgião: <i>Dr. Roberto Almeida</i>		2º Assistente:	Instrumentador: <i>Valde</i>	
2º Assistente:	3º Assistente:		Instrumentador:		
Anestesista:	Tipo Anestesia: <i>Laguna</i>		Horário: <i>1:</i>	T: <i>CID</i>	

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
<i>fx Esp das artos da fbris D</i>	

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO CID  
*Ornithodoros*

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO
h.M. C.t Desbucamiento + Fuxado Estano	

Acidente durante Ato Cirúrgico	1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim 2 ( <input type="checkbox"/> ) Não	Descreva:
Biópsia de Congelação:	1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim 2 ( <input type="checkbox"/> ) Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 ( <input type="checkbox"/> ) Enfermaria 2( <input type="checkbox"/> ) Terapia Intensiva 3( <input type="checkbox"/> ) Residência 4 ( <input type="checkbox"/> ) Óbito durante o Ato Cirúrgico		

## DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

Posição DTT em arco fixo  
Assynta + Autosepta  
Longo de campo esté

### Incisão:

Impressão do ferme  
descida a R

### Achados:

fx com perda de  
osso.

### Conduta:

Colgão h ML e RS  
Redução da fractura  
fixação com fiocondo

### Fechamento:

Gelmar + curativo

### OBS:

Antialgofase + D tempo

Data: 16/12/18

Dr. Valdeca  
Médico -  
CNS 2063

MÉDICO



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

<b>Nome:</b> JOSE FRANCISCO JANUARIO				<b>Registro:</b>	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:			1º Assistente:	
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário:	I: T:
<b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>					
Fistula de essec na Penha (D)					
<b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b>					
O mesmo					
<b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b>					
Pexus de Fimbra Extenu					
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:

Pac. V, em B/H sob anest.

Assepsia - Antissepsia

Associação cl. corpos estr.

### Incisão:

### Achados:

Findos extr. bens an

### Conduta:

Retirar os fixador externo

### Fechamento:

Cerrado

Volo lio V.

### OBS:

Data: 09/01/19

Lauri  
Dr. Odont.  
CRM-PR  
MÉDI



## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

Brasão Mato Grosso



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: JOSÉ FRANCISCO  
JANUARIO DE SOUTO

Pontas operante  
squeleto da metade  
dos ossos da pene  
aberta. Resultados  
em dois níveis e  
com tocos fundos  
do mês. As pontas  
INSS pone suspeitas  
e consulta quanto  
as atividades laborais.

CID: T93.4

28.06.19

Assinatura e Carimbo

Roberto Flores de Almeida  
Dr. de Pessoas  
CRM-PB 2116 - TEST 13401



Brasão Mato Grosso



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: JOSÉ FRANCISCO  
JANUARIO DE SOUTO

Pontas operante  
squeleto da metade  
dos ossos da pene  
aberta. Resultados  
em dois níveis e  
com tocos fundos  
do mês. As pontas  
INSS pone suspeitas  
e consulta quanto  
as atividades laborais.

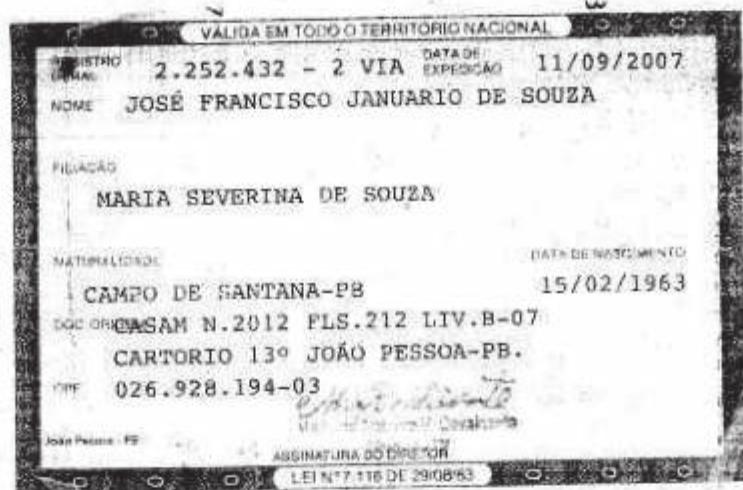
CID: T93.4

28.06.19

Assinatura e Carimbo

Roberto Flores de Almeida  
Dr. de Pessas  
CRM-PB 21167  
TEST 13401

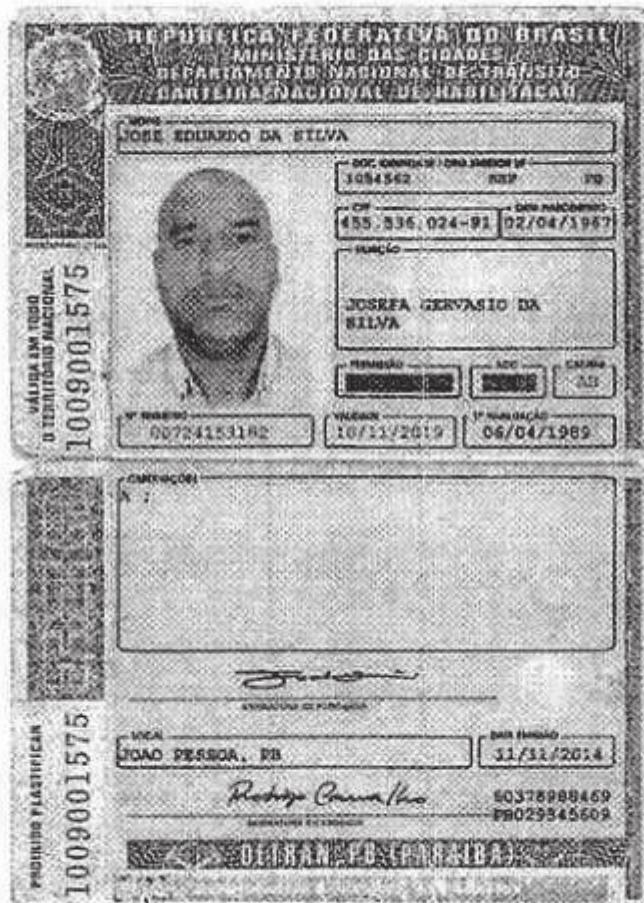




COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 MAIO 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190353684      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE FRANCISCO JANUARIO DE      **Data do acidente:** 16/12/2018      **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A  
SOUZA

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

**Data da análise:** 04/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESBRIDAMENTO/ FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA. P3/7

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

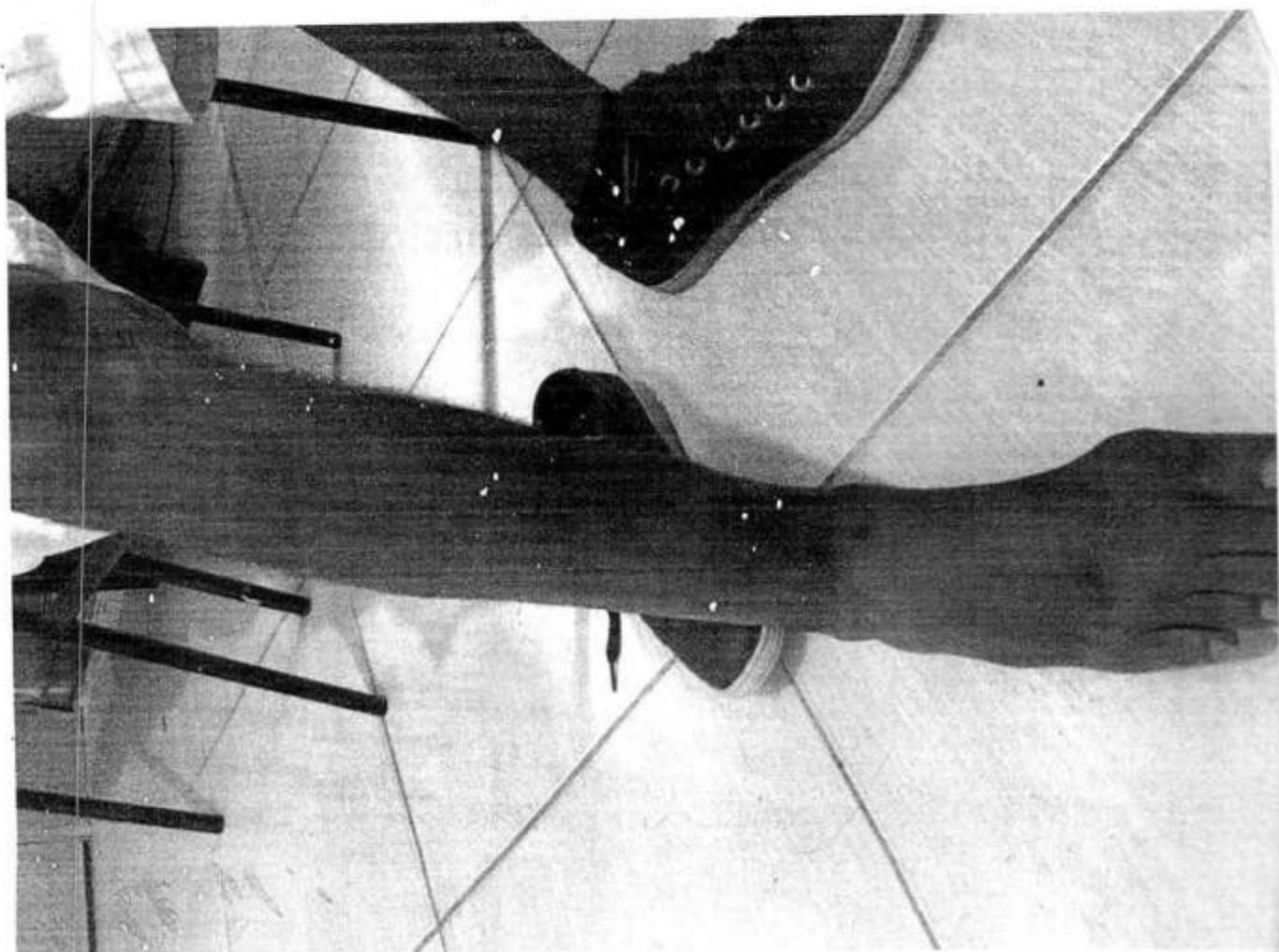
## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

COMPREV  
COMPRESSEURS E PREVIDÊNCIA S/A

26 JUN. 2019

PROTÓCOLO  
AG. JOSÉ PESSOA



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190353684      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE FRANCISCO JANUARIO DE      **Data do acidente:** 16/12/2018      **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A  
SOUZA

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

**Data da análise:** 01/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESBRIDAMENTO/ FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA. P3/7

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA. APONTAMOS QUE A VÍTIMA JÁ FOI INDENIZADA POR DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO EM 04/06/2019(CONDUTA MANTIDA).

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
			<b>Total</b>	<b>0 %</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190353684      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE FRANCISCO JANUARIO DE      **Data do acidente:** 16/12/2018      **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A  
SOUZA

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

**Data da análise:** 02/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESBRIDAMENTO/ FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA. P3/7

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA. APONTAMOS QUE A VÍTIMA JÁ FOI INDENIZADA POR DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO EM 04/06/2019(CONDUTA MANTIDA).

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
			<b>Total</b>	<b>0 %</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190353684      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE FRANCISCO JANUARIO DE      **Data do acidente:** 16/12/2018      **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A  
SOUZA

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

**Data da análise:** 04/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESBRIDAMENTO/ FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA. P3/7

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190353684      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE FRANCISCO JANUARIO DE      **Data do acidente:** 16/12/2018      **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A  
SOUZA

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

**Data da análise:** 16/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO. APONTAMOS LAUDO MÉDICO ASSISTENTE DR.ROBERTO PIRES DE ALMEIDA,CRM/PB-7118,DE 28/06/2019

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190353684      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE FRANCISCO JANUARIO DE      **Data do acidente:** 16/12/2018      **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A  
SOUZA

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

**Data da análise:** 15/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO. APONTAMOS LAUDO MÉDICO ASSISTENTE DR.ROBERTO PIRES DE ALMEIDA,CRM/PB-7118,DE 28/06/2019

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## 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