
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

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, retorne 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



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** 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 14514380



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** 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 14572704



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: Jose Francisco J. de Souza

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

Nome completo: Jose Francisco J. de Souza CPF: 026 928 194 03

Profissão: Agricultor Endereço: Rua Luiz G. Mendes Lima Número: 16 Complemento: _____

Bairro: Jose Americo Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58074-625

E-mail: _____ Tel (DDD): (83) 986634900

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 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 - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3433 9 CONTA: 10000 68 8

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ 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 às custas da Seguradora Líder para verificação da existência ou não das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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: João Pessoa - PB 30/05/19

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.



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

2.229. $\sqrt{2} \approx 1.414213562373095048801668470569291$

Model: US0290

VerAcv. 01.2019



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 Nº 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, Nº 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 Frigoril., 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 BURITI, 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.

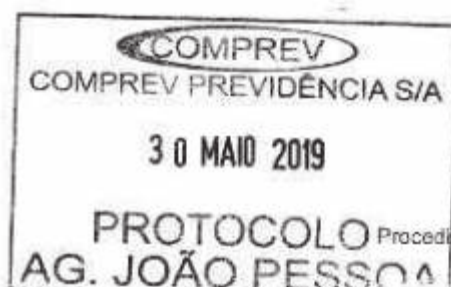
Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 22 de maio de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

JOSÉ FRANCISCO JANUARIO DE SOUZA

Noticiante



Procedimento Policial: 05507.01.2019.1.00.401

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: Jose Francisco J. de Souza

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

Nome completo: Jose Francisco J. de Souza CPF: 026 928 194 03

Profissão: Agricultor Endereço: Rua Luiz G. Mendes Lima Número: 16 Complemento: _____

Bairro: Jose Americo Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58074-625

E-mail: _____ Tel (DDD): (83) 986634900

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 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 - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3433 9 CONTA: 10000 68 8

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ 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 às custas da Seguradora Líder para verificação da existência ou não das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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: João Pessoa - PB 30/05/19

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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

576 - Conta Previdência PF Multilata Mensal

Cód. Agência	Díg	Razão	Número da Conta	Díg	Tipo Conta	PAB	CPF/MF	Contr.
3433	9	10-51	1000068	8	01		026.928.194	03
Nome Completo (Sem Abreviações)								
JOSE FRANCISCO JANUARIO DE SOUZA								
Capacidade Civil						Movimentação		
01 - Maior						ISOLADA		
Nome Legível do Representante/Responsável Legal/Procurador							CPF/MF	Contr.
Tel. Residencial			Tel. Celular			Tel. Comercial		
			10831-98766-0825					
Assinaturas (assinar duas vezes)								



03 13 8001 9 01000007 3 10000000000252968552 01000110002

Mod. CS029

Versão: 01/2010

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 Regular
Data: 16/12/2018
Hora: 15:35:07
Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS AL
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE FRANCISCO JANUARIO DE SOUZA
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: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: CASADO(A)

Ocupação: SERVENTE DE OBRAS

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: JOSE FRANCISCO JANUARIO DE SOUZA

Te: oc. Responsavel: 986137704 / IDENTIDADE: 2252432

Endencia: HOSPITAL TRAUMA

Num. de vezes atendido: 4

Num. Prontuario: 2018.11.002099

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Principal

TRAUMA EXPOSTA EM MID

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Chocado

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
Vomito

Observação: 30-MAIO 2019

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Historia - Exame Físico - (hora do atendimento medico)

*Do trauma acidente de moto com
do e lesão no M.D. com 1 hora e 10 minutos
de evolução*

Diagnóstico

Conduta

Exposto dos ossos da perna

Prescrição

Horário da medicação

Do Bloco PHTO

Dr. Valdeban Carvalho Jr
Médico - CRM 7692
CNS 20634599960018

[Assinatura]

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

[illegible]

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMIENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO

Jaqueline Perreira de Souza

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: 000001000068-8

Nr. Autenticação

BRDESCO070620190500000000023703433000001000068236250 PAGO

SELMA SILVA DE LIMA
RUA LUZ GONZAGA MENDES LIMA, 15 - JOSE AMÉRICO
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58076-235 (40-5)



Ligação: MONOFÁSICO
Cis/Soc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Rótulo: 11 - 5 - 420 - 1200
Medidor: 00001250210
Referência: Mai / 2019
Emissão: 17/05/2019

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-230, Km-25 - Centro Redentor - João Pessoa / PB - CEP 53071-690
CAP 05-005-103/1001-40 - Ins. Est. 16.645-923-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 025.124.744
CF-e para Dst. Autônomo: 8961246741-1

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAE
Mai / 2019	17/05/2019	17/06/2019	713.633.514-00
			Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/1246741-1**

Canal de contato

Junta-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em
saude.gov.br/vacina-brasil

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias			
Data	Leitura	Data	Leitura						
17/04/19	22136	17/05/19	22885	1	259	30			
Demonstrativo									
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Alg. (R\$)	Base Calc. Po (R\$)	Cofre (R\$)			
Tabela Tarifária (CUSTO) CUSTO Po (R\$) BASTINHA-ATC (R\$)									
0601	Ocorrência em serviço	250.000	0,0000	2.14,10	27	57,30	2.14,10	220	0,28
0601	Adic. B. Amarela	2,11	2,12	22	0,57	2,13	0,77	2,13	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0607	CONTRIB. SERV. LUM. PÚBLICA	0,73	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0604	JURIS. DE AMONIA 03/2019	1,39	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0605	MULTA 03/2019	2,98	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0606	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2019	0,40	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

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

CCI Código de Classificação do bem: TOTAL: 232,13 218,58
Taxa de Tributos: 0,571770

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
220	24/05/2019	R\$ 232,13
Histórico de Consumo (kWh)		

221	209	199	219	133	183	215	215	201	206	230	209
Mai/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Sep/19	Out/19	Nov/19	Dez/19	Jan/20	Fev/20	Mar/20	Abr/20

RESERVADO AO FISCO

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

Indicadores de Qualidade				Composição da Conta		
	Limites da ANEEL	Aprovado	Limite de Tensão (V)	Determinação	Valor (R\$)	%
DFC MENSAL	5,01	0,00	NÃO DEIXA	Serviço de Dist. de Energia/PE	90,95	21,92
DFC TRIMESTRAL	10,12			Compra de Energia	75,10	32,36
DFC ANUAL	20,23			Serviço de Transmissão	7,52	3,41
DFC MENSAL	0,01	1,00		Energia Gerada	12,05	5,19
DFC TRIMESTRAL	0,02		CONTRATADA	Imposto sobre Serviços	98,03	37,98
DFC ANUAL	0,03			Outros Serviços	0,20	0,09
DFC	0,00	0,00	LIMITE SUPERIOR			
DFC	1,72			Total	232,13	100,00

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Botão para simplificar pagamento da nota fiscal/costa de energia elétrica: Nº 825.235.534



ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Centro Redeitor - João Pessoa / PB - CEP 58071-000
CNPJ 02.095.182/0001-48 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE
JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE, 157 SALA 06
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAI/2019	20/05/2019	212	27/05/2019	R\$ 191,04

Acesse: www.energisa.com.br



DEBATE Nº 01

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Rotelero: 12-005-292-6450

83690000001-6 91040149000-8 16983582019-5 05400005019-2

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATEMÁTICA
27/05/2019	R\$ 191,04	1698358-7 2019-05-4



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINALASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 Nº 9.613/98.

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 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>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>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD) <u>(83) 986634900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 30/05/2019

Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 MAIO 2019
PROTOCOLADO
AG 1070 25

Declaração do Proprietário do Veículo


Eu, Jose Alex Pereira de Souza,
RG nº 3801627, data de expedição 28/11/2016
Órgão SSPPB, portador do CPF nº 701.415.394-31 com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Prof.ª Maria Goretti, nº 512,
complemento sem, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jose Francisco Junior de Souza cujo o condutor era
Jose Francisco Junior de Souza

Veículo: motoc
Modelo: HONDA - CG 125 SAN
Ano: 2013 / 2014
Placa: NAC 9062 - PB
Chassi: 9C2YCG110E3 103983
Data do Acidente: 16-12-18
Local e Data: João Pessoa, 22-05-19

1º OFÍCIO
DISTRITAL

Jose Alex Pereira de Souza
Assinatura do Declarante

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

 **CARTÓRIO CELEIDA**
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
RUA JOSECELINO VIEIRA, S/Nº - CENTRO CENSO - CEP 50175-400 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TEL: 3331-4012

Reconheço por Autenticidade a firma de JOSE ALEX PEREIRA DE SOUZA, [77565], J. Pessoa-PB, 22/05/2019 10:23:14 Emol R\$9.91 Farpem: R\$0,29 Fepi: R\$1,98, ISS: R\$0,50. Em test da verdade. Tabela CELEIDA, JOSINO PEREIRA SILVA, Selo Digital A1029337-RPLE Consultar em cartorio@cartorioceleida.com.br



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

CERTIDÃO

Nº. 0546/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritz, 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, dato 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>José Francisco</u>				Registro:	
Idade: <u> </u>	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u> </u>	Clinica: <u> </u>	EMP: <u> </u>	LR: <u> </u>
Data: <u> </u>	Cirurgião: <u>Dr. Raulo de S. Santos</u>			1º Assistente: <u>Dr. Omeo</u>	
2º Assistente: <u>Dr. Felipe</u>		3º Assistente: <u> </u>		Instrumentador: <u> </u>	
Anestesista: <u> </u>		Tipo Anestesia: <u> </u>		Horário: <u> </u> I: <u> </u> T: <u> </u>	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<u>P. FX dos ossos do Pé direito</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<u>P. O. normal</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<u>P. Tratamento cirúrgico</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico			Descreva:		
1 () Sim 2 (x) Não					
Biópsia de Congelação:					
1 () Sim 2 (x) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (x) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDM. sob Anestesia
Anepne + Antisepsia
Posição de campos estéril

Incisão:

Intera lateral do penis (D)

Achados:

fx de Testis (D)

Conduta:

Redução mecânica de teste
Fixação com fio de seda preto prof.
Ligadura de 7 parafusos.
Campos em S.O.M. Exatidão
Exatidão do plano e pele
Ligadura de
fx de testis

Fechamento:

OBS:

fx de testis bem reduzido

Atk p/ 16.01.2019

Data:

15.01.19

Dr. Fellipe
MÉDICO
CRM-PB 11111

MÉDICO/C

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Jose Fco da Silva</i>				Registro:	
Idade: <i>33</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>N</i>	Clínica: <i>N</i>	EMP:	LR:
Data: <i>09/2/18</i>	Cirurgião: <i>Dr. Roberto Almeida</i>		1º Assistente: <i>Valdiney</i>		
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia: <i>Laryn</i>		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>fx Exp do osso da perna D</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<i>h.M. C. + Desbridamento</i>					
<i>+ fixação externa</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico			Descreva:		
1 () Sim					
2 () Não					
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 DVT com anestesia
geral e antibioticoprofilaxia
de rotina de rotina.

Incisão:

Incisão de 5 cm
na região da fratura.

Achados:

Fratura com perda de
osso.

Conduta:

Realização de MC e
Redução da fratura
fixação com fixador.

Fechamento:

Sutura + curativo.

OBS:

Artroscopia + 2º tempo.

Data:

16/12/18

Dr. Valério
Médico -
CNS 2063

MÉDICO

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em BBH sob anestesia.
Assepsia e Antissepsia
Aplicação de curativo estéril

Incisão:

Achados:

Fim de linha estéril. Linhas em

Conduta:

Retirada do Fixador Externo

Fechamento:

Curativo
Vale limpo

OBS:

Data: 09/05/19

Laurif
Ortopedia
CRM: 12345
MÉDICO

LADO MEDIO



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: JOSE FRANCISCO
JANUARIO DE SOUZA

Paciente operante
seguida de prótese
dos ossos da perna
direita. Resultando
em dois membros e
limitação funcional
do M.I.D. Ao ponto
INSS para avaliação
e conduta quanto
as atividades laborais.
CID: T93.4
28.06.19

Roberto Pires de Almeida
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 113-TEST 13401

Assinatura e Carimbo



Largo Médico



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: JOSE FRANCISCO
JANUARIO DE SOUZA

Paciente operante
seguida de prótese
dos ossos da perna
direita. Resultando
em dois membros e
limitação funcional
do M.I.D. Ao ponto
INSS para avaliação
e conduta quanto
as atividades laborais.
CID: T93.4
28.06.19

Roberto Pires de Almeida
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 113-TEST 13401

Assinatura e Carimbo



REPÚBLICA DE PARAGUAY

ESTADO DA PARANÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA LÍDRER

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02

P-004





Assinatura

ASSINATURA E TÍTULO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2.252.432 - 2 VIA DATA DE 11/09/2007

EXPEDIÇÃO

NOME JOSÉ FRANCISCO JANUARIO DE SOUZA

FILIAÇÃO MARIA SEVERINA DE SOUZA

NATURALIDADE CAMPO DE SANTANA-PB DATA DE NASCIMENTO 15/02/1963

DOC ORIGINAL CASAM N.2012 PLS.212 LIV.B-07

CARTÓRIO 13º JOÃO PESSOA-PB.

CNPJ 026.928.194-03

Assinatura

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/63

COMPREV





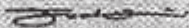


COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 MAIO 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
Nome JOSE EDUARDO DA SILVA		SOC. CIVILIZADORA - CND. EMISSOR DE 1084562 RCEP PD	
		CM 455.336.024-91	Data Nascimento 02/04/1967
Nome JOSÉA GERVASIO DA SILVA			
Registro 		ADC 	Categoria AB
Nº Registro 00724153182	Vigencia 10/11/2019	Nº Habilitação 06/04/1969	
Observações <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>			
<div style="text-align: center;">  Assessoria de Planejamento </div>			
MICA JOAO PESSOA, PB		Data Emissão 31/31/2014	
<div style="text-align: center;">  Assessoria de Planejamento </div>		50378988469 PR029345609	
<div style="text-align: center;">  DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO </div>			

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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.

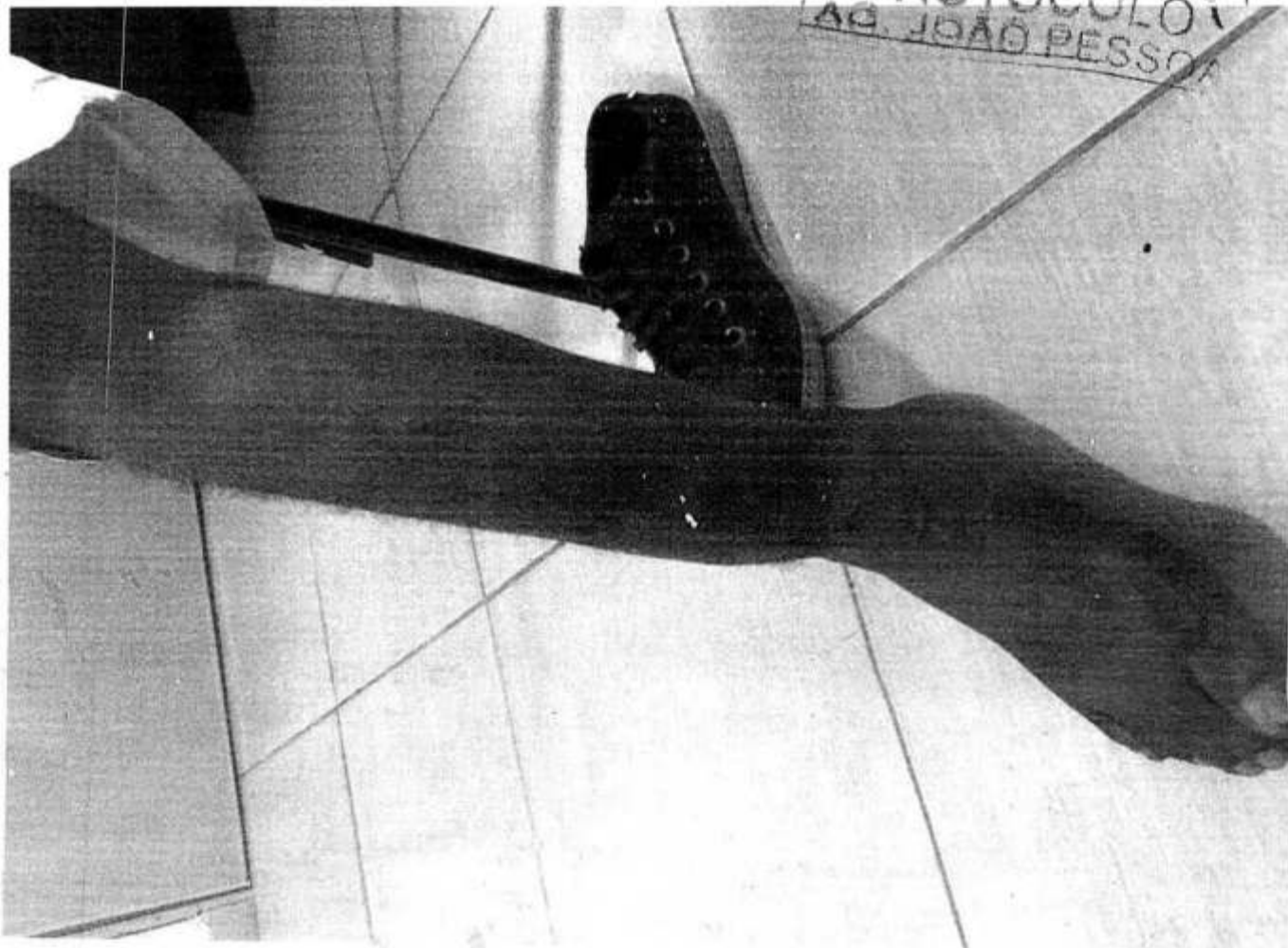
DANOS

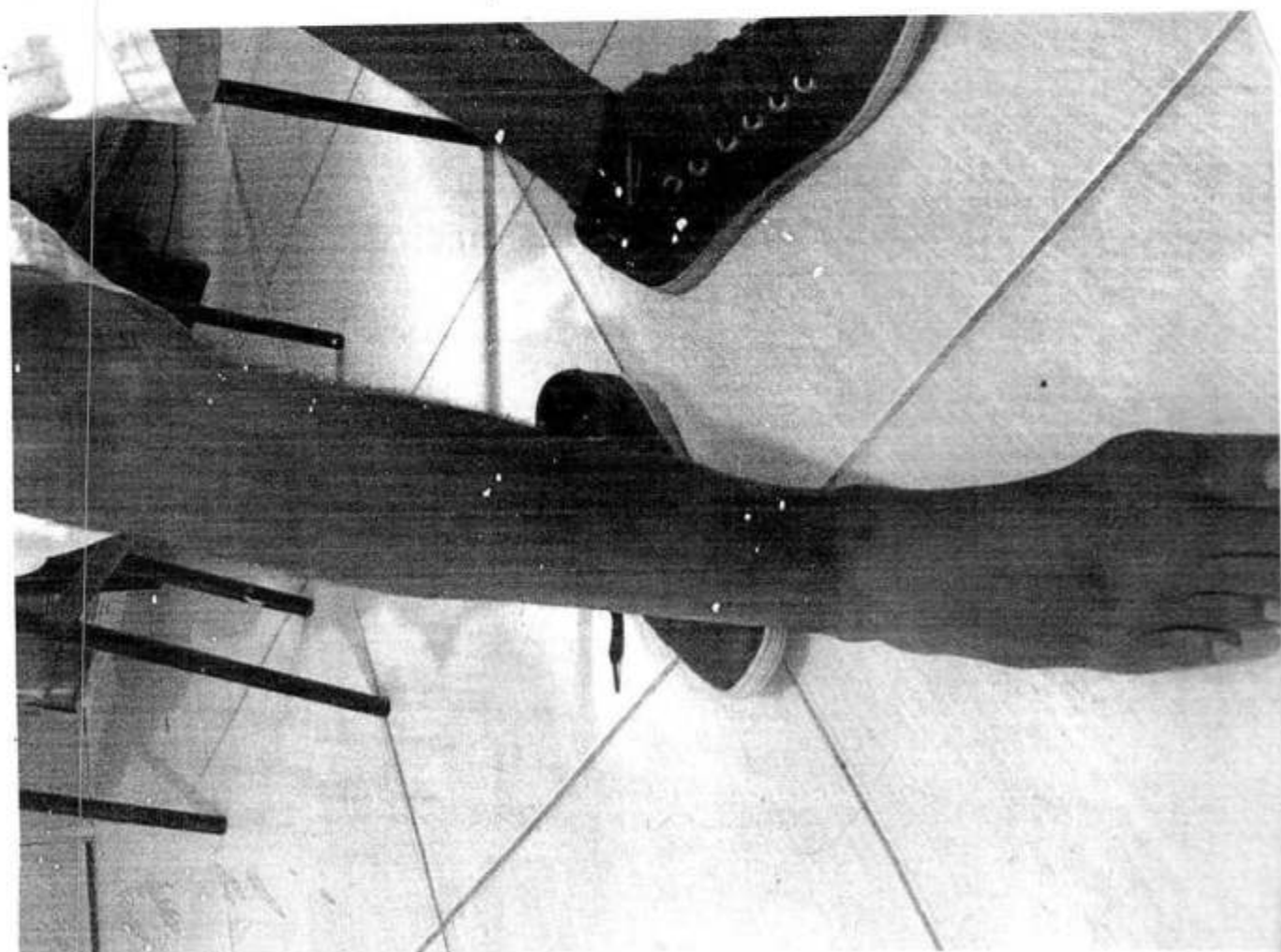
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

26 JUN. 2019

PROTUCULO
AG. JOÃO PESSOA





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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

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 SOUZA **Data do acidente:** 16/12/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

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

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 SOUZA **Data do acidente:** 16/12/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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 SOUZA **Data do acidente:** 16/12/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

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