
Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JOAO LUIZ NETO

Nº Sinistro: 3180547682
Vítima: JOAO LUIZ NETO
Data do Acidente: 28/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180547682**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180547682

Vítima: JOAO LUIZ NETO

Data do Acidente: 28/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOAO LUIZ NETO

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência
Documentos de identificação

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

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, 18 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180547682

Vítima: JOAO LUIZ NETO

Data do Acidente: 28/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

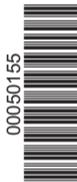
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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, 29 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180547682 Vítima: JOAO LUIZ NETO

Data do Acidente: 28/01/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO LUIZ NETO

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 dos punhos

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: JOAO LUIZ NETO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000922

Conta: 0000054759-4

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





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

144.383.424-87

Nome completo da vítima

João Luis Neto

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo
João Luis Neto

CPF titular da conta
144.383.424-87

Profissão
Motorista

Endereço
Tel. ciclófóto Massa, 420

Número
420

Complemento

Bairro
Centro

Cidade
Recife

Estado
PB

CEP
58088-820

Email
alexandracesaraduarte@hotmail.com

Telefone (083)
(83)99305.5363

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECLUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

DN

CONTA

Nº

54759

DN

(Informar digito se existir)

CONTA CORRENTE (somente bancos que possuem)

PREVIDÊNCIA SIAE

BANCO

Name

12 JUL. 2018

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

(Informar digito se existir)

PROTOCOLO

AG. JOÃO

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Sapé, 19 de fevereiro de 2018

Local e Data

João Luis Neto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01188.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01188.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:40 horas do dia 21 de junho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **João Luiz Neto**, CPF nº 144.181.424-87, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Motorista, filho(a) de Zulmira Tereza de Jesus e Pai Não Declarado, natural de Pocinhos/PB, nascido(a) em 17/04/1954 (64 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Cel. Adolfo Massa, N° 420, bairro Oiticicó, tendo como ponto de referência Posto Santo Reis, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99306-3053.

Dados do(s) Fatos:

Local: Capitão Francisco, Mercadinho Galo Branco, Galo Branco, Sapé/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/01/18 15:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

Local: Capitão Francisco Antonio Pereira, Mercadinho Galo Branco, Galo Branco, Sapé/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/01/18 15:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante, no dia 28/01/2018, por volta das 15:30 horas, quando transitava na rua: Capitão Francisco Antonio Pereira, na cidade de Sapé/PB; QUE, segundo o notificante na ocasião estaria em um veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA CG 150 FAN ESI, ano e modelo: 2011 de cor preta, placa: OEU 2058/PB, chassi nº 9C2KC1670BR611667, registrado em nome do notificante; QUE TRANSITAVA no endereço acima citado, quando um outro veículo, tipo motocicleta, não sabendo especificar marca e modelo, nem a placa do mesmo, que este saiu de uma rua: Frederico Azaran que é cruzamento da rua que o notificante estava; QUE segundo o notificante este condutor do veículo(moto) saiu sem ter a devida atenção e acabou por colidir na moto do notificante, evadindo-se do local sem prestar socorro; QUE devido ao impacto veio o notificante a cair ao chão; sendo socorrido por terceiro para o hospital Regional de Sapé/PB conforme declaração, datado de 20/02/2018, assinado pelo diretor geral Eduardo da Silva Costa, e em seguida encaminhado através de ambulância para o complexo hospitalar de Mangabeira, sendo diagnosticado como fratura do radio distal esquerdo, datado de 01/06/2018 e assinado pela Drª Rosângela M. Escorel Almeida-CRM/PB3883. NÃO QUER REPRESENTAR CRIMINALMENTE.

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

COMPETENCIA CIP.
12/01/2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAIBA



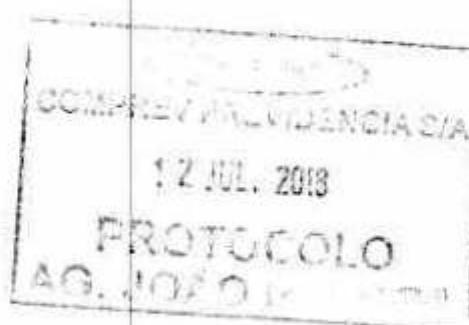
**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 21 de junho de 2018.

[Signature]
JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigacao

[Signature]
JOÃO LUIZ NETO
Noticiante



Procedimento Policial: 01188.01.2018.1.00.420

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01188.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01188.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:40 horas do dia 21 de junho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **João Luiz Neto**, CPF nº 144.181.424-87, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Motorista, filho(a) de Zulmira Tereza de Jesus e Pai Não Declarado, natural de Pocinhos/PB, nascido(a) em 17/04/1954 (64 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Cel. Adolfo Massa, N° 420, bairro Oitizeiro, tendo como ponto de referência Posto Santo Reis, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99306-3053.

Dados do(s) Fatos:

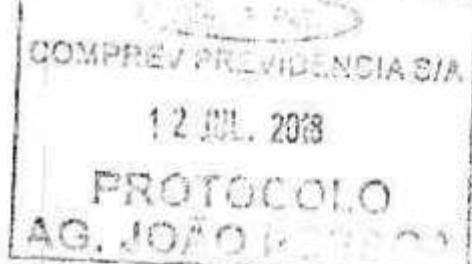
Local: Capitão Francisco, Mercadinho Galo Branco, Galo Branco, Sapé/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/01/18 15:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

Local: Capitão Francisco Antonio Pereira, Mercadinho Galo Branco, Galo Branco, Sapé/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/01/18 15:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante, no dia 28/01/2018, por volta das 15:30 horas, quando transitava na rua: Capitão Francisco Antonio Pereira, na cidade de Sapé/PB; QUE, segundo o notificante na ocasião estaria em um veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA CG 150 FAN ESI, ano e modelo: 2011 de cor preta, placa: OEU 2058/PB, chassi nº 9C2KC1670BR611667, registrado em nome do notificante; QUE TRANSITAVA no endereço acima citado, quando um outro veículo, tipo motocicleta, não sabendo especificar marca e modelo, nem a placa do mesmo, que este saiu de uma rua; Frederico Azanar que é cruzamento da rua que o notificante estava; QUE segundo o notificante este condutor do veículo(moto) saiu sem ter a devida atenção e acabou por colidir na moto do notificante, evadindo-se do local sem prestar socorro; QUE devido ao impacto veio o notificante a cair ao chão; sendo socorrido por terceiro para o hospital Regional de Sapé/PB conforme declaração, datado de 20/02/2018, assinado pelo diretor geral Eduardo da Silva Costa, e em seguida encaminhado através de ambulância para o complexo hospitalar de Mangabeira, sendo diagnosticado como fratura do rádio distal esquerdo, datado de 01/06/2018 e assinado pela Drª Rosângela M. Escorel Almeida-CRM/PB3883. NÃO QUER REPRESENTAR CRIMINALMENTE.

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, expoco 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
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



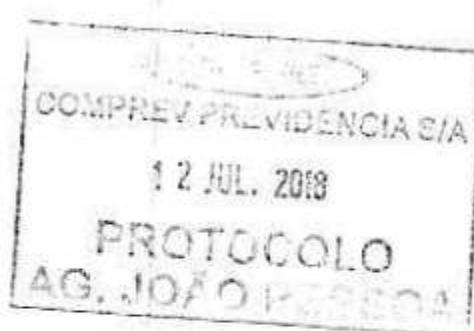
**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 21 de junho de 2018.

Assinatura
JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigacao

Assinatura
JOÃO LUIZ NETO
Noticiante



Procedimento Policial: 01188.01.2018.1.00.420



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

João Henrique Neto

CPF da Vítima

144.181.424-87

Data do Acidente

28-01-18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPRA PREVIDENCIAS SA

12 JUL. 2018

PROTÓCOLO

AG. 1071-0000

Santos, 19 de Fevereiro de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

João Henrique Neto

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
HOSPITAL REGIONAL DR. SÁ ANDRADE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que o Srº. JOÃO LUIZ NETO, Nascido em 17/04/1954, residente na Rod Sapé-Mari, - Centro - Sapé- PB, o qual deu entrada neste serviço de saúde (Hospital Regional Dr. Sá Andrade em Sapé - PB) na data de 28/01/2018, vítima de acidente de moto, o qual foi atendido pela equipe médica deste serviço de saúde, realizado Rx. Encaminhado para o Hospital de Trauma em João Pessoa-PB.

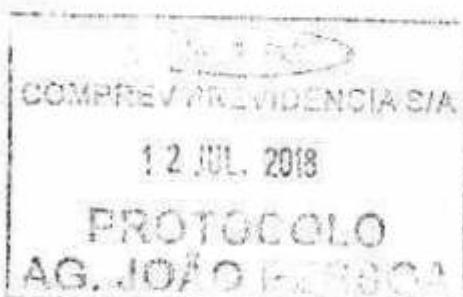
Esta declaração é verdade e dou fé.

Sapé-PB, 20 de Fevereiro de 2018

Atenciosamente,

Eduardo da Silva Costa
Diretor Geral
MAT 2122473

EDUARDO DA SILVA COSTA
Diretor Geral



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: 22/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO LUIZ NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00922

CONTA: 00000054759-4

Nr. da Autenticação 4C85147EE0FD1E4E

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alechandra Cesar Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Eduardo Luiz Neto inscrito
 (a) no CPF sob o Nº 349.181.429 - 87 do sinistro de DPVAT cobertura um ValidaZ da Vítima
Eduardo Luiz Neto, inscrito (a) no CPF sob o Nº KM.181.924-87 conforme
 determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
COMPREY PREVIDENCIA S/A

Recuso informar

12 JUL. 2018

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. Maria Rizzo</u>	Número	<u>58</u>	Complemento
Bairro	<u>Alamaria</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado
Email		Telefone comercial (DDD)		CEP

Local e Data:

Jai Resende de Julho de 2018
 Assinatura do Declarante

Dra. Arleide Andrade Medeiros
CRM/PB 11.289

Paciente: JOSÉ LUIZ NETO.

LAUDO MÉDICO.

O paciente JOSÉ LUIZ NETO, foi vítima de acidente de trânsito em 28/01/2018, em decorrência do qual sofreu trauma em membro superior esquerdo, fratura do rádio distal esquerdo.

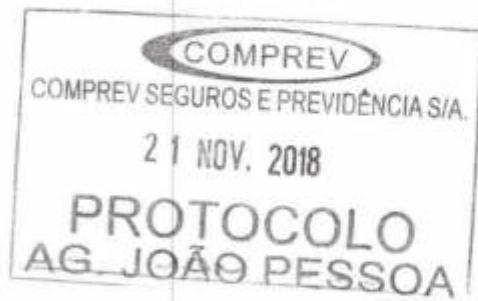
Conduzido à unidade de saúde, constatada a fratura, o paciente foi submetido a tratamento cirúrgico em 02/02/2018, com a aposição de 3 fios de Kirschne, conforme relatório cirúrgico.

Do exame clínico e dos demais documentos médicos do paciente, vê-se a intensa limitação motora oriundas do trauma sofrido, influindo para o normal exercício de suas atividades habituais e cotidianas.

CID 10: S 52.2

João Pessoa, 17 de setembro de 2018.

Dra. Arleide Andrade Medeiros
Médica
CRM/PB 11.289





Re cadastro solicitado



CERTIDÃO

Nº. 0799/2018

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 da Ficha de atendimento ambulatorial Nº97993 e Prontuário nº 2018.01.003904, pertencentes a **JOAO LUIZ NETO** requerente que foi atendido dia 28/01/2018 às 17H54min, vitima de vitima de queda de moto, apresentando trauma em punho esquerdo.

Submetido à avaliação médica que evidenciou fratura do rádio distal esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 02/02/2018.

E para constar eu, Rossana de Fatima de Araujo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 01 de junho de 2018

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533



FEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

EXQ. ITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

9056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 97993

Atd: Nao Regula

Data: 28/01/2018

Hora: 17:54:51

Repcionista: GILMAR DE SOUTO CAVAL

Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JOAO LUIZ NETO

Num. Prontuario: 2018.01.003904

NS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 19901581 Fone: 993063053

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 17/04/1954 Id: 63 ano(s)

End.: RUA JOAO DOS SANTOS, 119

Bairro: CENTRO Cidade: SAPE UF :PB

Mae: EULMIRA TEREZA DE JESUS

Pai: NAO DECLARADO

Eca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Paçao: MOTORISTA SEM ESPECIFICACAO

Escolaridade:

MACOES DE ENTRADA

: ESPOSA - MARIA DA CONCEICAO

1/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE HOSP. SA ANDRADE

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Viu a de acidente por: QUE MOTO-SO-COND

Ultima de violencia por: HJ-15H30 - SAPE - PX A RESIDENCIA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA:

FR: [] Aparentemente Bem [] Grave

TP: [] Politraumatizado [] Convulsao

Altura: [] Hemorragia [] Dispneia

mia: IMC: [] Diarreia [] Agitado

perc. Abd: 02%: COMPREV [] Regular [] Chocado

Qua a Principal

QUEDA

Observacao

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

ostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao

|

|

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Achados:

Visualização de fratura do rádio distal com uso de intensificador de imagem

Conduta:

Realizada manobra de redução do punho

Redução de fragmentos ósseos do rádio

Aposição de 03 fio(s) de kirschner em rádio distal

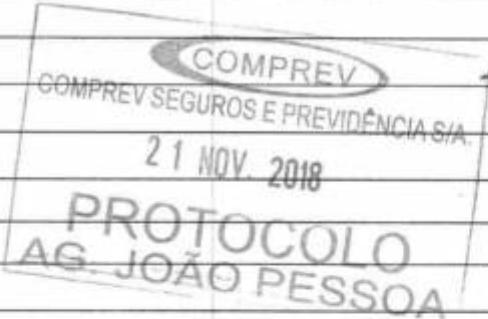
Fechamento:

Limpeza com SF a 0,9% de punho

Curativo

Tala axilopalmar gessada

OBS:



Data: 02/02/18

Dr. Eneas P. Bessa Neto
MÉDICO
CRM 9498



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME				PRONTUÁRIO N°	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 25/04/18		DATA DE ALTA 03/07/18		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL		DIAGNÓSTICO DEFINITIVO Febre de 20 dias. Dura 1		CID	
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					

PROCEDIMENTO REALIZADO: <i>Tratamento cirúrgico</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)					
<i>Paciente evoluiu bem sem s</i> <i>calor, febre, vermelhidão pro</i>					

DIETA: <i>Anse</i>	ORIENTAÇÕES PÓS ALTA	COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SIA 21 NOV. 2018
REPOUSO:	Relativo em casa por _____ dias. Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.	PROTOCOLO S. JOÃO PESSOA
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.		
MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>cobertura sao</i>		

RETORNO	Ao posto de saúde em <i>Endo Flores</i> para retirada de pontos. Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.
---------	--

DATA	ASS. MÉDICO / CRM
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.	

Dr. Edmundo



07833220

Assinatura do Titular da Carteira

**CARTEIRA DE IDENTIDADE
DE ADVOGADO**

OPEN SOURCE

da Paraíba

ALEXANDRA CESAR DUARTE

ALESSANDRE DE ARRUDA DUARTE e MARCIA CESAR DUARTE

卷之三

300

— 1 —

260887-362

2000-0000

卷之三

www.ijerph.com

2009-08-09

JOSÉ MARIO PORTO JUNIOR
PRESIDENTE

O documento de identidade
profissional, na forma prevista no
Regulamento Geral, é de uso
obrigatório ao exercício da atividade
de advogado ou de estagiário e
constitui prova de identidade civil
para todos os fins legais.
Art. 13 da Lei n.º 8.909, de 04.05.1994.

COMPRAR EN AVENIDA S/A

12 JUL 2013

**PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA**



07833220

Assinatura do Titular da Carteira

CARTEIRA DE IDENTIDADE DE ADVOGADO

PROFESSIONAL ADVOCATES OF BRAZIL

- O A B -

O documento de identidade
profissional, na forma prevista no
Regulamento Geral, é o uso
privilegiado de exercer a atividade
de advogado ou de escritório e
constituir prova de identidade civil
para todos os fins legais.
(Art. 13 da Lei nº 8.909, de 04/07/1994)

ONDE: Rua das Almoxarifadas, 1000

da Paraíba

ALEXANDRA CESAR DUARTE

ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE e MARCIA CESAR DUARTE

RESIDÊNCIA:

RIO DE JANEIRO-RJ

BRASILEIRA

Sexo: Feminino

24.08.1982

Data de Compração da OAB:

17/02/2008

Data de Gravação em Sistema:

30/07/2007

Data de Expedição:

12/01/2009

JOSÉ MARIO PORTO JUNIOR
PRESIDENTE

COMPREV PREVIDENCIA S/A

12 JUL, 2013

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



COMPRA PREVIDÊNCIA S/A
12 JUL. 2013
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB		Nº 013748703723	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO			
VIA	CÓD. RENAVAM	DATA	INÍCIO EXERCÍCIO
1	0034151819-0	00/0000000	2017
NOME			
JOÃO LUIZ NETO			
CPF / CNPJ	PLACA		
14418142487	OEU2058/PB		
PLACA ANTO/UF	CHASSI		
NOVO PB	9C2KC1670BR611667		
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL		
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	ALCO/GASOL		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MDO.	
HONDA/CG 150 FAN ESI	2011	2011	
JAP / POT / GIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2 P/149 /CI	PARTIC	PRETA	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VEND. COTAS	
I	00/00/0000	1 ^a	
V	RADIA / PVA	PARCELAMENTO / COTAS	
A	*****	0	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	*****	SEGURO P A G O	24/10/2017
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
JOÃO PESSOA-PB	DATA		
40649	26/10/2017		
	13870		

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

PB Nº 013748703723 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

PERÍODO DATA EMISSÃO
2017 26/10/2017

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	14418142487	OEU2058/PB
RENAVAM	MARCA / MODELO	
00341518190	HONDA/CG 150 FAN ESI	
ANO FAB.	DATA FAB.	Nº CHASSI
2011	9	9C2KC1670BR611667
PRÉMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$)	DETRANR (R\$)	CUSTO DO BILHETE (R\$)
*****	*****	*****
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	SEGURO	24/10/2017
FADAMENTO	PARCELA(X)	DATA DE PAG.
COTA ÚNICA	13870	24/10/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.240.068/0001-04

COMPRA VALOR INICIAL

12 JUN. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO P. 1004

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS
AUXILIAR PARA VEÍCULOS AUTOMOTORES DE
A TERRERRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

O SEGURO DPVAT COBRE DANOS PESSOAIS
AUXILIAR PARA VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA
PRESISTRE DO FOR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO.

ESTA COBERTURA TORNO OS CIDADÃOS, EM TODO O
TERRITÓRIO NACIONAL, SEUS ELES MOTORISTAS,
USUÁRIOS DE FERROVIAS

ESTO OFERECE OS TRÊS TIPOS DE COBERTURA: MORTE,
VIA, CER FERIMENTE E REEMBOLSO DE DESPESAS
A ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES (DAMS).

SE VOCÊ FOR VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUER
INFORMAR DA INIDENCIACAO, FAÇA-NO DOCUMENTAÇÃO
PÁS INDICADA E SOLICITE A INIDENCIACAO EM UM DOS
CENTROS DE ASISTÊNCIA MÉDICA AUTORIZADOS (CONSULTE OS
www.segurodpvatid.com.br SE TIVER DÚVIDAS
QUE PARA OBTER INFORMAÇÕES 0800 022 1204)

VALORES DE INIDENCIACAO POR PESSOA VITIMADA E
DOCUMENTAÇÃO BÁSICA NECESSÁRIA PARA PEDIDO
DE INIDENCIACAO:

IDENT. (1) IDENT. PERMANENTE (2) DAMS (3)
00 1234567890 00 00 00 00 00 00 00 00

(1) MORTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO
PRA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE, CERTIFICO DE
ATO, COPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA
VÍTIMA E DO CORPO, E PROVA DA QUALIDADE
DE ENFERMADOR/ENFERMEIRO DO VÍTIMA.

(2) VALORIZ PERMANENTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA
EXPEDIDO PRA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE, COPIA
A DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E LUGO
O HOSPITAL, MEDICAMENTOS, CHAMADA DE LOCAL
O 10-0076, OU, SE HESIÇÃO, DA VÍTIMA, COM A
PROVA DA QUALIDADE DE ENFERMADOR/ENFERMEIRO
DA VÍTIMA, TÓTICA DA PARTE DA LESÃO, SE ACORDO COM OS
PROVISÓRIOS DA TABELA CONSTANTE DO ANEXO DA LE
19-174-AF/2003.

(3) DAMS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E
SUPLEMENTARES: REGISTRO DA OCORRÊNCIA
EXPEDIDO PRA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE
OU/DO ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR, OU
OUTRAS SORTE, QUE CONFIRME QUE AS
MESMAS MÉDICO-SUPLEMENTARES ESTAVAM POSSAM
ESCORRER DO ATENDIMENTO. A VÍTIMA, COPIA DA
DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA, COPIA
MATERIAL DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, OU
QUANTITATIVO EQUIVALENTE, COPIA DOCUMENTAÇÃO DE
CUSTO DE DESPESAS, INCLUINDO DIÁRIAS E TAXAS,
ALUGO DOS MATRÍCULAS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS
JUNTO, SE EXAMES ESPECIAIS COM OS PREÇOS POR
EXAME, ALAVOSOS SERVIÇOS MÉDICOS E
PROFISSIONAIS QUANDO ESTES FORAM ESCAPAZ
PROMPTAMENTE PELA HOSPITAL, NOVAS FICHAS, PATRIMÔNIO
UMILHISTÓRICO HOSPITAL ORIGINAL, COMPROVANDO O
ACORDO DAS RESPECTIVAS VALORES, BEDES
TODAS AS DÁTAS DA VÍTIMA DA
OCORRÊNCIA DO FATO/ACIDENTE + CARTA MÉDICO DA
PROFISSIONAL CONSTITUIDO, DATA, ASSINATURA,
E TAMBÉM IDENTIFICAÇÃO NUMEROTADA NÚMEROS

* PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS
COMPLEMENTARES, INFORMAÇÕES DO ANEXO
PRODUZIDA PELA DPVAT

• IMPORTANTE:

MUITO IMPORTANTE: O REGISTRO DE FATO, INFORMAÇÕES
COMPLEMENTARES, DOCUMENTOS DO ANEXO
PRODUZIDA PELA DPVAT, NÃO SÃO
ACEITADOS PELA POLÍCIA CIVIL, JUSTIÇA, PGR, PGRF
OU PGRM, NEM PELA JUSTIÇA MILITAR.

* O REGISTRO DA OCORRÊNCIA DEVE SER FEITO NA
MEDIDA SUFICIENTE PARA AVALIAR A GRAVEDADE
DE FATO, DEIXANDO A DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO
DA VÍTIMA E DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO
DA VÍTIMA.

* PRAZO: PARA PAGAMENTO DA INIDENCIACAO DE
REEMBOLSO DE DESPESAS DA ASSISTÊNCIA MÉDICA
DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA.

* A INIDENCIACAO SERÁ FEITA SOMENTE NO MÊS
DE VENCIMENTO DA PARCELA DA IPVA.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

* O SEGURO DPVAT É OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS
PROPRIETÁRIOS DE VEÍCULOS DEACORDO COM A LEI
01.194/1974, SENDO PARTE INTEGRANTE DO
DESENHO FISCAL DEVEICULOS.

* PÉRIODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO: DE 01 DE JANEIRO
A 31 DE DEZEMBRO DO PÉRIODO DA QUE SE REFERE ELE
A VÍTEMA.

* O SEGURO DPVAT DEVE SER PAGO JUNTAMENTE COM A
PRIMEIRA QUOTA DA VÍTEMA DA UNICA DO IMPÔSTO
DE PROPRIEDADE DE VEÍCULOS AUTOMOTORES - IPVA.
Caso seja feita a opção pelo parcelamento, o
VENCIMENTO TANDEM ESTARÁ ATRELADO AO
PAGAMENTO DAS PARCELAS DO IPVA. OS VENCIMENTOS DO
IPVA E DO SEGURO OCORREM SEMPRE NA
MESMA DATA.

* O CIBUCO NÃO ESTARÁ DEVIDAMENTE LICENCIADO SE O
SEGURO OBRIGATÓRIO NÃO FOR PAGO (RECOLHIMENTO
CONTRAN/01/1974).

* 50% DO VALOR DO PÉMDO DO SEGURO OBRIGATÓRIO
FAZEREM A SEGUINTE DESTINAÇÃO:

* 45% AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS, DO
MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA CUSTO DA ASSISTÊNCIA
MÉDICA HOSPITALAR, AS VÍTIMAS DE ACIDENTES DE
TRÂNSITO (ART. 19 DA LEI 01.194/1974);
* 5% AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO -
DENATRAN, PARA APLICAÇÃO EM PROGRAMAS
DESTINADOS A PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO
PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 19 DA LEI 01.194/1974
(OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO BRASILEIRO).



ATENDIMENTO AO PÚBLICO
SAC DPVAT 0800 022 1204

Serviços Online DPVAT www.segurodpvatid.com.br

INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURO DPVAT: PESQUISA DE
INIDENCIACAO E REEMBOLSO, ANDAMENTO DE SOLUÇÕES,
LOCAS DE ATENDIMENTO, DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA, PRAZOS
E DEMAISSAUM.



CUSQUE - SUSEP
0800 021 8454
www.susep.gov.br

ALIMENTAÇÃO MECÂNICA

SEGURO OBRIGATÓRIO

IPVA - 1^a COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2^a COTA

IPVA - 3^a COTA OU COTA ÚNICA

COMPRA/FRESCA/CIA

12 JUL. 2018

PROTÓCOLO
AG. 10108-3500

MULTAS DE TRÂNSITO

ENCARGOS DO DETRAN

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180547682 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO LUIZ NETO **Data do acidente:** 28/01/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:
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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180547682 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO LUIZ NETO **Data do acidente:** 28/01/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:
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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50