

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

Carta nº 13617496



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

Carta nº 13618483





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



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, 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





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

344.383.424-87

Nome completo da vítima

João Luiz Neto

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | | | |
|---------------|---------------------------------|----------------------|----------------|----------------|----------------|
| Nome completo | João Luiz Neto | CPF titular da conta | 344.383.424-87 | Profissão | Motorista |
| Endereço | R. Cidolfo Moura, 420 | Número | 420 | Complemento | |
| Bairro | Antônio | Cidade | João Pessoa | Estado | PB |
| E-mail | alexandraesarduarte@hotmail.com | CEP | 58089-820 | Telefone (DDD) | (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

| | | | |
|---|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) | | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todas as opções) | |
| AGÊNCIA NRO | CONTA NRO | BANCO Nome | |
| 0922 | 54759 | | |
| DV | DV | AGÊNCIA NRO | CONTA NRO |
| | 4 | | |

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

PROTÓCOLO
12 JUL 2018
AG. JOÃO PESSOA

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.

Sare 19 de fevereiro de 2018

Local e Data

João Luiz 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, Nº 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:

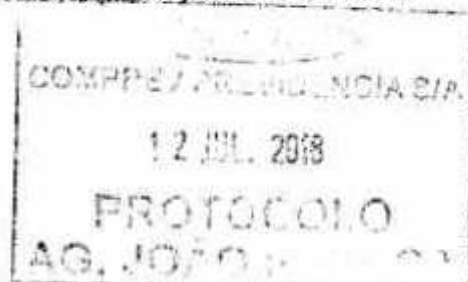
Local: Capitão Francisco, Mercadinho Galo Branco, Galo Branco, Sapé/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/01/18 15:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

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 Azanan 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, **expeço a presente Certidão.** A referida é verdade. Dou fé.



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



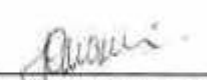
**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



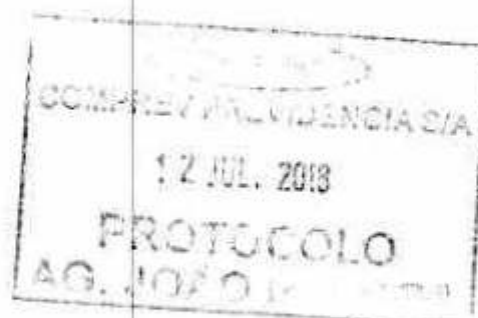
**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 21 de junho de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


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 Araujo 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, Nº 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:

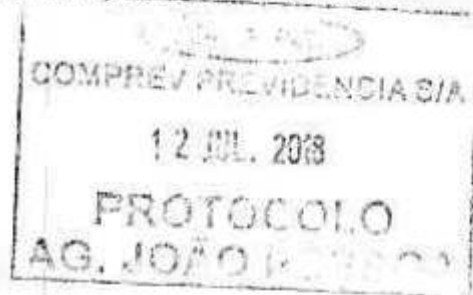
Local: Capitão Francisco, Mercadinho Galo Branco, Galo Branco, Sapé/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/01/18 15:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

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 Azanan 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, ~~expeço~~ a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.



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



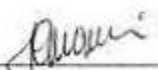
**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



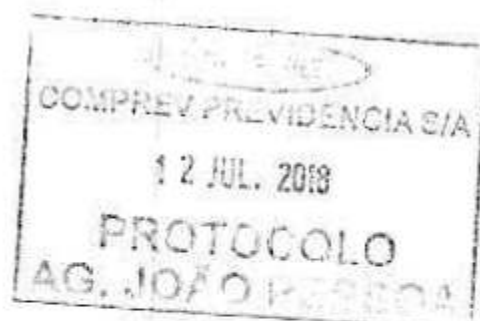
**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 21 de junho de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


JOÃO LUIZ NETO
Noticiante



Procedimento Policial: 01188.01.2018.1.00.420

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 Luiz Neto

CPF da Vítima

141.181.224-87

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:

Assinar uma das opções abaixo:

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

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

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

COMPREV PREVIDENCIA S.A.
12 JUL 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO LUIZ NETO

Santa, 19 de Fevereiro de 2018

Local e Data

x João Luiz Neto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

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





PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

Hospital Regional Dr. Sá Andrade

UNIDADE: 2357445 CNPJ: 08.036.438/0001-31

Rua Gentil Lins, 46 - Centro

Sapé

ESTADO: Paraíba

UF: PB

PACIENTE

SEXO: M

IDADE: 63

DOCUMENTO: RG 1981584

ESTADO: Paraíba UF: PB

E MUNICÍPIO: Sapé

CNS:

SCIMENTO: 17.04.54 DATA DO ATENDIMENTO: 28.09.18

AE: Juliano Jesus de Jesus
993 06 3053

RAÇA / COR

- BRANCA

[]

2 - PRETA

[]

3 - PARDA

[]

6 - SEM INFORMAÇÃO

- AMARELA

[]

5 - INDÍGENA

ANAMNESE E EXAME PSÍQUICO (SUMÁRIO)

Atendimento em
Unidade de Saúde

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RA - 11.11.18

RESULTADOS:

MATERIAIS - MEDICAMENTOS

1. Resposta
2. Resposta
3. Resposta
4. Resposta

CARÁTER

- [] 01 - ELETIVO.
- [] 02 - URGÊNCIA
- [] 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO
- [] 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- [] 05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES
- [] 06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES QUÍMICAS OU FÍSICAS

PROCEDIMENTO

DIAGNÓSTICO

MEDICAÇÃO:

[] PRESCRITA

[] APLICADA

SERVIÇOS REALIZADOS

1 - 01 01 01 01

2 - 01 03 01 01

3 - 01 03 01 01

ASS. DO(S) PROFISSIONAL

CNS

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - carimbo

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: 000000054759-4

Nr. da Autenticação 4C85147EE0FD1E4E

MARIA DAS DORES DE JESUS
AV. DR. ADOLFO MASSA, 422 - OTCELRO
JOAO PESSOA/PB CEP: 58085-620 (AS-1)

Emprego: 30/05/2018 Referência: Mai/2018
Classe/Serviço: RESIDENCIAL/BAIXA RENDIMENTO/ACCOR 030 Km25 - Cota Residencial João Pessoa/PB - CEP 58071-890
Roteiro: 18 - T-307 - 8540 N° de Medidor: ECLUS108222

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ: 06.965.188/0001-00 Insc. Est. PB 015.02341

Não Fiscalizante de Energia Elétrica 100% 24x24h
Cód. para Dts. Automático: 9000151181

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

Conta referente a: Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI
Mai/2018 30/05/2018 29/06/2018 64505006488

UC (Unidade Consumidora): 5/518176-3

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE - é criada pelo Lei nº 10.438, de 20 de março de 2002.
Basta o aplicativo Energia ON em qualquer smartphone ou tablet.
Você terá acesso à segunda via da conta, mudança de titularidade, informações sobre fatos e eventos e diversos outros serviços.
Tudo sempre de graça e de forma rápida e segura.

| Anterior | | Atual | | Constante | Consumo | Dias |
|------------------------|--|-----------------|---------------|-----------------|-----------------|------|
| Data | Leitura | Data | Leitura | | | |
| 30/04/18 | 4005 | 30/05/18 | 4170 | 1 | 165 | 30 |
| Demonstrativo | | | | | | |
| CC - Serviços | 0,518176 - Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE - é criada pelo Lei nº 10.438, de 20 de março de 2002. Basta o aplicativo Energia ON em qualquer smartphone ou tablet. Você terá acesso à segunda via da conta, mudança de titularidade, informações sobre fatos e eventos e diversos outros serviços. Tudo sempre de graça e de forma rápida e segura. | | | | | |
| 0601 | Consumo de 30 kWh - GR | 30,000 0,245790 | 7,31 | 7,31 27 1,97 | 7,31 0,04 0,00 | |
| 0602 | Consumo - 21 e 100 kWh - GR | 7,300 0,411860 | 58,26 | 49,26 27 1,98 | 25,86 0,19 0,85 | |
| 0603 | Consumo - 101 a 222 kWh - GR | 95,000 0,528870 | 49,74 | 40,74 27 1,93 | 40,74 0,29 1,16 | |
| 0604 | Adc. B. Amarela | 1,58 | 1,58 27 0,10 | 1,58 0,02 0,01 | | |
| 0613 | Subtotal | 49,54 | 49,94 27 1,95 | 49,94 0,55 1,18 | | |
| UNICAVENÇOS E SERVIÇOS | | | | | | |
| 0605 | CONTRIB. SERV. LUM. PÚBLICA | 0,16 | 0,00 0 0,00 | 0,00 0,00 0,00 | | |
| 0606 | Desenvolvimento | 0,00 | 0,00 0 0,00 | 0,00 0,00 0,00 | | |

CC - Cargos e Classificação de Item TOTAL

84,48 119,72

20,00 119,72

Média últimos meses (kWh)
188

VENCIMENTO
07/06/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 94,48

Histórico de Consumo (kWh)

| | | | | | | | | | | | |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| 170 | 172 | 152 | 176 | 154 | 172 | 172 | 154 | 174 | 149 | 180 | 172 |
| Mar/17 | Jun/17 | Jul/17 | Ago/17 | Set/17 | Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | Jan/18 | Feb/18 | Mar/18 | Abri/18 |

abc6.db7a.4bc1.bdee.49f8.21f6.224c.9075.

Indicadores de Qualidade

| | Límites da ANEEL | Apurado | Límites de Tensão (V) |
|-------------|------------------|---------|-----------------------|
| TEMPERATURA | 13,21 | 0,00 | ACORDA |
| QUANTIDADE | 21,42 | 1,00 | CONTATADA |
| PERÍODO | 2,00 | 0,00 | INTERFERÊNCIA |
| PERÍODO | 6,00 | 0,00 | LIMITES SUPERIORES |
| PERÍODO | 12,00 | 0,00 | |
| PERÍODO | 2,00 | 0,00 | |
| PERÍODO | 12,00 | 0,00 | |

| Descrição | Valor (R\$) | % |
|-------------------------------|-------------|--------|
| Serviço de 100 kWh - TSEE | 20,00 | 21,11 |
| Consumo de 21 e 100 kWh - GR | 25,86 | 27,41 |
| Consumo de 101 a 222 kWh - GR | 40,74 | 43,04 |
| Adc. B. Amarela | 1,58 | 1,67 |
| Imposto de Renda e Encargos | 0,00 | 0,00 |
| Outros Serviços | 0,00 | 0,00 |
| Total | 94,48 | 100,00 |

Valor em R\$ (R\$ 1,00 = R\$ 1,00)

ATENÇÃO

Por favor, não pague a conta.
- Que uma unidade de medida como R\$ 1,00, não seja um desconto de R\$ 20,00.

Faturas em atraso

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 Controla 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 Alexsandra Rosa Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Luiz Neto inscrito
(a) no CPF sob o Nº 344.181.424-87 do sinistro de DPVAT cobertura unvalida da Vítima
João Luiz Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº RM.181.424-87 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 Líder 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 Rosa</u> | Número <u>58</u> | Complemento |
| Bairro <u>Alameda</u> | Cidade <u>João Pessoa</u> | Estado <u>PB</u> |
| Email | Telefone comercial (DDD) | Telefone celular (DDD) |
| | | CEP <u>58038-460</u> |

João Pessoa de Julho de 2018
Local e Data

Alexsandra Rosa Duarte
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.

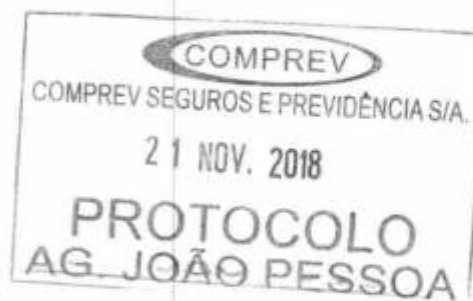
Conduzido à unidade de saúde, constatada a fratura, o paciente foi submetido a tratamento cirúrgico em 02/02/2018, com a aposição de 3 fios de Kirschne, conforme relatório cirúrgico.

Do exame clínico e dos demais documentos médicos do paciente, vê-se a intensa limitação motora oriundas do trauma sofrido, influenciando 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



CERTIDÃO

Nº. 0799/2018

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 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, vítima de vítima 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, dato 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



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA.
EXC.º DE VICE-PREFEITO: ITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITTY
AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
0056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 97993 Atd: Nao Regula
Data: 28/01/2018
Hora: 17:54:51
Recepcionista: GILMAR DE SOUTO CAVAL
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOAO LUIZ NETO

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.01.003904

Sexo: 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

Cor: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: MOTORISTA SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Formas de ENTRADA

Escolaridade:

Estado Civil: ESPOSA - MARIA DA CONCEICAO

Rel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE HOSP. SA ANDRADE

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUE MOTO-SO-COND

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

Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

RA:

FR:

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave

TP:

☐ Politraumatizado ☐ Convulsao

Altura:

☐ Hemorragia ☐ Dispneia

Imuniza:

IMC:

☐ Diarreia ☐ Agitado

Enc. Abd:

02%:

COMPREV

☐ Regular

☐ Chocado

Queda Principal

QUEDA

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

☐ Vomito

Observacao

21 NOV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

João Luiz Neto de Sá Rê (R) 63 2h

Postico

Conduta

Ne de Paulo (R) 1

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

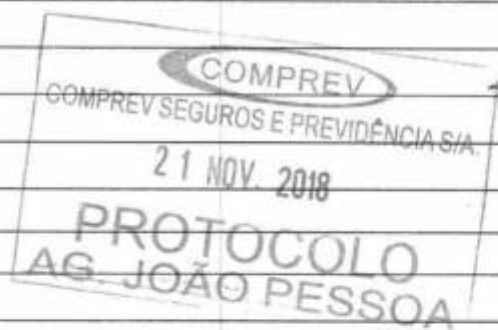
Fechamento:

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

MÉDICO/CRM



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
CONVÊNIO TAMBÉM SAÚDE

MINISTÉRIO DA
SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

| | | | | | |
|---|-------|-------------------------------|----------|-----------------------|--------|
| NOME: <u>João Luiz Neto</u> | | PRONTUÁRIO Nº | | | |
| IDADE: | SEXO: | COR: | CLÍNICA: | ENF: | LEITO: |
| DATA DE ADMISSÃO: <u>28/04/18</u> | | DATA DE ALTA: <u>03/02/18</u> | | TEMPO DE PERMANÊNCIA: | |
| DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Fradura de radioulnar /</u> | | | | CID: | |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: | | | | | |
| OUTROS DIAGNÓSTICOS: | | | | | |
| PRINCIPAIS EXAMES: | | | | | |

| | |
|---|---|
| PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Tratando cirurgico</u> | |
| TERAPÊUTICA 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 | <input type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO |

| |
|--|
| RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES) |
| <u>Boleto cirurgico de fratura de</u> |
| <u>ulna, plano vertical por baixo</u> |

| | | |
|--|--|--|
| DIETA: <u>Amarela</u> | COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 21 NOV. 2018 PROTOCOLO AB. JOÃO PESSOA | |
| ORIENTAÇÕES PÓS ALTA | | |
| 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. | | |
| 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: <u>apleno 500</u> | | |
| RETORNO | Ao posto de saúde em <u>30 dias</u> 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. | |

João Luiz Neto



07833220

Assinatura do Titular da Carteira



CARTEIRA DE IDENTIDADE DE ADVOGADO



CONSELHO BRASILEIRO DE ADVOGADOS

- O A B -

O documento de identidade profissional, na forma prevista no Regulamento Geral, é de uso obrigatório no exercício da atividade de advogado ou de estagiário e constitui prova de identidade civil para todos os fins legais.
(Art. 13 da Lei nº 8.906, de 04/07/1994)

CONSELHO BRASILEIRO DE ADVOGADOS

ESTADO DO RIO DE JANEIRO

da Paraíba

Nome

Nome

Nome

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Nome

ALEXANDRE DE ARAÚJO DUARTE e MARCIA CESAR DUARTE

Residência

RIO DE JANEIRO-RJ

Nacionalidade

BRASILEIRA

Estado Nacionalidade

21/08/1982

Data de Nascimento no OAB

17/05/2006

Data de Criação do CBO

30/07/2007

Data de Expedição

12/01/2009

Jose Mario Porto Junior

JOSE MARIO PORTO JUNIOR
PRESIDENTE

COMPREV PREVIDENCIA S/A

12 JUL 2013

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



07833220

Assinatura do Titular da Carteira



CARTEIRA DE IDENTIDADE DE ADVOGADO



ORDENADORIA DE ALEXANDRA CESAR DUARTE

- O A B -

O documento de identidade profissional, na forma prevista no Regulamento Geral, é de uso obrigatório no exercício da atividade de advogado ou de estagiário e constitui prova de identidade civil para todos os fins legais. (Art. 13 da Lei nº 8.906, de 04/07/1994)

ORDENADORIA DE ALEXANDRA CESAR DUARTE

da Paraíba

Nome

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Nome

ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE e MARCIA CESAR DUARTE

Residência

RIO DE JANEIRO-RJ

Nacionalidade

BRASILEIRA

Estado Nacionalidade

21/08/1982

Data de Nascimento no OAB

17/05/2006

Data de Criação da Ordem

30/07/2007

Data de Expedição

12/07/2009

Jose Mario Porto Junior

JOSE MARIO PORTO JUNIOR
PRESIDENTE

COMPREV PREVIDENCIA S/A

12 JUL. 2013

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
 JOAO LUIZ NETO

DOC. IDENTIFICAD. / ORG. EMISSOR UF
 19901501 SSP CE

CPF
 144.181.424-87

DATA NASCIMENTO
 17/04/1954

FAMILIA
 NAO DECLARADO

EULMIRA TEREZA DE JESUS

PERMISSAO
 ACC
 CENSO
 AD

N.º REGISTRO
 00574640360

VALIDADE
 01/04/2019

1.ª HABILITACAO
 13/12/1976

OBSERVAÇÕES
 A /
 EXERCE ATIV REMUNERADA:

JOAO LUIZ NETO

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSAO
 10/04/2014

ASSINATURA DO EMISSOR
 01411788865
 28028253493

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

COMPREV PREVIDENCIA CIA
 12 JUL. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOAO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013748703723
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD. RENAVAM 0034151819-0 ANO FAB 2011 ANO MOD 2011 EXERCÍCIO 2017

NOME JOAO LUIZ NETO

CPF / CNPJ 14418142487

PLACA OEU2058/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB

CHASSI 9C2KC1670BR611667

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB 2011 ANO MOD 2011

CAP / POT / GIL 2 P/149 /CI

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA

VENC. COTA UNICA 00/00/0000

VEND. COTAS 1º

PADA / PVA

PARCELAMENTO / COTAS 0

2º

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

P A G O

24/10/2017

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMINIO

JOAO PESSOA-PB

DATA 26/10/2017

40649



Assinatura

13870

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOA TRANSPORTADA 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

EXERCÍCIO 2017

DATA EMISSÃO 26/10/2017

VIA 1

CPF / CNPJ

14418142487

PLACA OEU2058/PB

RENAVAM 00341518190

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB 2011

CATEG 9

Nº CHASSI

9C2KC1670BR611667

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO (R\$)

DENATRAH (R\$)

CUSTO DO SEGURO

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

SEGURO

P A G O

PAGAMENTO

COTA UNICA

PARCELADO

DATA DE PAGAMENTO 24/10/2017

SEGURADORA LÍDER DPVAT

CNPJ 09.240.008/0001-04

COMPREV PREVIDENCIA CIA

12 JUL. 2018

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

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

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

ESTÁ COBERTOS TODOS OS CIDADÃOS, EM TODO O
TERITÓRIO NACIONAL, SEJA ELAS MOTORISTAS,
PASSAJEIRAS OU PEDESTRES.

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

SE VALOR POR VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO OU
DE FURTO DA INDENIZAÇÃO MÉDICA DOCUMENTADA
FORNHECIDA É SOLICITADA A INDENIZAÇÃO EM UM DOS
MÉTODOS DE ARREBOLAMENTO INFORMADOS (CONSULTE-SE
O www.susep.gov.br/dpvat), SE TIVER CIDADÃO
QUE PAGA DPVAT (PAGA COTA) 1204.

VALORES DE INDENIZAÇÃO POR PESSOA VITIMADA E
DOCUMENTAÇÃO BÁSICA NECESSÁRIA PARA PEDIR
INDENIZAÇÃO:

| DESCRIÇÃO | INICIAL | PERMANENTE (1) | DAMS (2) |
|------------------|---------|----------------|----------|
| MORTE | 1204 | 1204 | 1204 |
| VALOR PERMANENTE | 1204 | 1204 | 1204 |

(1) MORTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EFETUADO
PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, DEVIDO DE
SEU CÔPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA
VÍTIMA E DO BATER CARTEIRA E PROVA DA QUALIDADE
E IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO DO QUAL FURTO.

(2) VALOR PERMANENTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA
EFETUADO PELO AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CÔPIA
A DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E DO
VEÍCULO, CÔPIA DO LAUDO DE INVESTIGAÇÃO DO LOCAL
DO ACIDENTE OU DA RESIDÊNCIA DA VÍTIMA, CÔPIA DA
ENCARGADA DA TENDÊNCIA OU TENDÊNCIA DE LESÕES
EVIDENTES, TÍTULOS OU PROVAS DE ACIDENTE COM O
VEÍCULO DA TENDÊNCIA DO ANEXO DA LEI
DE RESPONSABILIDADE.

(3) DAMS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E
SUPLEMENTARES: REGISTRO DA OCORRÊNCIA
EFETUADO PELO AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CÔPIA
DO ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR, OU
QUANTO EQUIVALENTE, QUE COMPROVE QUE AS
DESERVIÇÕES MÉDICO-HOSPITALARES FORAM
EFETUADAS CONSEQUENTES DO ACIDENTE ENVOLVENDO
VEÍCULO AUTOMOTOR DE VIA TERRESTRE, CÔPIA DA
DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA, CÔPIA
DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, OU
QUANTO EQUIVALENTE, COM RECOMENDAÇÃO DE
CÔPIA DAS DESPESAS, INCLUINDO DIÁRIAS E TAXAS,
E CÔPIA DOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS,
JUNTA DE EXAMES EFETUADOS COM OS PREÇOS POR
MORDE, ALÉM DOS SERVIÇOS MÉDICOS E
FARMACIAIS QUANDO ESTES FORAM COBRADOS
EXCLUSIVAMENTE PELO HOSPITAL, NOTAS FISCAIS, FATURAS
DE ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, COMPROVANDO O
ARREBOLAMENTO DOS RESPECTIVOS VALORES, DEVIDO
TENDÊNCIA DE TENDÊNCIA DA VÍTIMA, OU
TENDÊNCIA DO PAGAMENTO A CADA MÉDICO OU
FARMACIA, COMPROVANDO DATA, ASSINATURA,
E ENDEREÇO DE ENTREGA DA ATENDIMENTO COM VALORES.

* FOCOPAR, CEF, SUSEP, SUSEP DOCUMENTOS
COMPLEMENTARES, NOTAS FISCAIS DO ANEXO DA
RESOLUÇÃO Nº 27/2004.

IMPORTANTE

É OBRIGATÓRIA A MANUTENÇÃO DE TODA A
DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA A
INDENIZAÇÃO DO ACIDENTE, OU DO FURTO, OU DO
ACIDENTE DE TRÂNSITO.

• O REEMBOLSO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA
MÉDICA SUPLEMENTARES ESTÁ AMPLIADO, ALÉM
DEBEMOS ENTENDER QUE ESTES PREÇOS SÃO DO
ART. 18 DA RESOLUÇÃO Nº 27/2004.

• PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO DE
REEMBOLSO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
DOCUMENTADA É DE 60 DIAS, A PARTIR DA APRESENTAÇÃO
DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA.

• A INDENIZAÇÃO POR VALOR PERMANENTE É DE 1204,00 (DOIS MIL E QUARENTA E QUATRO REAIS).

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

• O SEGURO DPVAT É COBRADO PARA TODOS OS
PROPRIETÁRIOS DE VEÍCULOS DE ACORDO COM A LEI
Nº 194/1974, SENDO PARTE INTEGRANTE DO
LICENCIAMENTO ANUAL DO VEÍCULO.

• PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO: DE 01 DE JANEIRO
A 31 DE DEZEMBRO DO EXERCÍCIO A QUE SE REFERE ESTE
SEL-ETE.

• O SEGURO DPVAT DEVE SER PAGO JUNTAMENTE COM A
PRIMEIRA COTA OU COM A ÚLTIMA COTA DO IMPOSTO
DE PROPRIEDADE DE VEÍCULOS AUTOMOTORES - IPVA,
CASO SEJA FEITA A OPÇÃO PELO PARCELAMENTO, O
VENCIMENTO TAMBÉM ESTARÁ ATRELADO AO
PAGAMENTO DAS PARCELAS DO IPVA, OS VENCIMENTOS
DO IMPOSTO E DO SEGURO OCORREM SEMPRE NA
MESMA DATA.

• O VEÍCULO NÃO ESTARÁ DEVIDAMENTE LICENCIADO SE
O SEGURO OBRIGATÓRIO NÃO FOR PAGO (RESOLUÇÃO
CONTRAN Nº 64/1994).

• 30% DO VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO
PAGO TEM A SEGUINTE DESTINAÇÃO:

• 45% AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS, DO
MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA
MÉDICA HOSPITALAR, AS VÍTIMAS DE ACIDENTES DE
TRÂNSITO (ART. 67 DA LEI Nº 2.307/1997).

• 5% AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO,
DENATRAN, PARA APLICAÇÃO EM PROGRAMAS
DESTINADOS À PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO
PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 78 DA LEI Nº 2.307/1997 -
CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO.



Atendimento ao Público
SAC DPVAT 0800 022 1204
www.susep.gov.br/dpvat

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



• FISCAL - SUSEP
0800 021 8454
www.susep.gov.br

ATUALIZAÇÃO MECÂNICA

SEGURO OBRIGATORIO

IPVA - 1ª COTA

ATUALIZAÇÃO MECÂNICA

ATUALIZAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

MULTAS DE TRÂNSITO

ENCARGOS DO DETRAN

ATUALIZAÇÃO MECÂNICA



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:

Fernanda C. G. Fonseca

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 - OSTEOSSÍNTESE 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 |