
Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190621941

Vítima: JUDIVAN COSTA JORGE

Data do Acidente: 16/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JUDIVAN COSTA JORGE

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, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190621941

Vítima: JUDIVAN COSTA JORGE

Data do Acidente: 16/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JUDIVAN COSTA JORGE

Informamos que o pagamento da indenização do 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 joelho 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: JUDIVAN COSTA JORGE

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000036

Conta: 0000097309-0

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 083.683.274-40 4 - Nome completo da vítima: Judivan Costa Jorge

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

5 - Nome completo: Judivan Costa Jorge 6 - CPF: 083.683.274-40
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Prof. Barroso 9 - Número: 58 10 - Complemento:
11 - Bairro: Mandacaru 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58030-204
15 - E-mail: (83) 986634900

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0036 CONTA: 97.309 AGÊNCIA: CONTA:

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - 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 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Assinatura do beneficiário: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

TESTEMUNHAS

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB, 05/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Judivan Costa Jorge

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

TNA: sorteios de segunda-feira a sábado. Após

291-467074301-4

18/OUT/2019

HORA DE 14:35:12

LOT. 13.004572-1

TERM 018595

LOCALIDADE: JOAO PESSOA

AG. VINCULADA: 0036

CONTRUIE: 291402848

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FACIL

NOME: JUDIVAN COSTA JORGE

AGENCIA: 0036

OPERACAO: 013

CONTA-DV: 000.000.097.300-0

DATA DA ABERTURA: 18/10/2019

LOTerias CAIXA

291-467074301-4

1ª VIA 3830 Serela

loterias CAIXA



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



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 12326.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 12326.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:30 horas do dia 23 de outubro 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 Gerusa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula 1273396, ao final assinado, compareceu **Judivan Costa Jorge**, CPF nº 083.683.274-40, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Estudante, filho(a) de Giselda Costa dos Santos Jorge e Jacildo Martins Jorge, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 21/05/1997 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Professor Barroso, Nº 58, bairro Bairro dos Estados, tendo como ponto de referência Por Trás da Internal das 05 Bocas, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98858-9124.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua. Dom Manoel Paiva, Próximo a Casa Lotérica Internal das Cinco Bocas, João Pessoa/PB, bairro Bairro dos Estados; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 16/06/19 04:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 16/06/2019, POR VOLTA DAS 04:00 HORAS, ESTAVA TRAFEGANDO NA RUA. DOM MANOEL PAIVA, PRÓXIMO A ETERNAL, NAS CINCO BOCAS, EM MANDACARU, NA NOTO DE MARCA-I/SHINERAY XY50Q PHOENIX, DE COR-VERMELHA, ANO-2013/2014, PLACA-OEY3371/PB, CHASSI-LXYXCBL06E0635839, CRLV DA MOTO EM NOME DE JEFFERSON DE SOUZA PONTES, QUANDO FOI VÍTIMA DE COLISÃO CARRO X MOTO, SENDO SOCORRIDO PELO O SAMU, PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, SENDO ENCAMINHADO PARA O COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITTY, SENDO SUBMETIDO A AVALIAÇÃO MÉDICA E EXAME DE IMAGEM QUE EVIDENCIOU FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA. REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DIA 16/06/2019, COM ALTA MÉDICA DIA 28/07/2019, CONFORME CERTIDÃO DE Nº 1567/2019, ASSINADA PELA MÉDICA ROSSANA DE FÁTIMA ARAÚJO BARBOSA, CRM/PB 3533.

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

João Pessoa/PB, 23 de outubro de 2019.


GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA
Agente de Investigação


JUDIVAN COSTA JORGE
Noticiante



Procedimento Policial: 12326.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 083.683.274-40 4 - Nome completo da vítima: Judivan Costa Jorge

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

5 - Nome completo: Judivan Costa Jorge 6 - CPF: 083.683.274-40
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Prof. Barroso 9 - Número: 58 10 - Complemento:
11 - Bairro: Mandacaru 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58030-204
15 - E-mail: (83) 986634900

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0036 CONTA: 97.309 AGÊNCIA: CONTA:

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - 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 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Assinatura do beneficiário: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

TESTEMUNHAS

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB, 05/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Judivan Costa Jorge

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

TNA: sorteios de segunda-feira a sábado. Após

291-467074301-4

18/OUT/2019

HORA DF 14:35:12

LOT. 13.004572-1

TERM 018595

LOCALIDADE: JOAO PESSOA

AG. VINCULADA: 0036

CONTRUIE: 291402848

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FACIL

NOME: JUDIVAN COSTA JORGE

AGENCIA: 0036

OPERACAO: 013

CONTA-DV: 000.000.097.300-0

DATA DA ABERTURA: 18/10/2019

LOTerias CAIXA

291-467074301-4

1ª VIA 3830 Serela

loterias CAIXA

CERTIDÃO

Nº. 1567/2019

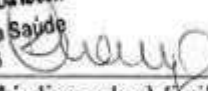
Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº237895 e Prontuário Nº 2019.06.1717 pertencentes ao paciente **JUDIVAN COSTA JORGE** foi atendido dia 16/06/2019 às 10h37min, vítima de acidente de motocicleta, apresentando trauma em membros inferior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 16/06/2019, 26/06/2019, 09/07/2019 e 27/07/2019. Com alta médica dia 28/07/2019.

E para constar eu Rossana de Fátima Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 13 de setembro de 2019

Rossana de Fátima de A. Barbosa
Médica de Vigilância à Saúde
CRM-PB - 3533


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533

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: 22/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

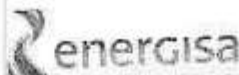
CLIENTE: JUDIVAN COSTA JORGE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000097309-0

Nr. da Autenticação AC99A96C599C9BB8



Legado MONOFASICO
Clasificación RES MTC BT RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Rutina 1-1-28-000 Referencia 001/2011
Vigencia 000000000000 Emisión 05/09/2011

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 204, KM 26 - Centro Industrial - Jd. A. Vargas - Foz. de Iguaçu - PR - CEP: 85011-000
CNPJ: 06.956.133/0001-40 - Itaq. Est. 16015 FZ-0

Histórico e Contas em Energia Elétrica: 17000-000-000
 Cód. para Deb. Automático: 00907301362

Atendimento ao Cliente: ENERCISA 0800 083 0196

Access: www.criengisa.com.br

Conta referente a
Set/2019

Apresentação
06/09/2019

Data prevista da
proxima leitura
08/10/2019

EPN/CNPI/RANI
714.758.924-04

UC (Unidade Consumidora):

5780196-2

Canal de contact

1. Para o aditivo MOMENTO VACINA GRABE, 5x10 ml em
caixa por (br) vacina (br).

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Data			
07/09/90	28/09/90		100	23
Despesa				
2021 Consumo energia	16.020 0 829743	84,30	84,30	27
0071 Adm. B. Vermecho		5,89	5,89	37
LANÇAMENTOS E SERVÇOS				
0067 CONTRA SERV LUM PUBLICA		0,00	0,00	6
			2,03	2,00
			0,00	0,00

CGI Composite Classification delivery TOTAL	52.37	90.75	14.37	93.74	0.89	4.79
Taxes/Tribute	3.85/690					

Media últimos meses (KWh) 109	VENCIMENTO 01/10/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 93,90
---	---	---

[illegible]

RESERVADO AO FISCO
b5b5.8393.4e41.7e2e 6d43.b22b 27c1.11a0.

Indicadores de Qualidade			Limite de Tensão	
			(V)	(%)
D.C. VENSIL	0,30	0,30	NORMAL	220
F.C. TRIMESTRAL	0,30			
F.C. ANUAL	0,30	0,30	SUBTENSÃO	202
F.C. VENSIL	0,30		LIMITA INFERIOR	221
F.C. TRIMESTRAL	1,10		LIMITA SUPERIOR	
F.C. ANUAL	2,89	0,30		

[illegible]

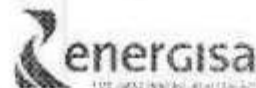
BANCO DO BRASIL - PARAPREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190.00009 03150 244006 00413.531179 6 802900000009390

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simples pagamento da rede fiscal/carta de crédito elétrica N° 032.953.601



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 05.095.183 / 0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02
JOÃO PESSOA

CDC - CODIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERENCIA

OUT/2019

APRESENTAÇÃO

21/10/2019

CONSUMO

214

VENCIMENTO

28/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 183,53

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03150.24406 07097.707173 6 80560000018353				
Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04				
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440007097707	000000000201910	28/10/2019	R\$ 183,53	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



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 do sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIGLIDOTELAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?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 Alexandria Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754/74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Judivan Costa Jorge inscrito (a) no CPF sob o Nº 083.683.274/40

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez / Danos da vítima Judivan Costa Jorge

inscrito (a) no CPF sob o Nº 083.683.274/40 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>Marangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 05/11/19

Alexandria Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

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: 137895 Atd: Nao Regulad
Data: 16/04/2019
Hora: 10:37:05
Recepcionista: CLEBIA FERREIRA RODRIG
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JUDIVAN COSTA JORGE

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.06.001717

CNS: SEM CNS Sexo: M CPF: 083.683.274-40 Fone: 988589124

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 21/05/1997 Id: 22 ano(s)

End.: RUA PROFESSOR BARROSO - ATE 359/360,58

Bairro: MANDACARU Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: GISELDA COSTA DOS SANTOS JORGE

Pai: JACILDO MARTINS JORGE

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ESTUDANTE

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: MAE

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO C-M EM MANDACARU EM FRENTE A ETERNAL, ERA

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: Q2%:

Queixa Principal

PACIENTE ENCAMIINHADO DO TRAUMA (FRATURA EXPOSTA?)

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*fratura exposta encamiinhado do trauma
CD. SQUIN MANDACARU*

Diagnostico

Conduta

ATA
DR. THALES F. SEABRY
ORTOPEDISTA
CRM-PB 7124 TEQ 15 804

Prescrição

Horario da medica

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

03/07/2019 - Psicologia

Realizado encaminhamento + orientações

Renata Carolina Barros
Psicóloga
CRP 13/5324

10/07/2019 - Realizado atendimento psicológico

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Q:de | Medicamentos | Horário | Evolução

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberação

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐

Guilherme Costa dos Santos

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 16/06/89

Nome: Anderson Costa Jorge
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1/____

QPD: Do um mês

HDA: Pd vindo do CCETSM, vítima de queda de motocicleta, fratura aberta do + ulna + fêmur direito + deformidade em grau 3

DR. THALES F. SEABRA
ORTOPEDISTA
CRM-PB 7124 TEOT 13 804

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposou [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
[] Amnésia [] Libido [] Humor _____

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Nco [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____

Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____

DM _____

TB _____

NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg

Altura: _____ m

IMC = _____

PA = _____

FC = _____

FR = _____

TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

do Rx, confirmado da

Hipóteses Diagnósticas: _____

Ex. exposto de uma das pna

Conduta: _____

Interno p/ Hx. cirúrgica

DR. THAÍSE S.
11.01.2014 14h

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDH sob anestesia
Alceguia + anti-embolia em ME/E
Preparação de campos estéreis

Incisão:

A propósito da lesão

Achados:

Ex. exposta de tibia (E) com lesão
de musculatura extensora + ferimento
cortocortado em região posterior de por-
te de crânio de fibula (E)

Conduta:

Curativo ME com SF 0,9% em abundância
Tratamento de feridas desbridadas
Redução da fratura. Auxílio do antebraço
Fixação externa com fixador externo E

Fechamento:

Sutura por planos automáticos
Curativo

OBS:

Px de controle

DR. THALES F. SE

CRM 10.100.100

Data: 16/06/19

MÉDICO

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	<u>JULIANO COSTA</u>						Registro:																												
Idade:	Sexo:		Cor:		Clinica:							EMP:	LR:																						
Data:	Cirurgião:										1º Assistente:																								
2º Assistente:										3º Assistente:										Instrumentador:															
Anestesista:										Tipo Anestesia:										Horário:					I:	T:									
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO																		CID																	
<u>FRACTURA DE FIBULA E FIBULA inferior do FO</u>																																			
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO																		CID																	
<u>Osteíte</u>																																			
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)																		CÓDIGO																	
<u>LHC.</u>																																			
Acidente durante Ato Cirúrgico 1() Sim																		Descreva:																	
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 DOR sob anestesia.
Assepsia e Antissepsia.
Aplicação de campos estéril.

Incisão:

Achados:

Desnudez de sacro e parte
inferior de pino de Schrey.

Conduta:

Desbridamento de parte de L.
Emprego de sutura com

Fechamento:

Curativo estéril

OBS:

Data: 26.06.19

Lauro P. C. Junior
Ortopedia/Traumatologia
MÉDICO/CRA

Nome: JUDIVAN COSTA JORGE				Registro:	
Idade: 22	Sexo: M	Cor:	Clínica: ORTOPEDIA	EMP:	LR:
Data: 09 / 07 / 2019			Cirurgião: DRA. ANDREA NASRALA		
1º Assistente:			2º Assistente:		
Anestesista: DR. RENE			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA PROXIMAL ESQUERDA PO TARDIO DE FIXADOR EXTERNO					CID
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO O mesmo					CID
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S) RETIRADA DO FIXADOR EXTERNO					CÓDIGO
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não Descreva:					
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					

rsal sob anestesia

Schanz, da diáfise com pequena área de exposição óssea, de 1,5 cm e área granulada. Sem sinais

condições e cicatrizadas

imento e desbridamento, retirada dos pontos de sutura

no sem intercorrências

m janela

om comissão de pele
e definitiva em 7 dias

/07/2019


MÉDICO/CRM



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Judson Costa Jorge</u>				Registro:	
Idade:	Sexo: <u>M</u>	Cor:	Clinica: <u>Ortopedia</u>	EMP:	LR:
Data: <u>27/07/19</u>	Cirurgião: <u>Dr. Jemilson</u>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Osteomielite de tíbia esquerda</u>				<u>M 86.6</u>	
<u>com fistula drenando líquido</u>					
<u>purulento</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>O mesmo</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>Ampliação cirúrgica de osteomielite</u>					
<u>de tíbia esquerda</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (x) Não				Descreva:	
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:

Alcance em decúbito dorsal sob mesa flexa
Anestesia + Antiespasmódico
Aplicação de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em região anterior de punho esqu.
Dissecção por planos

Achados:

Cala óssea + fibrosa em punho + líquido purulento

Conduta:

Desbridamento de tecidos desvitalizados
Cauterização óssea
Limpeza exaustiva com SF a 0,9%
Retirada fragmentos ósseos infectados
Realização redução da fratura
Aplicação de fixador externo titânio para fixação
Nova limpeza exaustiva com SF a 0,9%.

Fechamento:

Sutura por planos
Cura-fino com gases e compressores
Rx controle

OBS:

Data: 27/07/19

Temístocles A. R. Filho
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PB 15747 / RQE 5241

MÉDICO/CRM

JUDIVAN COSTA JORGE

FILIAÇÃO.....: JACILDO MARTINS JORGE

GISELDA COSTA DOS SANTOS JORGE

NASCIMENTO.....: 21/05/1997

SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: JOÃO PESSOA - PB

DOCUMENTO.....: C. I. 3830606 11/02/2010 SSDS PB

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 083.683.274-40

CNH.....:

TIT. ELEITOR: 045664151236

SEÇÃO: 0158

ZONA: 001

LOCAL/DATE DE EMISSÃO: CRTE/PB - 07/01/2016

ABÍLIO SÉRGIO DE VASCONCELOS CORREIA LIMA
Superintendente Regional do Trabalho e Emprego no Estado da Paraíba - Substituto

ASSINATURA DO EMISSOR

A - CASAMENTO | C - DIV
B - SER. JUDICIAL | D - AI

L E

ASSINATURA

NOME
DOCUMENTO

NOME

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME
DOCUMENTO

NOME

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME
DOCUMENTO

NOME

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR



MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

140.15324.91-5

NÚMERO

3027601

SÉRIE

0050

UF

PB

Jedirean Costa Farge

ASSINATURA DO TITULAR

VALIDA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS VIÇAS	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
SISTEMA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
NOME ALEXANDRA CESAR DUARTE	
	RG 2527712
	CPF 046.502.754-74
	DATA NASCIMENTO 21/06/1982
	ENDEREÇO ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE MARIA CESAR DUARTE
NASCIMENTO 16/05/2019	
DATA EMISSÃO 29/06/2001	
OBSERVAÇÕES	
<i>Alexandra Cesar Duarte</i> ASSINATURA DO TITULAR	
LOCAL JOAO PESSOA, PB	
DATA EMISSÃO 17/01/2014	
<i>Rodolfo Carneiro</i> ASSINATURA DO TITULAR	
66588356744 78027919595	

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
894056231

PROIBIDO PLASTIFICAR
894056231

MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - RJ Nº 012427236384

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
 CDE REG. BPT 2016000024695-1

1 0107650959-0 00/00000000 2016

JEFFERSON DE SOUZA PONTES

70245501479 08Y3371/P8

NOVO PB LXKXCBLD6E0635839

GASOLINA

2013 2014

2 P/B9 /CI PARTIC VERMELHA

1	2	3
IPVA ISENTO	00/00/0000	1º
PIS/PASEP	0	2º
COFINS	0	3º

SEGURO P A G O 25/01/2016

SEM RESERVA DE DOMINIO

JOAO PESSOA - PB 17/02/2016

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190621941 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUDIVAN COSTA JORGE **Data do acidente:** 16/06/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA PROXIMAL À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA CIRÚRGICA, DESBRIDAMENTO E FIXADOR EXTERNO). P.12 ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190621941 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUDIVAN COSTA JORGE **Data do acidente:** 16/06/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA PROXIMAL À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA CIRÚRGICA, DESBRIDAMENTO E FIXADOR EXTERNO). P.12 ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0386860/19

Vítima: JUDIVAN COSTA JORGE

CPF: 083.683.274-40

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 16/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JUDIVAN COSTA JORGE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

JUDIVAN COSTA JORGE : 083.683.274-40

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/11/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA