

Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2017

Carta nº: 11451308

A/C: JOSE GLACIANO FONTES DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170426568 ASL-0296399/17
Vitima: JOSE GLACIANO FONTES DOS SANTOS
Data Acidente: 17/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Agosto de 2017

Carta nº: 11470617

A/C: JOSE GLACIANO FONTES DOS SANTOS

Sinistro: 3170426568 ASL-0296399/17
Vítima: JOSE GLACIANO FONTES DOS SANTOS
Data Acidente: 17/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2017

Carta nº: 11601006

A/C: JOSE GLACIANO FONTES DOS SANTOS

Sinistro: 3170426568 ASL-0296399/17
Vítima: JOSE GLACIANO FONTES DOS SANTOS
Data Acidente: 17/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE GLACIANO FONTES DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001010

Conta: 00000034049-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INI

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

RU. JOSE GLACIANO FONTES DOS SANTOS
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3.963.316 EXPEDIDO POR SSDS-PA EM 10/05/11 E
 CPF 7 0 0 6 7 9 8 9 4 1 0 / CNPJ 00000000-00000000, PROFISSÃO estudante
 E RENDA MENSAL DE R\$ recusou-se NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jose Glaciano Fontes dos Santos AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

11 A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
 Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
 Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3010 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0340 49-8

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Pessoa de março de 2017

LOCAL E DATA

Jose Glaciano Fontes dos Santos
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme grau das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradora.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204

COMPREV
 COMPREV-SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 07/05/2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
01 AGO. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jose Glaciano fontes dos Santos

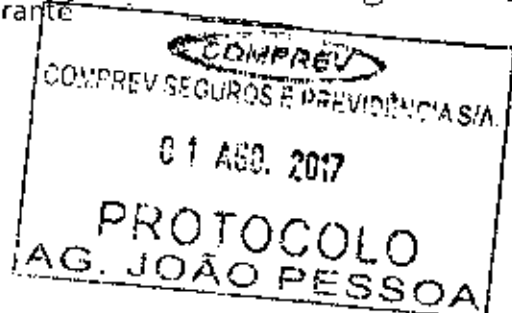
RG nº 3.963.316, data de expedição 19/05/2011,
Órgão SSDS-PB, CPF nº 700.819.894-10, venho perante a este
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu
nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
seguinte, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua: São Geraldo</u>
Número	<u>390</u>
Aptº / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Varejões</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58070-200</u>
Telefone de contato	<u>8399342-1170 / 99105-5353 / 3512-7500</u>
E-mail	<u>alexamolacervarduarte@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Lócal e Data: João Pessoa / PB, 10/03/2017

Jose Glaciano fontes dos Santos
Assinatura do Declarante





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01023.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01023.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:26 horas do dia 01 de junho de 2017, 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 Alcebiades Barbosa de Azevedo, Escrivão de Polícia, matrícula 1557246, ao final assinado, compareceu José Glaciano Fontes dos Santos, CPF nº 700.619.894-10, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Estudante, filho(a) de Vanize Fontes e Jose Maria Soares dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 24/08/1995 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua São Geraldo, Nº 390, bairro Varjão, tendo como ponto de referência Próximo Ao Bar do Miro, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98839-3970.

Dados do(s) Fatos:

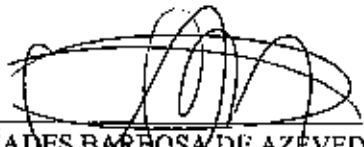
Local: Próximo a Estação Ciência, Rotatória da Estação Ciência, João Pessoa/PB, bairro Cabo Branco; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/02/17 02:28h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

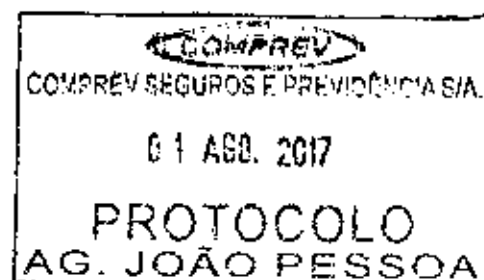
Afirma que conduzia a motocicleta HONDA XR 250 TORNADO, vermelha, placa MOQ5357PB, chassi 9C2MD34008R005943, registrada à época em nome de VERA LUCIA CORREIA DE MEDEIROS, quando foi 'fechado' por um veículo de cor preta, não identificado, chegando a perder o controle da motocicleta e caindo ao solo, já desacordado, retomando a consciência já dentro da ambulância do SAMU que o socorreu até o Complexo Hospitalar de Mangabeira, conforme certidão nº 0544/2017. Informa que não possui testemunhas para apresentar e que não possui CNH nem autorização para conduzir veículos.

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 fê.

João Pessoa/PB, 01 de junho de 2017.


ALCEBIADES BARBOSA DE AZEVEDO
Escrivão de Polícia


JOSÉ GLACIANO FONTES DOS SANTOS
Noticiante





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Jose Glaciano Fontes dos Santos, portador da carteira de identidade nº 3.963.316 e inscrito no CPF sob o nº 700.619.894-10 residente e domiciliado na rua: SAS Generalo 390 Varões, Cidade João Pessoa, Estado Paraíba, 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:

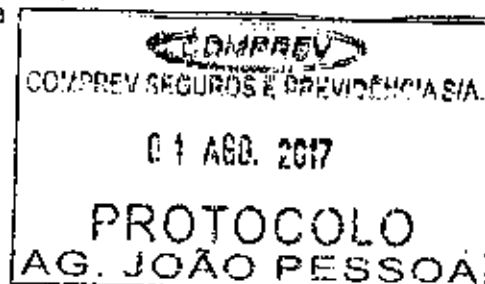
- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Jose Glaciano Fontes dos Santos
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

João Pessoa, 10 março 2017
Local e data



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO 030101007-2
030101004-8
0303001022-7

DESTINO DO PACIENTE 040101005-8 (2480)
 Residencia Transferido Desistencia UTJ
 Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVO IML

Assinatura do Paciente/Responsavel
Yvonne Fontes

Assinatura e Carimbo do Medico



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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.

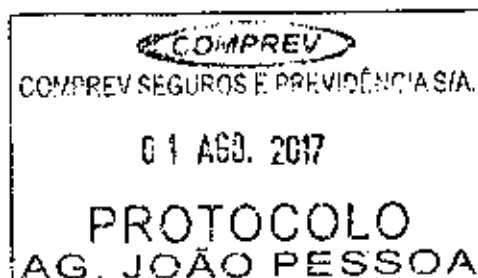
Pelo exposto, eu JOSE EDUARDO DA SILVA, portador(a) do RG nº 1054562, expedido por SSP/PB, em 29 / 03 / 1984, CPF/CNPJ nº 455.536.024-91,

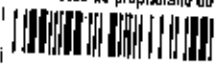
na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Jose Glaucio Fonte do Santos do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Jose Glaucio Fonte do Santos e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recepcionista Renda Mensal: R\$ Recepcionista

Documentos comprobatórios: Recepcionista

[Assinatura]
 ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, VANISE FORTES

RG nº 1.630.405, data de expedição 13/07/2016

Órgão PB, portador do CPF nº 873.288.604-72 com

domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de

Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

São Geraldo (RANGEL), nº 390,

complemento Bairros, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Jose Glauciano Fontes dos Santos cujo o condutor era

Jose Glauciano Fontes dos Santos.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA / XR 250

Ano: 2007/2008

Placa: MOA 5357

Chassi: 9C2MD34008R005943

Data do Acidente: 17-02-2017

Local e Data: João Pessoa, 03-03-2017



Vanise Fortes
Assinatura do Declarante

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



SOUTO
Escritório Notarial e Registro Civil
Rua: Maria Angélica Souto Cavalcanti
142-1

OFÍCIO DE NOTARIAS
2º Tabelionato de Protestos
Rua: 187, 3º e 4º Andares
CEP: 51033-100 - JOÃO PESSOA - PB
FONE: (35) 321-1243 - FAX: (35) 321-52

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....
VANISE FORTES
Em test, da verdade, João Pessoa - PB 03/03/2017 12:46:27
José Francisco da Silva - Escrevente
[2017-007038]EMOL:R\$ 19,23-FARPEN:R\$ 0,27-FEPO:R\$ 1,85-TASS:R\$ 0,46
SELO DIGITAL: AEP44946-9A0P
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

José Francisco da Silva
Escritório Notarial e Registro Civil

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
01 AGO. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITTY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE 5/N
58056-334 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1989
FAX: () CNPJ:

Ficha Nr: 6925 Arq: Nao Regulado
Data: 17/02/2017
Hora: 02:28:15
Recepcionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE
Nome: JOSE GLACIANO FONTES DOS SANTOS
CNS: 705004057234655 Sexo: M IDENTIDADE: 3963316 Fone: 88393970
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 24/08/1995 Id: 21 ano(s)
End.: RUA SAO GERALDO, 390
Bairro: VARJAO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: VANIZE FONTES
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupacao: SEM PROFISSAO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: MAE
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: UNIDADE DE SAUDE HOSP. TRAUMA

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2017.02.003728
Pai: JOSE MARIA SOARES DOS SANTOS
Estado Civil: NAO INFORMADO
Escolaridade: NAO INFORMADO

FATURADO

Transporte utilizado: AMBULANCIA
Vitima de acidente por: MOTO
Vitima de violencia por: NAO
 Caso Policial



PRE-CONSULTA
Tipo de Classificacao de Risco:
PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

- Aparentemente Bem
- Politraumatizado
- Hemorragia
- Diarreia
- Regular
- Vomito
- Grave
- Convulsao
- Dispnoea
- Agitado
- Chocado

Queixa Principal

FRATURA EXPUSTA DE SE QUIRODISTILO DIREITO.

Alexsandra de Araujo Tiburcio
Técnica de Enfermagem
COREN PB 874 208

Historia - Exame Fisico - (hora de atendimento medico)

*Doente acute do 5º QDDP
de h. letal (DDP)
E. S. Jurgens
problemas*

Diagnostico

Prescricao

ceflexime 2g @

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
61 AEO. 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Dr. Fabio Gomes Barão
Ortopedia - Traumatologia
CRM 6350

da e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Data	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO
030401007-2
030401004-8
030401002-7

DESTINO DO PACIENTE
040101007-7 (7480)

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

Assinatura do Paciente/Responsável
[Handwritten Signature]

Assinatura e Carimbo do Médico



CERTIDÃO

Nº. 0544/2017

Atendendo solicitação de EVANDRO GONÇALVES DO NASCIMENTO e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burty, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 6925 pertencente a **JOSÉ GLACIANO FONTES DOS SANTOS** que foi atendido dia 17/02/2017 às 02H28min, paciente trazido do HETSHL vítima de acidente de moto, apresentando fratura em quinto quirodáctilo direito.

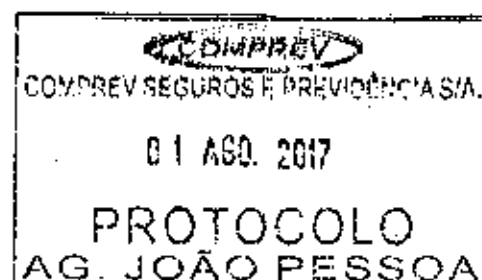
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de quinto quirodáctilo direito, realizado sutura, imobilização, medicado e liberado.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 15 de maio de 2017

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.963.316 DATA DE EMISSÃO 19/05/2011

NOME JOSÉ GLACIANO FONTES DOS SANTOS

PAI JOSÉ MARIA SOARES DOS SANTOS

MÃE VANIZE FONTES

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 24/08/1995

DOC. ORIGINAL

NAEC. N. 3976 TEL. 94V LIV. A4

CARTÓRIO 8º JOÃO PESSOA-PB

CPF 700.619.894-10

Assinatura: *Vanize Fontes*

Assinatura: *José Glaciano Fontes dos Santos*

LEI Nº 7.118 DE 2011

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA



DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-005

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Vanize Fontes dos Santos

José Glaciano Fontes dos Santos

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

01 AGO. 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170426568

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE GLACIANO FONTES DOS SANTOS

Data do acidente: 17/02/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: REFERE DIFICULDADE NA ESCRITA E REDUÇÃO DA CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS. AO EXAME VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO. SINAIS DE PSEUDO ARTROSE DA FALANGE MÉDIA. LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO 4º QUIRODÁCTILO DIREITO E LIMITAÇÃO DA ABERTURA E FECHAMENTO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADORA COM REDUÇÃO E SUTURA DE FERIMENTO.

Sequelas permanentes: Limitação funcional da mão direita

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/08/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Fernandes de Souza

CRM do médico: 2732

UF do CRM do médico: PB

DANOS

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

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0296399/17
Vítima: JOSE GLACIANO FONTES DOS SANTOS
CPF: 700.619.894-10

Data do Acidente: 17/02/2017
CPF de: Próprio Titular do CPF: JOSE GLACIANO FONTES DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros



JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

JOSE GLACIANO FONTES DOS SANTOS : 700.619.894-10

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 01/08/2017
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF/CNPJ: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 01/08/2017
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170426568

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE GLACIANO FONTES DOS SANTOS

Data do acidente: 17/02/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/08/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura exposta do 5º quirodáctilo direito

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais pelo trauma descrito.

DANOS

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE GLACIANO FONTES DOS SANTOS** Sinistro: **3170426568** Data: **17/02/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **R S GERALDO, 390 - VARJAO - João Pessoa - PB - CEP 58070-200**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3963316**

Data local do exame: [**16/08/2017**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA EXPOSTA DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO. REFERE DIFICULDADE NA ESCRITA E REDUÇÃO DA CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS. AO EXAME VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO. SINAIS DE PSEUDO ARTROSE DA FALANGE MÉDIA. LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO 4º QUIRODÁCTILO DIREITO E LIMITAÇÃO DA ABERTURA E FECHAMENTO DA MÃO DIREITA.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V*), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V*)

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
TRATAMENTO CONSERVADORA COM REDUÇÃO E SUTURA DE FERIMENTO.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional da mão direita

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Mão direita

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

