

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, 09 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190573502

Vítima: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

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



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, 09 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190573502

Vítima: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue informa endereço diferente do comprovante de residência.
---------------------------------	--

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190573502

Vítima: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

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 funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001010

Conta: 0000037868-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

708.415.424-81

Nome completo da vítima:

Denilton Sucas Vicente Pires

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

Nome completo:

Denilton Sucas Vicente Pires

Profissão:

motoboy

Endereço:

R. manuel Rodrigues de Souza

Bairro:

gramame

Cidade:

João Pessoa

Estado:

P. B.

E-mail:

CEP:

58059732

Número:

108

Complemento:

escola

CPF:

708.415.424-81

Número:

83

Complemento:

83-999219283

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

 RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$6.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

OP13

 CONTA CORRENTE (Salvo os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1010

(Inserir o dígito se existir)

CONTA: 33 968 1

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

 Não há IML que atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 31, §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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa 19.09.2019
Nome: Denilton Sucas Vicente Pires
CPF: 708.415.424-81

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU LOGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe clínicamente integral teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 10825.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 10825.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na integra: A(s) 11:57 horas do dia 18 de setembro 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 Gouveia Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1563699, ao final assinado, compareceu Lenilton Lucas Vicente Pires, RG nº 4131181 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Motoboy, filho(a) de Luciana Vicente da Silva e Pai Não Declarado, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 09/08/1998 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Manoel Rodrigues de Lacerda, Nº 108, bairro Gramame, tendo como ponto de referência Não Informado., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98628-2381.

Dados do(s) Fato(s):

Local: Próximo Ao Mercado Central, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 14/12/18 16:00h, Tipificação: em tese, capitulada no(s) LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO, PERDA OU EXTRAVIO DE DOCUMENTO E/OU OBJETO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 14/12/2018 por volta das 16:00 horas quando transitava, pelo bairro de Mangabeira VIII - próximo ao Mercado Central, João Pessoa-PB, com o veículo tipo HONDA/CG 160 FAN ano/mod: 2018/2018, de cor preta de placa: QSC2165/PB CHASSI: 9C2KC2200JR160878 pertencente ao Sr. José Junior Vicente da Silva; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando um veículo não identificado/que evadiu-se do local colidiu na traseira da moto conduzida pelo declarante, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo por terceiros ao COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY onde foi diagnosticado, de acordo com a CERTIDÃO de nº 0552/2019, FRATURA EXPOSTA DE PÉ DIREITO, conforme LAUDO MÉDICO assinado pela Dra. SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA CRM 2959/PB.

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

João Pessoa/PB, 18 de setembro de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA

Agente de Investigação

LENILTON LUCAS VICENTE PIRES
Noticiante

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
08 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 10825.01.2019.1.00.401



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

708.415.424-81

Nome completo da vítima:

Denilton Sucas Vicente Pires

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

Nome completo:

Denilton Sucas Vicente Pires

Profissão:

motoboy

Endereço:

R. manuel Rodrigues de Souza

Bairro:

gramame

Cidade:

João Pessoa

CPF:

708.415.424-81

Número:

108

Complemento:

coroa

Estado:

P. B.

CEP:

58059732

Tel (DDD):

83-999219283

E-mail:

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

RENDIMENTO:

 RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$6.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Salvo os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1010

CONTA:

33 968 1

AGÊNCIA:

(Inserir o dígito se existir)

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

 Não há IML que atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 31, §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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa 19.09.2019
Nome: Denilton Sucas Vicente Pires
CPF: 708.415.424-81

(*) Assinatura de quem assina o RG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe clínicamente integral teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
FON: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 190255 Atd: Nao Regula
Data: 14/12/2018
Hora: 16:46:53
Recepclonista: JUSSARA MANUELA SENTO
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 41311181 SSP PB Fone: 986282381

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 09/08/1998 Id: 20 ano(s)

End.: RUA MANOEL RODRIGUES DE LACERDA (LOT 5 GUL), 108

Bairro: GRAMAME Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: LUCIANA VICENTE DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: DESEMPREGADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: A ESPOSA-EVELYN NATHALIA

Tel/Doc. Responsavel: 081 3214-1980 DNM DOCUMENTO: 00

Pr. idencia: RUA

Transporte utilizado: CARONA

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO+MOTO*CONDUTOR HA 20MIN.

Vitima de violência por: EM MANG.VIII-PROX.MERC.CENTRAL

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR: **COMPREV**

FC:

TP: **COMPREV PREVIDENCIA S/A**

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC: 08 OUT. 2019

Circ. Abd:

02%

Caixa Principal

COLISAO MOTO X CARRO, COM CORTE CONTUSO EM MID

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

- [] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Displenia
[] Diarrea [] COMPREV PREVIDENCIA S/A
[] Regular [] Vomito
[] Observacao

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

AFFLAMA INCERAT ADOLESC.

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de colisão moto carro, sofre politraumatismo com, nenhuma lesão óssea, agiu no momento em que oveu o impacto. No momento da apresentação constante com dor intensa no interior da panturrilha direita.

Diagnóstico

| Conduta

- Lesão muscular contusão de extensor da panturrilha direita

Prescrição

| Horário da medicacão

- Rx
- Ondas de ondas
- Glucos 500ml + 05g
- Dantrolina 400mg + 05g
- Iodo 100mg + 05g

17:30

- Sos 5.000 UI - Ima

- Supradose 05g + Sealy 200mg - TO

Ronney A. Braga dos Santos
Médico Cirurgia Geral
CRM-PB 8572

Philippe Bozetti
Medicina e Traumatologia
CRM-PB 1126

- Sfoss 100mg + Tramadol 100mg - Iu 17:15

14/11/18 17:20h | Dr. Djalma

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Paciente: Jana de Almeida Nonato
Agravamento de dor e fadiga na P.E.
Ao exame fino da pele, fui
na raiz dorsal do D5 (D) el. se
trombose. Sintoma dos dedos

Medicamentos: I.M. Diclofano 500 mg

de 2º, 3º, 4º e 5º dia

Queda Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

1 ED. 100 mg 8h 70

1 1 1 1

1 1 1 1

1 1 1 1

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

COMPREV

PROCEDIMENTO REALIZADO

08 OUT. 2019

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia

[] Transferido

[] Desistencia

[] UTI

[] Alta a pedido

[] Enfermaria

Obito: [] Atestado

[] SVC

X Evelyn Nathalia Evangelista da Silva

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo d

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: 30/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01010

CONTA: 00000037868-1

Nr. da Autenticação 4C0B3FD4B5F72C6C

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via da conta.

Boleto para sete dias, vencimento da nota fiscal/carta de energia elétrica - NF 030.893.269



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 230, KM 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 16.285.143/0180-48 - Inscrição 14.216.432-8

DADOS DO CLIENTE

LUCIANA VICENTE DA SILVA
RUA DAS NOLINAS S/N QD: 229 / LT: 427
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1211526-7

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

SET/2019

11/09/2019

177

16/10/2019

R\$ 148,36

Acesse: www.energia.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 00474.278173 4 80440000014836

Pagador: LUCIANA VICENTE DA SILVA CNPJ/CPF: 013.857.254-27

RUA DAS NOLINAS S/N QD: 229 / LT: 427 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nossa-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440000474278	001211526201909	16/10/2019	R\$ 148,36	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR230 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
08 OUT. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segundona de conta.

Notas para pagamentos: Informar na hora da fatura que o cliente é de energia própria - NF 029.181.564



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 00.000.583 / 0001-10 - Inscrição 16.015.653-2

DADOS DO CLIENTE

ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO
AV JOAO MACHADO 553 SL 127
JOAO PESSOA

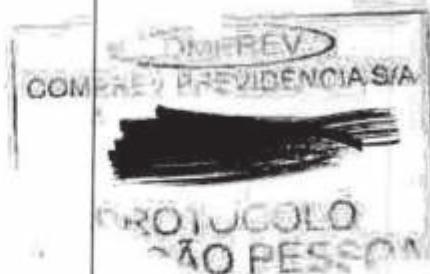
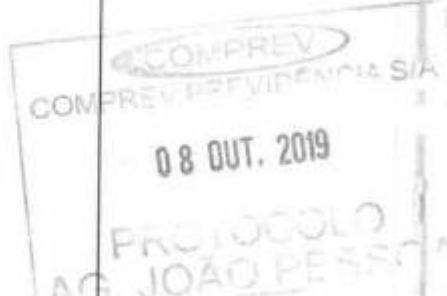
CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1313928-2

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
AGO/2019	08/08/2019	144	15/08/2019	R\$ 130,20

Acesse: www.energisa.com.br

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 15/08/2019				
Pegador: ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO CNPJ/CPF: 056.310.284-08 AV JOAO MACHADO 553 SL 127 - CENTRO - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número Nr Documento Data Vencimento Valor do Documento Valor Pago				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
001313928201908	15/08/2019	R\$ 130,20	09.095.183/0001-40	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA - BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				Agência / Código do Beneficiário:



Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 03200-1300 / Outros países: 0000 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0000 022 01 00 | SAC (para dívidas ativas e da fala): 0000 022 12 00 | Central Ocorrencias: 0000 022 01 00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelecido 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 de 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 de indenização da 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 INSTITUIÇÃO DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.513/94.

Pelo exposto, eu GiULLYANA FLÁVIA DE AMORIM NÓBREGA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 021.193.984 / 69, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Lemilton Lourenço Vicente Pires Inscrito (a) no CPF sob o N° 708.415.424 / 81

do sinistro de DPVAT cobertura Movelado da Vítima Lemilton Lourenço Vicente Pires

Inscrito (a) no CPF sob o N° 708.415.424 / 81, 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 do presente documento implicará na ação penal prevista no art. 290 do Código Penal.

Endereço: <u>Av. João Pessoa</u>	Número: <u>553</u>	Complemento: <u>SMA 137</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>JOÃO PESSOA</u>	Estado: <u>PE</u> CEP: <u>58.001-000</u>
E-mail:		Tel.(DDD): <u>(83) 99921-9283</u>

Local e Data: JOÃO PESSOA, 09 DE SETEMBRO DE 2019

Giulliana Flávia de Amorim Nóbrega
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu JOSE JUNIO VICENTE DA SILVA

RG nº 2101822 data de expedição 26/05/98, Órgão SSP-PB
portador do CPF nº 024.958.404-26, com Domicílio na
cidade da J. PESSOA no Estado da PARAIBA onde
residio na (Rue/Avenida/Endereço) R. Elcio Henckens nro 158 J. Américo
nº 158 complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que
o veículo abaixo mencionado é (ou) da minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Bernilton Silveira Vicente Pires
cujo o condutor era _____

Veículo: Scooter/ciclo/ Não APLIE
Ano: 2018

Modelo: Honda 125i 160 FAN

Placa: A-SP-91651PB

Chassi: 9P2KCJ100JR160878

Data do acidente: 14/12/2018

Local e data: 14 - 12 - 2018

X Jose' Junio Vicente da Silva
Assinatura do Declarante Proprietário
(Acotrar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



X Nilcemar

Assinatura do Coadutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do
acidente) (Acotrar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

08 OUT. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
[REDACTED]

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



• Ressonância Magnética
• Tomografia Multislice
• Ultrassonografia

Nome: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

Convênio: PARTICULAR

Médico Solicitante: REQUISIÇÃO PROPRIA

ULTRASSONOGRAFIA DO PÉ DIREITO

Pele e tecido celular subcutâneo de aspecto habitual.

Fáscia plantar de espessura e aspecto normais.

Tendões extensores do 2º, 3º e 4º pododáctilos apresentando ecotextura heterogênea, com predomínio de hipoeogenicidade difusa, espessamento e perda da continuidade de suas fibras, mais evidente no 2º e no 3º, que apresentam respectivamente 1,6 mm e 1,8 mm de distância entre os cotos tendíneos, associados a edema de partes moles e derrame articular adjacentes.

Tendões do flexor longo e curto dos dedos de espessura e ecotextura normais.

Ausência de massas e coleções.

CONCLUSÃO:

- Tenossinovite dos extensores do 2º, 3º e 4º pododáctilos.
- Rotura completa dos tendões extensores do 2º e 3º pododáctilos.
- Rotura parcial do tendão extensor do 4º pdodáctilo.



DR. Thiago Bertoni Marchito
CRM - 7531 PB

Dr. Carlos Ferreira Neto II • CRM 5942-PB
Dr. Henrique Queiroga Cortaxo • CRM 4146-PB
Dr. Italo Miranda Pereira • CRM 5806-PB
Dr. Marcílio Mendes Cortaxo • CRM 2044-PB
Dr. Murilo Augusto de Almeida Rodrigues • CRM 7884-PB
Dr. Ocelio Queiroga Cortaxo Filho • CRM 5056-PB
Dr. Pedro Guedes Pereira • CRM 5033-PB

MAGNETOM SAMARITANO
Av. Santa Julia, 35 - Torre - João Pessoa - PB - CEP 58.040-450
Fones: Ressonância (83) 3244-6968 • Tomografia (83) 3244-2988

MAGNETOM PRAIA
Av. San. Ruy Careiro, 234 - Miramar - João Pessoa - PB - CEP 58.032-101
Tel.: (83) 3247-3111
www.magnetom.com.br • Email: magnetom@magnetom.com.br

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

Nome: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

PRONTUÁRIO N°:

IDADE: 20 ANOS	SEXO MASC	COR	CLÍNICA	ENF	LEITO
			Ortopedia		

DATA DE ADMISSÃO 02/01/2019	DATA DE ALTA 26/01/2019	TEMPO DE PERMANÊNCIA
-----------------------------	-------------------------	----------------------

DIAGNÓSTICO INICIAL	Fratura DO 2, 3, 4 E 5 METATARSO DIREITO	CID
		S.92

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	O mesmo	08 OUT. 2019
------------------------	---------	--------------

OUTROS DIAGNÓSTICOS	
---------------------	--

PRINCIPAIS EXAMES	Rx do Pé esquerdo demonstrando solução de continuidade óssea de metatarso
-------------------	---

TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA	
---------------------------	--

ANATOMIA PATOLÓGICA	
---------------------	--

INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO	COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO
----------------------------------	------------------------------------

RESULTADO BACTERIOLOGIA	
-------------------------	--

CONDICÕES DE ALTA	(X) MELHORADO	() SEM VIDO	() PLEDO	() CURADO	() ÓBITO
-------------------	---------------	--------------	-----------	------------	-----------

RÉSUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)	
Paciente portador(a) de Fratura DO 2, 3, 4 E 5 METATARSO do pé direito submetido(a) a tratamento CIRURGICO ATRAVES DE REDUCAO ABERTA + FIXACAO INTERNA COM FIOS DE KIRSCHNER. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.	

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA	
----------------------	--

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: AINES + ciprofloxacin

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão [DR. ALISSON]

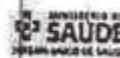
Dr. Alisson
Assistente
Cirurgião
Ortopedista

26/01/2019

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M.

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO,
CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Leandro Lucas
Vicente Pinas.

Paciente submetido a tratamento cirúrgico de fratura grave, de múltiplos metatarsos no pé direito ± 3 meses. Estado com fratura consolidada e dor com limitação funcional no pé direito. Recebe alta ambulatorial.

Assinatura e Carambo

COD 5923,

Dr. Alisson F. F. Vieira
Ortopedia + Traumatologia

CRM-PB 6913/CRM-MG 17806

SQOT 20141

22/03/19.



CERTIDÃO

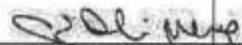
Nº. 0552/2019

Atendendo solicitação de GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial nº 190255 e Prontuário nº 2018.12.001644 pertencentes a LENILTON LUCAS VICENTE PIRES que foi atendido dia 14/12/2018 às 16H46min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de pé direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 14/12/2018 com alta médica dia 26/01/2019.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 15 de abril de 2019


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959

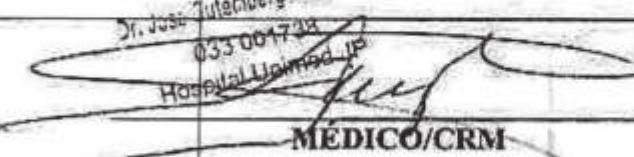


RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:				Registro:	
Idade:	Sexo: M	Cor: P	Clinica: ORT	EMP:	LR:
Data: 14/12/18	Cirurgião: GUTEN SIRG	1º Assistente:			
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador: GUILHERM			
Anestesista: Robert de Souza	Tipo Anestesia: Gafir	Horário: I: T:			
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<p>ferimento facial cl nº ferura, fôto e fr Dr fez c/fora p ferimento expõe p parte das extensões</p>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<p>lo jo 4 DIC</p>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<p>Linfase + dren.</p>					
<p>meyt d drenagem d p d drenagem d d d d d d d d d d</p>					
Acidente durante Ato Cirúrgico	1 () Sim 2 () Não	Descreva:			
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					

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Reta cunha ortoflex SOS Relyx austase dermoile a cricofaringo e quiosco do meso superior do diafragma O campo operatório
Incisão:	excisão de 26 tecido neoadeno
Achados:	Percorre 1/3 de seu comprimento extensões alargadas
Conduta:	Suturado com 4-0 4-0 - extirpação de 1/3 de fígado
Fechamento:	Suturado com 4-0 e parafuso cílico para
OBS:	

Data: 11/11/

Dr. José Julianberg C. de Lima
033.0017/33
Hospital Universitário

MÉDICO/CRM



AT 241401

TERMO DE ALTA A PEDIDO

O abaixo assinado, Penilton Lucas Vicente Pires pessoa responsável pelo(a) paciente, o mesmo certifica que deixa o **COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA**, por livre e espontânea decisão, contra o parecer do Médico Assistente e da Administração do Hospital. Declara, ousrossim, que foi informado(a) dos riscos envolvidos e, pelo presente, isenta o Médico Assistente, o Hospital e o corpo de funcionários de qualquer responsabilidade pelo que possa ocorrer decorrente do seu ato.

Obs: Paciente orientado quanto aos riscos, decorrente do seu ato, assumindo integral responsabilidade pelo seu ato.

O mesmo sou eu acompanhado de sua esposa
Ingrid Góes, 29/12/2018

Assinado

Obs: O mesmo diz que vai fazer a cirurgia particular.

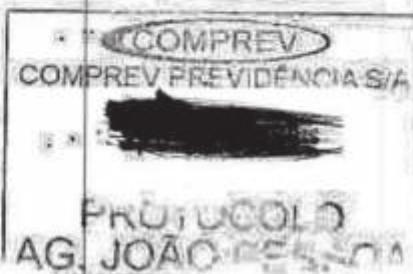
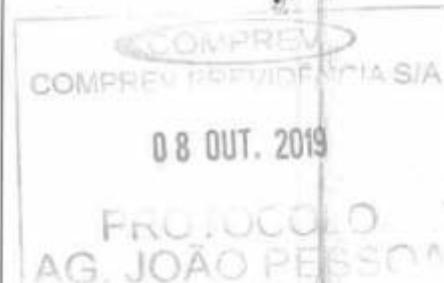
Penilton Lucas Vicente Pires

Assinatura do (a) Paciente ou Responsável

RG: 4135.181 SSP-PB

Kerlyne Nethelle Evangelista dos Santos
Assinatura do (a) Funcionário (a)
Companheira





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190573502 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURAS DOS OSSOS DO PÉ DIREITO (2º, 3º, 4º E 5º METATARSOS)

Descrição do exame AO EXAME FÍSICO APRESENTA RETRAÇÃO CICATRICIAL NO DORSO DO PÉ DIREITO, LIMITAÇÃO DA EXTENSÃO FÍSICO: DOS DEDOS 2º, 3º, 4º E 5º DEDOS), DÉFICIT DE FORÇA MOTORA DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO DAS FRATURAS DOS METATARSOS, PORÉM RESULTOU EM RETRAÇÃO CICATRICIAL NO DORSO DO PÉ DIREITO, LIMITAÇÃO DA EXTENSÃO DOS DEDOS DO PÉ COM PERDA DE FORÇA MOTORA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequelas

Data do exame físico: 25/10/2019

Conduta mantida:

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190573502 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURAS DOS OSSOS DO PÉ DIREITO (2º, 3º, 4º E 5º METATARSOS)

Descrição do exame AO EXAME FÍSICO APRESENTA RETRAÇÃO CICATRICIAL NO DORSO DO PÉ DIREITO, LIMITAÇÃO DA EXTENSÃO FÍSICO: DOS DEDOS 2º, 3º, 4º E 5º DEDOS), DÉFICIT DE FORÇA MOTORA DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO DAS FRATURAS DOS METATARSOS, PORÉM RESULTOU EM RETRAÇÃO CICATRICIAL NO DORSO DO PÉ DIREITO, LIMITAÇÃO DA EXTENSÃO DOS DEDOS DO PÉ COM PERDA DE FORÇA MOTORA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190573502 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE METATARSOS (2º AO 5º) DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: P.1(EXAME) P.2(ALTA) P.3,4(RELATÓRIO) P.5-6(CIRURGIA) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190573502 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE METATARSOS (2º AO 5º) DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: P.1(EXAME) P.2(ALTA) P.3,4(RELATÓRIO) P.5-6(CIRURGIA) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PROCURAÇÃO

Outorgante: *Lenilton Lucas Vicente Pires*, brasileiro(a), estado civil *SOLTEIRO*, profissão *Estudante*, residente e domiciliado à Rua *Escola de Olivença S/Nº 107*, bairro *Alto do Matheus*, Município de *São João Piaçabuçu*, Estado de(o) *PE*, Cep.: *52080-415*, portador(a) do RG nº *4.131.181*, SSP/..... e CPF nº *708.415.424-81*

Outorgado: *Gisellyane Flávia de Amorim Melo*, brasileiro(a), estado civil *Casada*, profissão *Advogada*, residente e domiciliado(a) à Rua *Av. João Melo*, nº *553*, bairro *Centro*, Município de *Jacauá-Pernambuco*, Estado de (o) *PE*, Cep.: *520.000-000*, portador (a) do RG nº *2668291*, SSP/ *PE*, e CPF nº *011-193-984-69*.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) *Lenilton Lucas Vicente Pires*, ocorrido em *14/12/2018*, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.
Processo de natureza Invalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Jaci Pernambuco, 19 de junho de 2019

COMPRENSÃO DE FIRMAS SIA

08 OUT. 2019

PROCURAÇÃO
AG. JOÃO PIAÇABUÇU

X Lenilton Lucas Vicente Pires CARTÓRIO
Outorgante
CPF Nº *708.415.424-81* VIEIRA BATISTA

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0349435/19

Vítima: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

CPF: 708.415.424-81

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/12/2018

Titular do CPF: LENILTON LUCAS
VICENTE PIRES

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA : 011.197.984-69

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

LENILTON LUCAS VICENTE PIRES : 708.415.424-81

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: 08/10/2019
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
CPF: 011.197.984-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0349435/19

Número do Sinistro: 3190573502

Vítima: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

CPF: 708.415.424-81

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/12/2018

Titular do CPF: LENILTON LUCAS
VICENTE PIRES

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

LENILTON LUCAS VICENTE PIRES : 708.415.424-81

Autorização de pagamento

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 17/10/2019

Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

CPF: 011.197.984-69

Data do cadastramento: 17/10/2019

Nome: RENATO LUNA DIAS

CPF: 705.216.494-98

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

RENATO LUNA DIAS



()



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPRENSATRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190573502 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

CPF/CNPJ: 70841542481

Posição em 09-03-2020 10:42:38

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

30/10/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50
------------	--------------	----------	--------------

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
07/11/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	Download
20/10/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	Download

11/10/2019	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/qrCCNmdO1TXHG__Lapi_key=y+J2M6vLMwe__4v9TOuYj0jGfN9m1EvefeUuJREzAk20=)
11/10/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/__V0__3tU+xE__d__Ppapi_key=y+J2M6vLMwe__4v9TOuYj0jGfN9m1EvefeUuJREzAk20=)



(<https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/>)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

ACESSIBILIDADE



(</Pages/Acessibilidade.aspx>)



(</Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>)

A A A ●

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)

Documentos Invalidez Permanente (</Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)

Documentos Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)

Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)

PAGUE SEGURO



Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)

Consulta a Pagamentos Efetuados (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx>)

ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)

(<https://www.seguradoralider.com.br>)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)
 - › Consulta a Pagamentos (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx>)
 - › Saiba Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)
 - › Pontos de Atendimento ([/Pontos-de-Atendimento](#))
 - › Como Pedir Indenização ([/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao](#))

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (</Pages/Quem-Somos.aspx>)
 - › Sobre o Seguro DPVAT (</Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx>)
 - › Informações Gerais (</Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx>)
 - › Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)
 - › Dicionário do Seguro DPVAT (</Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT>)
 - › Perguntas Frequentes (</Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes>)

Atendimento

- > Chat - Atendimento On-line ([/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line](#))
 - > Dúvidas, Reclamações e Sugestões ([/Contato/Duvidas-Reclamacoess-e-Sugestoes](#))
 - > Telefones de Contato ([/Contato/telefones-de-contato](#))
 - > Ouvidoria ([/Contato/Ouvidoria](#))
 - > Canal de Denúncias ([/Contato/canal-de-Denuncias](#))
 - > Mapa do Site ([/Mapa-do-Site](#))



(<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

Termos de uso e política de privacidade ([/Pages/Termos-de-Uso.aspx](#))