



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CREDITO EM CONTA E RESGATE DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 - exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Numero do Sinistro ou ASL \_\_\_\_\_ CPF da Vítima 031 444 354-58 Nome completo da vítima Gleydson de Lima Albuquerque

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Gleydson de Lima Albuquerque CPF titular da conta 031.444.354-58 Profissão ESTUDADOR  
 Sobrenome Juliete Gadelha Número 312 Complemento \_\_\_\_\_  
 Bairro Id. Europa Cidade Santa Rita Estado PR CEP 58306-000  
 E-mail AlexandreCesarQuarte@bolmail.com Telefone (DDD) 99342-1170

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

|                                                            |                                                        |                                                 |                                                        |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>RECUSO INFORMAR</b> | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00       | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00     | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |                                                        |

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 BRadesco (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ **FAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

|                                                           |                                                     |                                                      |                                                  |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| AGÊNCIA<br>Nº <u>3348</u><br>(informar dígito se existir) | D.V.<br><u>6748</u><br>(informar dígito se existir) | CONTA<br>Nº <u>5</u><br>(informar dígito se existir) | D.V.<br><u>5</u><br>(informar dígito se existir) |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|

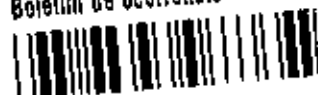
|                                                                  |                     |                   |
|------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos) | BANCO<br>Nome _____ | Nº _____          |
| AGÊNCIA<br>Nº _____                                              | D.V.<br>_____       | CONTA<br>Nº _____ |
| D.V.<br>_____                                                    |                     |                   |

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

Santa Rita 12 de dezembro de 2018  
 Local e Data

Gleydson de Lima Albuquerque  
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Gleydson de Lima Albuquerque  
 Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**BOLETIM DE Ocorrência POLICIAL**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial de Numero: 1377, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra como adiante segue: Aos ONZE dias do mês de DEZEMBRO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de SANTA RITA/PB, No Cartório desta 14ª Delegacia Distrital de Polícia Civil, presente o (a) Dr(a). **ANTONIO ALVARES DE FARIAS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, ao final assinado e declarado, por volta das 15h:57min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

GLEYDSON DE LIMA ALBUQUERQUE, conhecido por GLEYDSON, Identidade nº 2.404.780-SSPPB, CPF nº 031.474.354-58, nacionalidade brasileira, estado civil: casado, profissão: estofador, filho(a) de Laelso Cavalcante De Albuquerque E De Marineide De Lima Albuquerque, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 01/05/1978 (39 anos de idade), do sexo MASCULINO, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Julieta Gadelha, 312, Loteamento Jardim Europa 2, tendo como ponto de referência: PROXIMO A IGREJA CATÓLICA, na cidade de SANTA RITA, fone(s) para contato: 83 98772-1073.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) DATA DO FATO: 03 de 09 de 2017;
- 3) HORÁRIO: 12h:15min;
- 4) LOCAL: NA RUA COELHO NETO, LOTEAMENTO JARDIM EUROPA 2;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITTY-TRAUMINHA;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM, UMA MOTOCICLETA;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? SIM;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

**6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:**

UMA MOTOCICLETA HONDA CG 150 START, DE COR VERMELHA, FLEX, ANO MODELO 2015, CHASSI 9C2KC1670FR547751, DE PLACA QFM 2209 MUNICIPIO DE SANTA RITA/PB, DE PROPRIEDADE DO MESMO.

**7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:**

NÃO

**8) BREVE RESUMO DO FATO:**

DISSE QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA SUPRACITADA QUANDO DERRAPOU CAINDO AO CHÃO E NO MOMENTO DA QUEDA FRATUROU O PUNHO DIREITO; DISSE QUE FOI O SEU CUNHADO, IRMÃ E ESPOSA QUE O SOCORREU CONDUZINDO-O AO TRAUMINHA, ONDE DEU ENTRADA CONFORME A CERTIDÃO DE Nº 1626/2017, FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE NUMERO 58047 E PRONTUÁRIO 2017.09.0311 DO DIA 03/09/2017 ÀS 13h31 min COM FRATURA NO RÁDIO DISTAL DIREITO, FOI SUBMETIDO A CIRURGIA NO DIA 13/09/2017 E ALTA MÉDICA NO DIA 14/09/2017.

**9) OBSERVAÇÕES:**

NADA A CONSTAR

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitel.

*Gleydson de Lima Albuquerque*  
GLEYDSON DE LIMA ALBUQUERQUE - Comunicante

*[Assinatura]*  
Escrivã(o)/Agente

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
03 JAN. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIR.....

Declaração de Inexistência de IML  

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

## INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima: GLEYSON DELIMA ALBUQUERQUE CPF da Vítima: 031.474.354-58 Data do Acidente: 03-09-2017

## REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

|                                      |                            |
|--------------------------------------|----------------------------|
| Nome completo do Representante Legal | CPF do Representante legal |
| E-mail                               | Telefone (DDD)             |

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Santa Rita, 12 de Setembro de 2017

Local e Data

Gleyson do Lima Albuquerque Campo 1 - Assinatura do Beneficiário  
Gleyson do Lima Albuquerque Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Comprovação de ato declaratório



Nº DA  
DE  
SAÚDE

## CERTIDÃO

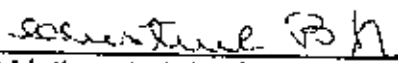
Nº. 1626/2017

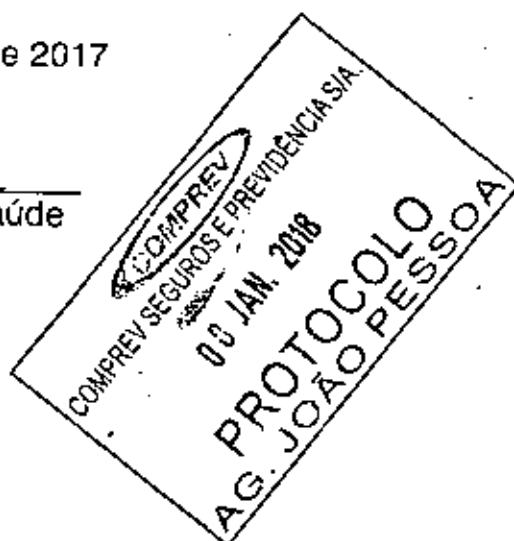
Atendendo solicitação de GISELE LOPES TEXEIRA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº 58047 e Prontuário Nº 2017.09.0311 pertencentes à **GLEYDSON DE LIMA ALBUQUERQUE** que foi atendido dia 03/09/2017 às 13h31min vítima de queda de moto, apresentando trauma perna direita.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura rádio distal direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 13/09/2017 com alta médica dia 14/09/2017.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 23 de outubro de 2017

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3137



# 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: 29/01/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GLEYDSON DE LIMA ALBUQUERQUE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03348

CONTA: 000000006748-5

---

Nr. da Autenticação 231389DC22097E65



Page 10 of 10  
 10/10/2010 10:10:10 AM

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
06 JAN. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

**Fatura Mensal**

Número do Cartão: 528965XXXXX3655  
Atendimento a Clientes: 40049009  
Domínio Localidade: 0800 9409009

**Vencimento da Fatura**

28/10/2017

**Total da fatura****R\$ 50,00**

Pagto

CTC RECIFE PE PLS  
JOSE EDUARDO DA SILVA  
AV MARIA ROSA 58  
MANAIRA  
58038-460 JOAO PESSOA PB



7211307021 88858 2100004754 30 171017  
Vencimento: 28/10/2017 Postagem: 17/10/17 Emissão: 13/10/2017

Administrativo do Programa de Pontos Caixa

Seu Cliente R

72276

Pontos a Emissão

1230

Encargos

MORA

2,00 %

1,00 %

5,01 %

**Demonstrativo**

Data Descrição

Cidade/Pais Valor US\$ Crédito

Valor Original Cotação

13/09 TOTAL DA FATURA ANTERIOR  
28/09 OBRIGADO PELO PAGAMENTO  
Subtotal Nacional

JOSE EDUARDO DA SILVA 528965XXXXX3655  
Atendimento Nacional  
13/10 ANUIDADE DIFERENCIADA TIT 0204  
Subtotal Nacional

Total Nacional  
Total Internacional  
Total da fatura





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o 5 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

... ou 0800 221206

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu João Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024-91  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gleydson de Lima Albuquerque inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 031.474.354-58 do sinistro de DPVAT cobertura um válido da Vítima  
Gleydson de Lima Albuquerque inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.474.354-58 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<br><u>Av. Maria Rosa</u>         |                              | Número<br><u>58</u>                              | Complemento                                 |
| Bairro<br><u>Marina</u>                   | Cidade<br><u>João Pessoa</u> | Estado<br><u>PB</u>                              | CEP<br><u>58038-460</u>                     |
| Email<br><u>zeduardosilva@hotmail.com</u> |                              | Telefone comercial(DDD)<br><u>(83)99342-1170</u> | Telefone celular (DDD)<br><u>98660-2858</u> |

João Pessoa 27 de Dezembro de 2017  
Local e Data

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
08 JAN. 2018  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO SURITY  
PMA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
CEP-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1482  
PAC: - CNPJ:

Ficha Nr: 58047 Atcd: Nao Reg  
Data: 03/09/2017  
Hora: 13:31:55  
Recepcionista: MARILENE AUGUSTO F  
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: GLEYDSON DE LIMA ALBUQUERQUE

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.09.000311

CNS: 706303761635177 Sexo: M IDENTIDADE: 2404780 Fone: 987721073

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 01/05/1978 Id: 39 ano(s)

End.: R. JULIETA GADILHA, 312 JD EUROPA II

Bairro: TIBETI II Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF: PB

Mae: MARINEIDE DE LIMA ALBUQUERQUE

Pai: LAELSO CAVALCANTE DE ALBUQUERQUE

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupacao: ESTOFADOR EM GERAL

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: ESPOSA-ROSANGELA

Rel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RESIDENCIA

Documentacao medico-hospitalar



Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Causa de acidente por: QUEDA DE MOTO AS 12 HS PX DE CASA

Causa de violencia por: NAO

Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificacao de Risco:

Idade: FR:  
Sexo: TP:  
Peso: Altura:  
Glicemia: IMC:  
Press. Arter: O2s:

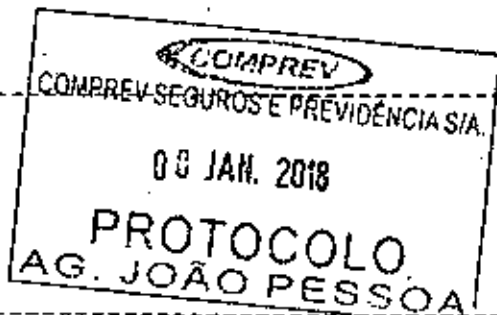
☐ Aparentemente Bem ☐ Grave  
☐ Politraumatizado ☐ Convulsao  
☐ Hemorragia ☐ Dispneia  
☐ Diarreia ☐ Agitado  
☐ Regular ☐ Chocado  
☐ Vomito

Observacao

Sinais Principais

Queda de moto, nua distonia, sem tra-  
uma em punho. D

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)



Diagnóstico

Conduta

Intervenção

Horário da medicação

Intervento p/ ferimento  
urgente

Roberto Fries de Almeida  
Ortopedia / Traumatologia  
Cirurgia da Mão

Psicologia de 09 de 17 de 17

Exame físico ginecológico + Orientações: (Involução an  
menor)

Dr. Fernando F. Ferreira da Silva  
Psicóloga Clínica e Hospitalar  
CRP 13 0355

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

| Medicamentos | Dose | Horário | Evolução |
|--------------|------|---------|----------|
|              |      |         |          |
|              |      |         |          |
|              |      |         |          |
|              |      |         |          |
|              |      |         |          |
|              |      |         |          |
|              |      |         |          |

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

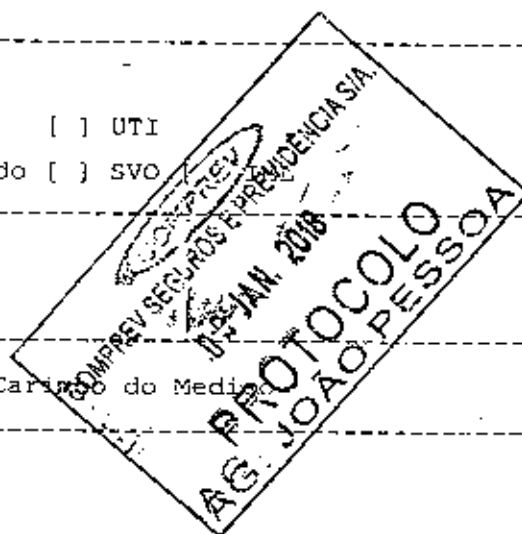
PROCEDIMENTO REALIZADO

SITUAÇÃO DO PACIENTE

Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI  
Ata e pedido ☐ Enfermaria ☐ Obito: ☐ Atestado ☐ SVO

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

|                                         |                                       |                             |                                   |
|-----------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| Nome: <u>Jefferson Lima Albuquerque</u> |                                       | Registro: <u>2014090311</u> |                                   |
| Idade:                                  | Sexo:                                 | Cor:                        | Clínica:                          |
| Data: <u>13/09/14</u>                   | Cirurgião: <u>Dr. Luis Lima Costa</u> |                             | 1º Assistente: <u>Dr. Roberto</u> |
| 2º Assistente:                          |                                       | 3º Assistente:              | Instrumentador:                   |
| Anestesista:                            | Tipo Anestesia:                       |                             | Horário: J: T:                    |

### DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Fratura do osso do pé

5525

### DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

### PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

2.150.552.000 - 2.150.552.000

(Placa + pontos)

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
08 JAN. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

|                                |                        |
|--------------------------------|------------------------|
| Acidente durante Ato Cirúrgico | 1 ( ) Sim<br>2 ( ) Não |
| Biópsia de Congelação:         | 1 ( ) Sim<br>2 ( ) Não |

Descreva:

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 decúbito dorsal na mesa  
de anestesia + anestesia  
profunda do corpo do paciente  
Lubrificação com gel (Vias) (Vias) (Vias)

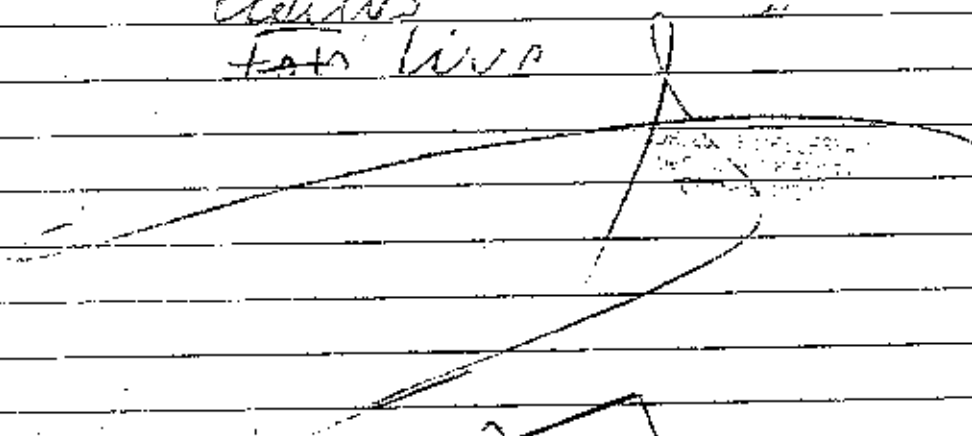
**Incisão:**

Incisão por placas metálicas gestadas  
do abdômen (Vias) (Vias)

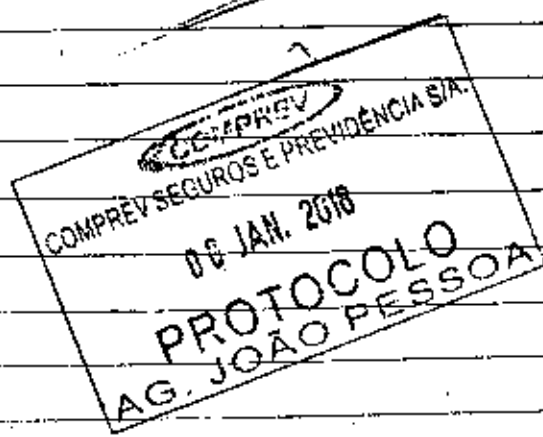
**Achados:**

Grande tumor + quisto em placa 3.5  
cm / T = 3 pedras pequenas  
(Vias) (Vias) (Vias) (Vias)  
tumor de 5.0 cm  
tumor de 1.5 cm + 1.5 cm - 1.5 cm  
células  
fatiado

**Conduta:**



**Fechamento:**



**OBS:**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

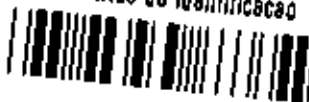
MÉDICO/CRM



# LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

|                                                                                                                                                                                                                       |      |                      |         |                      |       |               |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------|---------|----------------------|-------|---------------|--|
| NOME                                                                                                                                                                                                                  |      | Gleyson Luis Alencar |         | PRONTUÁRIO Nº        |       | 2014 09 03 11 |  |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                 | SEXO | END                  | CLÍNICA | RNF                  | LEITO |               |  |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                      |      | DATA DE ALTA         |         | TEMPO DE PERMANÊNCIA |       |               |  |
| 03/09/14                                                                                                                                                                                                              |      | 14/09/14             |         |                      |       |               |  |
| CIDADA INICIAL                                                                                                                                                                                                        |      |                      |         |                      |       | CID           |  |
|                                                                                                                                                                                                                       |      |                      |         |                      |       | 5725          |  |
| PRONÓSTICO DEFINITIVO                                                                                                                                                                                                 |      |                      |         |                      |       |               |  |
| Falecimento devido a sepse                                                                                                                                                                                            |      |                      |         |                      |       |               |  |
| OUTROS DIAGNÓSTICOS                                                                                                                                                                                                   |      |                      |         |                      |       |               |  |
| PRINCIPAIS EXAMES                                                                                                                                                                                                     |      |                      |         |                      |       |               |  |
| EXAME REALIZADO                                                                                                                                                                                                       |      |                      |         |                      |       |               |  |
| Exame de sepse                                                                                                                                                                                                        |      |                      |         |                      |       |               |  |
| TERAPIA ANTIBIÓTICA                                                                                                                                                                                                   |      |                      |         |                      |       |               |  |
| (Alta a pedido)                                                                                                                                                                                                       |      |                      |         |                      |       |               |  |
| EXAME BACTERIOLÓGICO                                                                                                                                                                                                  |      |                      |         |                      |       |               |  |
| INFECÇÃO F.D. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                                                                                                                                               |      |                      |         |                      |       |               |  |
| CONEXÃO DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                                                                                                                                         |      |                      |         |                      |       |               |  |
| EVOLUÇÃO                                                                                                                                                                                                              |      |                      |         |                      |       |               |  |
| MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO <input checked="" type="checkbox"/>                                      |      |                      |         |                      |       |               |  |
| RESUMO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                        |      |                      |         |                      |       |               |  |
| História / Evolução / Tratamento / Complicações                                                                                                                                                                       |      |                      |         |                      |       |               |  |
| Falecimento devido a sepse                                                                                                                                                                                            |      |                      |         |                      |       |               |  |
| Causa = sepse                                                                                                                                                                                                         |      |                      |         |                      |       |               |  |
| ORIENTAÇÕES PÓS ALTA                                                                                                                                                                                                  |      |                      |         |                      |       |               |  |
| DIETA:                                                                                                                                                                                                                |      |                      |         |                      |       |               |  |
| REPOUSO:                                                                                                                                                                                                              |      |                      |         |                      |       |               |  |
| Relativo em casa por _____ dias.                                                                                                                                                                                      |      |                      |         |                      |       |               |  |
| Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.                                                                                                                                                               |      |                      |         |                      |       |               |  |
| Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.                                                                                                                        |      |                      |         |                      |       |               |  |
| CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar a ferida com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se aparecer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar. |      |                      |         |                      |       |               |  |
| MEDICAÇÕES PARA CASA:                                                                                                                                                                                                 |      |                      |         |                      |       |               |  |
| RETORNO                                                                                                                                                                                                               |      |                      |         |                      |       |               |  |
| Ao posto de saúde em _____                                                                                                                                                                                            |      |                      |         |                      |       |               |  |
| Ao Ambulatório do _____                                                                                                                                                                                               |      |                      |         |                      |       |               |  |
| DATA                                                                                                                                                                                                                  |      |                      |         |                      |       |               |  |
| 14/09/14                                                                                                                                                                                                              |      |                      |         |                      |       |               |  |
| ASS. MÉDICO / CRM                                                                                                                                                                                                     |      |                      |         |                      |       |               |  |
| Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar                                                                                                                                                     |      |                      |         |                      |       |               |  |
| Para OMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO                                                                                                                                                                      |      |                      |         |                      |       |               |  |
| TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.                                                                                                                                                                                 |      |                      |         |                      |       |               |  |

CCAPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
para abertura de pontos.  
em 30 dias para revisão.  
02 JAN 2018  
PROTÓCOLO  
JÃO PESSOA  
ASS. MÉDICO / CRM



|                                                            |                                                                                    |                    |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| ÚLTIMA VERIFICAÇÃO<br>A VERIFICAÇÃO REALIZADA<br>894104119 | NOME<br><b>GLEYDSON DE LIMA ALBUQUERQUE</b>                                        |                    |
|                                                            | DOCUMENTO<br>2404190                                                               | DATA<br>01/03/1978 |
|                                                            | CPF<br>031.474.354-58                                                              |                    |
|                                                            | ENDEREÇO<br>LARILHO CAVALCANTE DE<br>ALBUQUERQUE<br>MARCELO DE LIMA<br>ALBUQUERQUE |                    |
| 894104119                                                  | DATA<br>27/01/2014                                                                 | DATA<br>07/05/1999 |
|                                                            | ASSINATURA<br>[Assinatura]                                                         |                    |
|                                                            | LOCAL<br>JOÃO PESSOA, PB                                                           |                    |
|                                                            | DATA<br>28/01/2014                                                                 |                    |
| 894104119                                                  | ASSINATURA<br>[Assinatura]                                                         |                    |
|                                                            | LOCAL<br>JOÃO PESSOA, PB                                                           |                    |

COMPREV  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
 08 JAN. 2018  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

[illegible]

12578

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARANÁ

IDENTIDADE DE ADVOGADO

JOSE EDUARDO DA SILVA

JOSEFA GERVASIO DA SILVA

JOAO FESSOA PE

1-054-587 - SSP/PR

15/04/2015

455.535.024-81

16/04/2015

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.  
00 JAN. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

DUT



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PB N° 013747470466  
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
 VIA - ODD. RENAVAM - PRT 20170000403098-7  
 1 0106785352-6 00/00000000 2017

GLEYDSON DE LIMA ALBUQUERQUE

03147435458 PLACA QFM2209/PB

NOVO DB 9C2KC1670FR647751

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL

HONDA/CG150 START 2015 2016

2 9/149 /CI PARTIC VERMELHA

IPVA PAGO EM 00/00/0000 1 VENC. COTAS

PARCELAMENTO/COTAS 2

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) \*\*\*\*\* KOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
 \*\*\*\*\* SEGURO P A G O 10/10/2017

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

0

SANTA RITA - PB

41939

11/12/2017

42650

SEGURO OBRIGATORIO

SEGURO OBRIGATORIO DE VEICULO

TRANSPORTAÇÃO OUTRA - SEGURO DPVAT

PB N° 013747470466 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br  
 SAC DPVAT 0609 022 1204

2017 11/12/2017

03147435458 QFM2209/PB

01067853526 HONDA/CG150 START

2016 9C2KC1670FR647751

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

PRIS (R\$) \*\*\*\*\* DESATUALIZ (R\$) \*\*\*\*\* CUSTO DO SEGURO (R\$) \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\* SEGURO P A G O

10/10/2017

0 COTA ÚNICA PARCELAMENTO PARCELADO

**SEGURADORA LIDER - DPVAT**

CNPJ 09.248.608/0001-04  
 42650-0904409-20171211

426-2017

**COMPREV**  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
 08 JAN. 2018  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180028866 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GLEYDSON DE LIMA ALBUQUERQUE **Data do acidente:** 03/09/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 22/01/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** Fratura de rádio direito.

**Resultados terapêuticos:** Não há como definir, prever ou quantificar com acuracidade 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:** Encaminhando à Perícia Médica para melhor apuração e valoração fidedigna de possíveis sequelas insusceptíveis à terapêutica nos moldes previstos pela legislação vigente.

## 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:** LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

**CRM do médico:** 52877859

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180028866 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GLEYDSO DE LIMA ALBUQUERQUE **Data do acidente:** 03/09/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO À DIREITA

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME VÍTIMA APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS, DEFORMIDADE ÓSSEA HIPERTRÓFICA E DESVIO DO PUNHO DIREITO, REDUÇÃO ACENTUADA DA FLEXO EXTENSÃO, ROTAÇÃO, SUPINAÇÃO E DA CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS DO PUNHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do punho direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 24/01/2018

**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 completa da mobilidade de um dos punhos | 25 %                                         | Em grau intenso - 75 %                               | 18,75%    | R\$ 2.531,25          |
| Total                                         |                                              |                                                      | 18,75 %   | R\$ 2.531,25          |

## 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:**



**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): **GLEYDSON DE LIMA ALBUQUERQUE** Sinistro: **3180028866** Data: **03/09/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA JULIETA GADELHA, 312 - JD EUROPA - Santa Rita - PB - CEP 58302-185**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **2404780**

Data local do exame: [ **24/01/2018** ] **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 DISTAL DO RÁDIO À DIREITA. AO EXAME VÍTIMA APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS, DEFORMIDADE ÓSSEA HIPERTRÓFICA E DESVIO DO PUNHO DIREITO, REDUÇÃO ACENTUADA DA FLEXO EXTENSÃO, ROTAÇÃO, SUPINAÇÃO E DA CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS DO PUNHO DIREITO.**

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. **SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS.**

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 do punho direito**

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

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):

**Punho direito**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( **X** ) 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.

  
João Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB

João Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: GLEYDSON DE LIMA ALBUQUERQUE

Nº Sinistro: 3180028866

Vitima: GLEYDSON DE LIMA ALBUQUERQUE

Data do Acidente: 03/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180028866**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12250957



Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: GLEYDSON DE LIMA ALBUQUERQUE

Sinistro: 3180028866

Vítima: GLEYDSON DE LIMA ALBUQUERQUE

Data do Acidente: 03/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180028866** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12333907

A/C: GLEYDSON DE LIMA ALBUQUERQUE

Nº Sinistro: 3180028866  
Vítima: GLEYDSON DE LIMA ALBUQUERQUE  
Data do Acidente: 03/09/2017  
Cobertura: 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: **GLEYDSON DE LIMA ALBUQUERQUE**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000003348**

Conta: **000006748-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

|                  |     |          |
|------------------|-----|----------|
| Multa:           | R\$ | 0,00     |
| Juros:           | R\$ | 0,00     |
| Total creditado: | R\$ | 2.531,25 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

|                                         |     |          |
|-----------------------------------------|-----|----------|
| Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = | R\$ | 2.531,25 |
|-----------------------------------------|-----|----------|

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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

