
Rio de Janeiro, 23 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190325674

Vítima: FABIO ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 16/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FABIO ALVES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190325674

Vítima: FABIO ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 16/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FABIO ALVES DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **FABIO ALVES DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000729**

Conta: **000004716-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





SINCOR/PB
28 FEV. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

057.715.494-01

Nome completo da vítima

FABIO ALVES DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo FABIO ALVES DA SILVA		CPF titular da conta 057.715.494-01	Profissão Pedreiro
Endereço RUA EDMUNDO FILHO		Número 1010	Complemento
Bairro BAIRRO SÃO JOSÉ	Cidade JOÃO PESSOA	Estado PB	CEP 58034-500
Email		Telefone (DDD) (83) 98740-0159	

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

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☒ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome _____ NRO _____

AGÊNCIA NRO _____ D/V _____ CONTA NRO _____ D/V _____

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

AGÊNCIA NRO. 0329 D/V _____ CONTA NRO. 4716 D/V 9
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

JOÃO PESSOA, 20 de FEVEREIRO de 2018

Local e Data

x Fabio Alves da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SINCOR/PB

28 FEV. 2018

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 057715.494-01 Nome completo da vítima: FÁBIO ALVES DA SILVA

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

Nome completo: FÁBIO ALVES DA SILVA CPF: 057715.494-01
Profissão: PEDEIREIRO Endereço: RUA EDMUNDO FILHO Número: 1010 Complemento: _____
Bairro: SÃO JOSÉ Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB CEP: 58034-500
E-mail: _____ Tel.(DDD): (83) 99983.8652

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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 OPÇÃO 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 (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0729 CONTA: 4716
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Peço motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

COMPREV
COMPREV
15 MAIO 2019
AG. JOÃO PESSOA
Assinatura

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



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00321.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00321.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:09 horas do dia 21 de fevereiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Fábio Alves da Silva**, CPF nº 057.715.494-01, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Maria de Fátima Alves da Silva e Agemiro Dias Moreira da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 05/08/1985 (32 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Edmundo Filho, Nº 1010, bairro São José, tendo como ponto de referência Praça, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98740-0159.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Edmundo Filho, Próximo a Praça, João Pessoa/PB, bairro São José; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 16/09/17 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

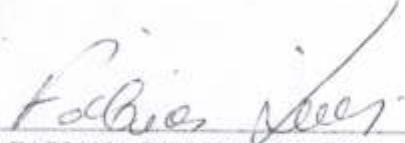
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

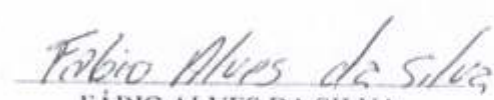
Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CB 300 R. AMARELA, 2009/2010, PLACA NPW4480/PB, CHASSI 9C2NC4320AR000918, registrado em nome de ANA PAULA ALVES DA SILVA, quando perdeu o controle ao frear vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 18.01.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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.

CONFERIDO COM A CÓPIA
AUTENTICADA

João Pessoa/PB, 21 de fevereiro de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


FÁBIO ALVES DA SILVA
Noticiante





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00321.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00321.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:09 horas do dia 21 de fevereiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Fábio Alves da Silva**, CPF nº 057.715.494-01, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Maria de Fátima Alves da Silva e Agemiro Dias Moreira da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 05/08/1985 (32 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Edmundo Filho, Nº 1010, bairro São José, tendo como ponto de referência Praça, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98740-0159.

Dados do(s) Fatos:

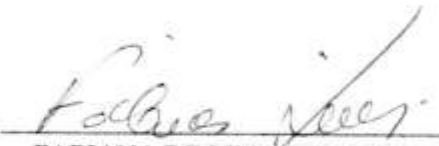
Local: Rua Edmundo Filho, Próximo a Praça, João Pessoa/PB, bairro São José; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 16/09/17 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

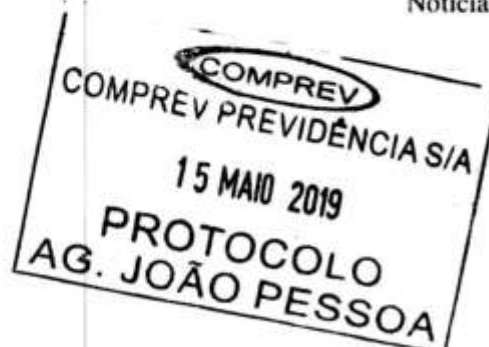
Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CB 300 R, AMARELA, 2009/2010, PLACA NPW4480/PB, CHASSI 9C2NC4320AR000918, registrado em nome de ANA PAULA ALVES DA SILVA, quando perdeu o controle ao frear vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 18.01.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, 21 de fevereiro de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


FÁBIO ALVES DA SILVA
Noticiante



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

FABIO ALVES DA SILVA

CPF da Vítima

057.715.494-0

Data do Acidente

16/09/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

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.



Jiçara, 16 de Fevereiro de 2018

Local e Data

x Fabio Alves da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 057715.494-01 Nome completo da vítima: FÁBIO ALVES DA SILVA

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

Nome completo: FÁBIO ALVES DA SILVA CPF: 057715.494-01

Profissão: PEDREIRO Endereço: RUA EDMUNDO FILHO Número: 1010 Complemento: _____

Bairro: SÃO JOSÉ Cidade: JAO PESSOA Estado: PB CEP: 58034-500

E-mail: _____ Tel.(DDD): (83) 99983.8652

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

RENDAS MENSAL:

- ☐ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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 OPÇÃO 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 (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0729 CONTA: 4716

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

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, 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, _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

COMPREV
COMPREV
15 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA
Assinatura

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



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FABIO ALVES DA SILVA
DADOS DE NASCIMENTO 05/08/85
NOME DA MÃE MARIA DE FATIMA ALVES DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.027.885
Nº PRONTUARIO 104.293
DATA DO ATENDIMENTO 16/09/17
HORA DO ATENDIMENTO 09:21
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA
CID 10 S 82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, há cerca de 4 hs, trazido pelo SAMU, apresentando relato de trauma em joelho D e perna D, referindo dor importante e edema + impotência funcional Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do joelho D
RX do joelho D - AP e P
RX da coxa D - AP e P
RX da perna D - AP e P



TRATAMENTO:

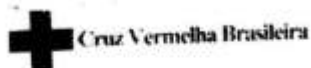
Fratura da extremidade proximal da tibia D à TC e ao RX. Sem alteração aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Luiz Portela e Dr. Stefferson Diniz no 1º tempo e pelo Dr. Leopoldo Viana e Dr. Andrier Farias no 2º tempo.

ALTA HOSPITALAR: 29/10/17
DATA DA EMISSÃO: 18/01/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DO PARÁ

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1027885



Identificação do paciente

ID 1210819	Nome FABIO ALVES DA SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 05/08/1985	Idade 32 anos 1 mes 11 dias	Estado civil Religião Prontuário
Mãe MARIA DA FATIMA ALVES DA SILVA	Pai AGEMIRO DIAS MOREIRA DA SILVA	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARIA DA FATIMA ALVES DA SILVA - MAE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987400159	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2942066	Nº Cns 206109935470009
Local de procedência BAIRRO SAO JOSE	Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade	CBO/R

Endereço

CEP 58034500	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro EDMUNDO FILHO
Número 1010	Complemento	Bairro SÃO JOSÉ	

Admissão

Data e Hora 16/09/2017 09:21:12	Número da pulseira 100005991258	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA 130 x 80 mmHg	Pulso 87	Temperatura 100
------------------	----------	-----------------

Exames complementares

Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente com trauma, apresentando ferimento de perfuração de abdome, com dor abdominal, sem sinais de choque. Exame físico: sem alterações. Exame de urina: sem alterações. Exame de sangue: sem alterações. Exame de TC: sem alterações. Exame de ECG: sem alterações. Exame de Ultrasonografia: sem alterações.						
Diagnóstico						CID
Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA						Tempo 01min 55seg

Imprimiu
COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 MAIO 2019
AG PROTOCOLO
SSCA

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: 29/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO ALVES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00729

CONTA: 000000004716-9

Nr. da Autenticação 28584AB338215453

CLARO S.A.
AV. PRESIDENTE EPIFÂNIO PESSOA, 1132
SANTO DOS ESTADOS
58030-001 - JOÃO PESSOA - PB
CNPJ-40.432.544/0004-20
E - 18147111-0

LEONARDO DANTAS VIEIRA DOS SANTOS

AV. NEGÓ, 00720 - TAMBAU
JOÃO PESSOA - PB
CPF/CNPJ 015.946.514-18

Emissão: 26/10/2017

Mês: Outubro/2017

Vencimento: 15/11/2017

Número: 0000068724

I.E.: ISENTA

Código: 907/011212951

CFOP 5.307 - Prestação de serviço de comunicação a não-contribuinte.

Discriminação do Serviço

BANDA LARGA

01/10/17 A 31/10/17 MENSALIDADE VIRTUA VIRTUA 35M INDIVIDUAL FIDELIDADE

SUB TOTAL - BANDA LARGA

ICMS	PIS	CORFIS
38,97	38,97	38,97
		129,90
		129,90

VALOR DA NOTA FISCAL: 129,90

CORFIS	Base de Cálculo:	Valor:
ICMS	Base de Cálculo:	129,90
PIS	Base de Cálculo:	129,90

Alíquota:	Valor:
3,00%	38,97
30,00%	38,97
0,65%	38,97

Reservado ao Fisco
F309.408A.04FB.01A3.A073.019F.5388.E037

- Contribuição para o Funt 1% e Funt 0,5% sobre os valores dos serviços de telecomunicações - Não repassados ao cliente. Base e de cálculo do ICMS reduzido conforme art. 33, inciso XI do Decreto Estadual nº 16.930 de 19.06.97 / Central de Atendimento ANATEL 1211 / Lei 12.741/12 - ICMS TOTAL 38,97 - PIS TOTAL 38,97 - CORFIS TOTAL 38,97

NET
O MUNDO É DOS NETS

Cadastre-se agora para receber sua fatura por e-mail com mais antecedência e comodidade. Você poderá acessá-la quando e onde quiser, do notebook, celular ou tablet. Acesse net.com.br/fatura digital e solicite.



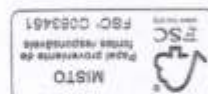
CTC RECIFE PE PL6
LEONARDO DANTAS VIEIRA DOS SANTOS
AV. NEGÓ, 720
TAMBAU
58039-101 JOÃO PESSOA - PB



907/011212951
Data de Postagem: 03/11/17
Vencimento: 15/11/2017

SINCOR/PB
28 FEV. 2018

Responsável: _____	☐ Recusado
_____	☐ Desconhecido
_____	☐ Não existe o nº indicado
_____	☐ Endereço insuficiente
_____	☐ Mudou-se
_____	☐ Não procurado
_____	☐ Ausente
_____	☐ Falado
_____	☐ Informação escrita pelo porteiro ou síndico
_____	☐ CEP



ET90715112017_838481 (MFP_A3PNN)

S/0327970

CONFERIDO COM O ORIGINAL



REMETENTE:
DEVOÇÃO ELETRÔNICA - CEDO
CAIXA POSTAL 42.301
SÃO PAULO - SP
CEP 04218-970

CLARO S.A.
AV. PRESIDENTE EPIFÂNIO PESSOA, 1152
SANTO DOS ESTADOS
58030-001 - JOÃO PESSOA - PB
CNPJ-40.432.544/0004-20
E - 51147111-0

LEONARDO DANTAS VIEIRA DOS SANTOS

AV. NEGÓ, 00720 - TAMBAU
JOÃO PESSOA - PB
CPF/CNPJ 015.946.514-18

Emissão: 26/10/2017

Mês: Outubro/2017

Vencimento: 15/11/2017

Número: 0000068724

I.E.: ISENTA

Código: 907/011212951

CFOP 5.307 - Prestação de serviço de comunicação a não-contribuinte.

Discriminação do Serviço

BANDA LARGA

01/10/17 A 31/10/17 MENSALIDADE VIRTUA VIRTUA 35M INDIVIDUAL FIDELIDADE

SUB TOTAL - BANDA LARGA

ICMS	PIS	CORFIS
38,97	38,97	38,97
		129,90
		129,90

VALOR DA NOTA FISCAL: 129,90

CORFIS	Base de Cálculo:	Valor:
ICMS	Base de Cálculo:	129,90
PIS	Base de Cálculo:	129,90

Alíquota:	Valor:
3,00%	38,97
30,00%	38,97
0,65%	38,97

Reservado ao Fisco
F309.408A.04FB.01A3.A073.019F.5388.E037

- Contribuição para o Funt 1% e Funt 0,5% sobre os valores dos serviços de telecomunicações - Não repassados ao cliente. Base e de cálculo do ICMS reduzido conforme art. 33, inciso XI do Decreto Estadual nº 16.930 de 19.06.97 / Central de Atendimento ANATEL 1211 / Lei 12.741/12 - ICMS TOTAL 38,97 - PIS TOTAL 38,97 - CORFIS TOTAL 38,97

NET
O MUNDO É DOS NETS

Cadastre-se agora para receber sua fatura por e-mail com mais antecedência e comodidade. Você poderá acessá-la quando e onde quiser, do notebook, celular ou tablet. Acesse net.com.br/fatura digital e solicite.



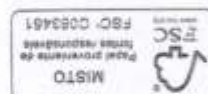
CTC RECIFE PE PL6
LEONARDO DANTAS VIEIRA DOS SANTOS
AV. NEGÓ, 720
TAMBAU
58039-101 JOÃO PESSOA - PB



907/011212951
Data de Postagem: 03/11/17
Vencimento: 15/11/2017

SINCOR/PB
28 FEV. 2018

Responsável: _____	☐ Recusado
_____	☐ Desconhecido
_____	☐ Não existe o nº indicado
_____	☐ Endereço insuficiente
_____	☐ Mudou-se
_____	☐ Não procurado
_____	☐ Ausente
_____	☐ Falado
_____	☐ Informação escrita pelo porteiro ou síndico
_____	☐ CEP



ET90715112017_838481 (MP_A3PNN)

S/0327970

CONFERIDO COM O ORIGINAL



REMETENTE:
DEVOÇÃO ELETRÔNICA - CEDO
CAIXA POSTAL 42.301
SÃO PAULO - SP
CEP 04218-970

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Recebo por e sempre pagamento da conta é realizado via energia energia Nº 024.265.063



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.085.183 / 0001-40 Insc.Ext. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE FATIMA ALVES
RUA EDMUNDO FILHO 1010
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/107747-8

REFERÊNCIA

MAI/2019

APRESENTAÇÃO

03/05/2019

CONSUMO

86

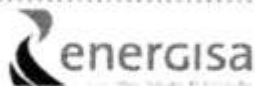
VENCIMENTO

10/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 30,78

Acesse: www.energisa.com.br



MARIA DE FATIMA ALVES

Roteiro: 01-006-107-0140

83640000000-3 30780149000-3 01077472019-6 05500006019-8

VENCIMENTO

10/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 30,78

MATRICULA

107747-2019- 05-5



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu LEONARDO DANTAS V. DOS SANTOS inscrito (a) no CPF 015.946.514 / 18
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FÁBIO ALVES DA SILVA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 057.715.494 / 01, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
FÁBIO ALVES DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.715.494 / 01, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>AV: NECO</u>		Número <u>780</u>	Complemento
Bairro <u>TAMBAÚ</u>	Cidade <u>JOÃO PESSOA</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58039-101</u>
Email <u>ADVLEDDANTAS@GMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83) 9376-0695</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 9 9123-0604</u>

JOÃO PESSOA, 22 de FEVEREIRO de 2018
Local e Data


Assinatura do Declarante

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB

28 FEV. 2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ana Paula Alves da Silva,
RG nº 2.605.009, data de expedição 11/10/2016
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 034.061.984-47, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Av. Sítio Gramame-Q170 L. 135 Gramame, nº S/N,
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Fabio Alves da Silva, cujo o condutor era
Fabio Alves da Silva.

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA / CB 300
Ano: ANO FAB. 2009 / ANO MOD. 2010
Placa: NPW 4480 / PB
Chassi: 3C2NC4320AR000918
Data do Acidente: 16/09/2017
Local e Data: Barro São João, Rua Edmundão Filho, João Pessoa,
João Pessoa, 31 de outubro de 2017.

CARTÓRIO
CARLOS ULYSSES

Ana Paula Alves da Silva
Assinatura do Declarante

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Fabio Alves da Silva

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



SINCOR/PB
28 FEV. 2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ana Paula Alves da Silva,
RG nº 2.605.009, data de expedição 11/10/2016
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 034.061.984-47, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
AV. Sítio Gramame-QSTO L. 135 Gramame, nº S/N,
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Fábio Alves da Silva, cujo o condutor era
Fábio Alves da Silva.

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA / CB 300
Ano: ANO FAB. 2009 / ANO MOD. 2010
Placa: NPW 4480 / PB
Chassi: 3C2NC4320AR000918
Data do Acidente: 16/09/2017
Local e Data: Linha São João - Rua Edmundo Filho, João Pessoa,
João Pessoa, 31 DE OUTUBRO DE 2017.

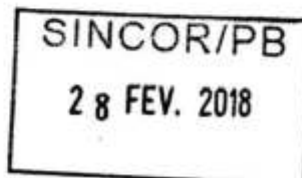
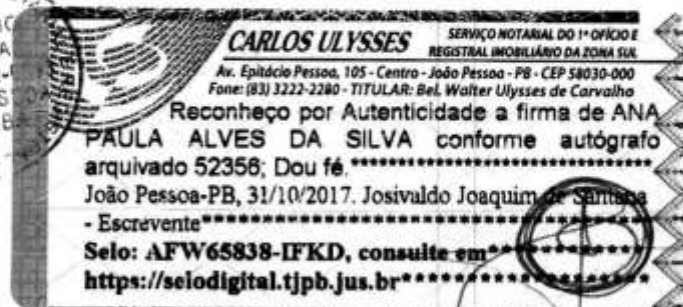
CARTÓRIO
CARLOS ULYSSES

Ana Paula Alves da Silva
Assinatura do Declarante

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Fábio Alves da Silva

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





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FABIO ALVES DA SILVA
DADOS DE NASCIMENTO 05/08/85
NOME DA MÃE MARIA DE FATIMA ALVES DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.027.885
Nº PRONTUARIO 104.293
DATA DO ATENDIMENTO 16/09/17
HORA DO ATENDIMENTO 09:21
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA
CID 10 S 82.1

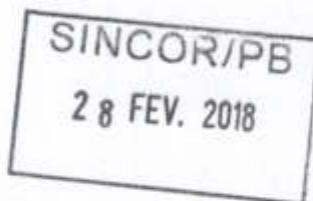
AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, há cerca de 4 hs, trazido pelo SAMU, apresentando relato de trauma em joelho D e perna D, referindo dor importante e edema + impotência funcional Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do joelho D
RX do joelho D - AP e P
RX da coxa D - AP e P
RX da perna D - AP e P

CONFERIDO COM O ORIGINAL



TRATAMENTO:

Fratura da extremidade proximal da tibia D à TC e ao RX. Sem alteração aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Luiz Portela e Dr. Stefferson Diniz no 1º tempo e pelo Dr. Leopoldo Viana e Dr. Andrier Farias no 2º tempo.

ALTA HOSPITALAR: 29/10/17
DATA DA EMISSÃO: 18/01/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FABIO ALVES DA SILVA
DADOS DE NASCIMENTO 05/08/85
NOME DA MÃE MARIA DE FATIMA ALVES DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.027.885
Nº PRONTUARIO 104.293
DATA DO ATENDIMENTO 16/09/17
HORA DO ATENDIMENTO 09:21
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA
CID 10 S 82.1

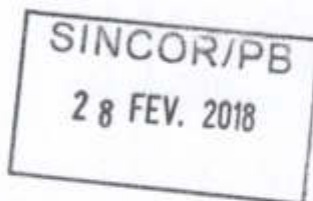
AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, há cerca de 4 hs, trazido pelo SAMU, apresentando relato de trauma em joelho D e perna D, referindo dor importante e edema + impotência funcional Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do joelho D
RX do joelho D - AP e P
RX da coxa D - AP e P
RX da perna D - AP e P

CONFERIDO COM O ORIGINAL



TRATAMENTO:

Fratura da extremidade proximal da tibia D à TC e ao RX. Sem alteração aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Luiz Portela e Dr. Stefferson Diniz no 1º tempo e pelo Dr. Leopoldo Viana e Dr. Andrier Farias no 2º tempo.

ALTA HOSPITALAR: 29/10/17
DATA DA EMISSÃO: 18/01/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013748318145

VIA 1 CDD. RENAVAM 20170000001400 EXERCÍCIO 2017
0017443773-0 00/00000000 2017

NOME
ANA PAULA ALVES DA SILVA

CPF/CNPJ 01406198447 PLACA NPW4480/PB
PLACA ANT / UF NOVO PB

CHASSI 9C2NC4320AR000918

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CB 300 R ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2010

CAP / POT / CIL 2 P/291 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE AMARELA

COTA ÚNICA 00/00/0000 VENC. COTA ÚNICA 1ª VENC. COTAS 2ª 3ª

FAIXA LPVA. PARCELAMENTO / COTAS 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 09/10/2017

***** SEGURO PAGO OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL DATA 09/10/2017

JOAO PESSOA-PB 40592

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS E MATERIAIS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013748318145 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 09/10/2017

VIA 1 CPF / CNPJ 01406198447 PLACA NPW4480/PB

RENAVAM 00174437730 MARCA / MODELO HONDA/CB 300 R

ANO FAB. 2009 CAT. TAXIF. 9 Nº CHASSI 9C2NC4320AR000918

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) ***** DENATRAN (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) SEGURO TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) PAGO

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 09/10/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

40592-1233215-20171009



SINCOR/PB

28 FEV. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013748318145
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 201700000401400 EXERCÍCIO 2017
0017443773-0 00/00000000 2017

NOME
ANA PAULA ALVES DA SILVA

CPF/CNPJ 01406198447 PLACA NPW4480/PB
PLACA ANT. / UF NOVO PB 9C2NC4320AR000918

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC **GASOLINA**

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CB 300 R **2009 2010**

CAP / POT / CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 P/291 /CI **PARTIC** **AMARELA**

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
00/00/0000 **1ª**

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS
0 **2ª**

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
********* ********* ********* **09/10/2017**

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL DATA
JOAO PESSOA-PB **09/10/2017**

2011 40592

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOIS OBRIGADO POR
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013748318145 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 09/10/2017

VIA 1 CPF / CNPJ 01406198447 PLACA NPW4480/PB

RENAVAM 00174437730 MARCA / MODELO HONDA/CB 300 R

ANO FAB. 2009 CIL. 9 Nº CHASSI 9C2NC4320AR000918

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) ***** DENATRAN (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) **SEGURO** TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) **PAGO**

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 09/10/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.246.608/0001-04

40592-1233215-20171009



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA FABIO ALVES DA SILVA
DATA DO ACIDENTE 16.09.17 CPF DA VÍTIMA 057.715.494-01
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É FABIO ALVES DA SILVA
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA EDUARDO FILHO
Nº 1010 COMPLEMENTO _____ BAIRRO JOSE
CIDADE JOÃO PESSOA UF PB CEP 58034-500
E-MAIL _____ TELEFONE (83) 99983 8652

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRME OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- * MORTE = R\$ 13.500,00
- * INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- * DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

PRazo para PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____ RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
IDENTIDADE _____ NOME _____
ASSINATURA Fabio Alves da Silva ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190325674 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 16/09/2017 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

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

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: P.5

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190325674 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 16/09/2017 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

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

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180097578 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 16/09/2017 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA DIREITA

Resultados terapêuticos: NÃO INFORMADO O TIPO DE TRATAMENTO REALIZADO.

Sequelas permanentes: DOR E EDEMA

Sequelas: Sequela não indenizável

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: