



Número: **0825388-25.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **24/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE JUNIOR CALIXTO DANTAS (AUTOR)		FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33050602	10/08/2020 10:00	2741050_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CALIXTO DANTAS

Nº Sinistro: 3180022588

Vitima: JOSE JUNIOR CALIXTO DANTAS

Data do Acidente: 03/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180022588**.

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 12234899

Pag. 00131/00132 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE JUNIOR CALIXTO DANTAS

Nº Sinistro: 3180022588

Vítima: JOSE JUNIOR CALIXTO DANTAS

Data do Acidente: 03/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180022588**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência ilegível

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Pag. 00047/00048 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12234916



Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE JUNIOR CALIXTO DANTAS

Nº Sinistro: 3180022588

Vítima: JOSE JUNIOR CALIXTO DANTAS

Data do Acidente: 03/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180022588**.

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 12235122

Pag. 00133/00134 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 23 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE JUNIOR CALIXTO DANTAS

Sinistro: 3180022588
Vítima: JOSE JUNIOR CALIXTO DANTAS
Data do Acidente: 03/03/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

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 **3180022588** 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** 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

Pag. 00941/00942 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12418399



Rio de Janeiro, 09 de Março de 2018

Aos Cuidados de: JOSE JUNIOR CALIXTO DANTAS

Nº Sinistro: 3180022588

Vítima: JOSE JUNIOR CALIXTO DANTAS

Data do Acidente: 03/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180022588**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **03/03/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01187/01188 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 12489998





SAC PRIVAT : 0-777-8111

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

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.

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 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo "Assinatura do Representante legal").

CPT 60.55 (Vitality)

Nonlinear components of welfare

မြန်မာ့လူမှုစီးပွားဝန်ကြီးဌာန

Լիցենզիա

44110

இலா: 201

[illegible]

Autorizacão de pagamento

REFUSO INFERMAR

HS 3.001.GD AIL HS 5.001.GD

SUMMARY

RS 5001.02 ATT RS 49.502

July 1992

ACCEPTED FOR PUBLICATION 16 FEBRUARY 2016

CONTA POUPANÇA Nome e endereço para depósito de poupança em nome do beneficiário.

附錄 1 表 3-37 續

CONTACT INFORMATION: AFI 31-211-1-2

CONTA CORRENTE *Conto Corrente*

isobutyl chloride

AGÊNCIA

CONIA

AGENT 3

CONTRA

Enfermedad de transmisión sexual.

101437886-14 41 14 666-7 99510

© 1999 Blackwell Science Ltd

—
F²- and F³-classical

Local e Data

Mari Catherine Parker

1497 521 001 202



<http://pje.tiwb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081010000768700000031639360>

Número do documento: 20081010000768700000031639360

Num. 33050602 - Pág. 6



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO 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").

Número do Sinistro ou ASL 3180022588	CPF da Vítima 148.139.944-00	Nome completo da vítima Jose Junior Palisto Dantas
--	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Jose Palisto Dantas	CPF titular da conta 009.706.044-33	Profissão Agricultor
Endereço Aven. N. Sra. Aparecida	Número 51A	Complemento
Bairro Aven. N. Sra.	Cidade São Miguel de Taipé	Estado PR
E-mail Uolre.sp@outlook.com	CEP 58000-000	Telefone (DDD) (83) 99100-5607

Declaro, sob as penas da lei, 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	☐ 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 (003)		☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0001		BANCO NRO. Graderco	
CONTA NRO. 0001		CONTA NRO. 0001	
D.V. 0		D.V. 0	
(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 na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Jose Junior 05 de Janeiro de 2018
Local Data

Jose Junior Palisto Dantas Campo 1 - Assinatura do Beneficiário
Jose Junior Palisto Dantas Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017

Autorização de pagamento





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2017

Ocorrência nº. 027/2017

Aos VINTE E SETE dias de NOVEMBRO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de RIACHÃO DO POÇO/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Dr. **MANOEL CARLOS DA SILVA NETO**, Delegado de Polícia Civil, comigo, escrivão do seu cargo, aí, por volta 17h20min, compareceu a PESSOA a seguir qualificado:

JOSÉ JUNIOR CALIXTO DANTAS, 17 anos de idade, nascido aos 29/12/99, brasileiro, solteiro, alfabetizado, agricultor, natural de Itabaiana/PB, RG nº 4.442.849 SSP/PB, filho de José Calixto Dantas e Severina Vieira Januário Dantas, residente e domiciliado no Assentamento Nossa Senhora Aparecida, São Miguel de Taipú/PB. Telefone: 98601-5863.

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: 03/03/2017

3) HORÁRIO: 12h:00min; **4) LOCAL:** Sítio Cordeiro, zona rural de Sobrado/PB.

4) BREVE RESUMO DO FATO:

Que no dia 03 de Março de 2017, trafegava na garupa da moto HONDA CG 150 FAN ESDI, ANO DE FABRICAÇÃO E MODELO 2014, DE COR PRETA, PLACA QFB 1786/PB, CHASSI N.º 9C2KC1680ER027855, na zona rural de Sobrado com seu pai, quando estava em uma curva de repente apareceu um veículo não identificado que trancou a moto em que estava jogando seu pai em uma barreira; Que o declarante como estava na garupa caiu com a moto em cima de sua perna; Que seu pai sofreu apenas escoriações; Que foi socorrido por uma pessoa que passava no local para o Hospital Dr. Sá Andrade; Que após exames, o declarante foi transferido para o Trauminha em João Pessoa; Que no Trauminha foi submetido a avaliação médica e exame de imagem que constatou fratura da tibia esquerda; Que no dia 17 de Março de 2017, sofreu um procedimento cirúrgico, recebendo alta no dia 19 de Março de 2017.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo noticiante, e por mim, escrivão que digitei.

José Junior Calixto Dantas
José Junior Calixto Dantas
Comunicante

Boletim de ocorrência



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 Jose Junior Calixto Dantas CPF da Vítima 148.239.944-00 Data do Acidente 03/03/2014

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Jose Calixto Dantas

Citail

Av. Duque de Caxias, 1000 - Lapa, Rio de Janeiro

Declaração de inexistência de IML



Data do Acidente

CPF do Representante Legal

009.706.014-33

Telefone (DDD)

(83) 99100-5604

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.

Jose Junior Calixto Dantas 29 de Novembro de 2014

Local e Data

Lo

Jose Junior Calixto Dantas

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Jose Calixto Dantas

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





Ato Declaratório

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE

13.224

Ficha de Encaminhamento

17 and

Nome do Paciente:

Joaquim Calixto Pires

Data: 03/03/12

End.:

Rua Cap. De Vento

Bairro:

Cidade:

Sabará

Unidade de origem:

Motivo de Encaminhamento

Novo rotina de colar com ref.
posteriormente a ref. (E)

Medicamento Administrado

Dr. Rodrigo Messias Goes
Médico - Clínico Geral
CRM 9789

Referenciado para:

Contra referência

Motivo:

Contra referência para:

Assinatura/Carimbo médico

02



JOSE CALIXTO DIANTAS

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/08/2020 10:00:07

Classe: Subst. RESIDENCIAL / BAI A RENDAMENTO 14

Roteiro 4 - 10 - 49 - 5500

Nº medidor 00008824710

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/1343989-8

Canal de contato

Fev / 2017

Tarifa Substância Energia Elétrica - Tarifa Estendida pela Lei

10.438, de 16 de abril de 2002

Apresentação

06/02/2017

Data prevista da próxima leitura

Comprovante de residência



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



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica : nº 001.156.511



ENERGISA PARAÍSA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 25 - Centro Federal - João Pessoa / PB - CEP 58071-000
CNPJ 08.993.153/0001-66 Insc. Est. 18.615.823-0

DADOS DO CLIENTE

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE
RUA FRANCISCO LEOCADIO RIBEIRO COUTINHO 201 SL 205
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1082314-4

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
AGO/2017	25/08/2017	156	01/09/2017	R\$ 110,06

Acesse: www.energisa.com.br



DESTINQUE AQUI

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Rotelro: 15-008-211-1540

***** 5 44980149000-4 10823142017-6 08900006019-7

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
01/09/2017	R\$ 110,06	1082314-2017-06-6



Comprovante de residência



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/08/2020 10:00:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081010000768700000031639360>

Número do documento: 20081010000768700000031639360

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda via do conta.
Botão para simples pagamento de nota fiscal conta de energia elétrica: 117 000.296.447



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 228, Km 15 - Centro Rodoviário - São Paulo - SP - CEP 04011-000
CNPJ 01.095.183 / 000140 - Insc. Est. 16.015.873-0

DADOS DO CLIENTE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
JOSE CALIXTO DANTAS ASSENT N SRA APAREC DA SN SAO MIGUEL DE TAPO		5/1343989-8		
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JAN/2018	09/01/2018	140	16/01/2018	R\$ 83,64

Acesse: www.energisa.com.br

energisa		JOSE CALIXTO DANTAS	
Luz, Iluminação, Refrigeração		Roteiro: 04-010-049-5500	
VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA	
16/01/2018	R\$ 83,64	1343989-2018-01-6	



Comprovante de residência



(83) 99811-5088
(83) 99100-3604
(83) 3566-4673



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 COAF².

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

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

Pelo exposto, eu Danielo de Araújo M. Lute inscrito (a) no CPF 021.462.164 / 31
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Junior Calisto Dantas inscrito
(a) no CPF sob o Nº 148.239.944/00 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vitima
Jose Junior Calisto Dantas inscrito (a) no CPF sob o Nº 148.239.944/00, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: seguro Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaração Circular SUSEP 445/12



Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

ixo,

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

Endereço	<u>Rua Francisco Leocadio Ribeiro Coutinho</u>		Número	<u>201</u>	Complemento	<u>52208</u>
Bairro	<u>Bunda</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>CEP</u>	<u>58036-450</u>
Email	<u>mlute.dpvat@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD)	<u>(83) 3566-4618</u>		
			Telefone celular (DDD)	<u>(83) 99811-5088</u>		

João Pessoa, PB, 09 de Novembro de 2017
Local e Data

Danielo de Araújo M. Lute
Assinatura do Declarante

OLDRL.001 V001/2017





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Fabio Vieira do Nascimento,
 RG nº 3116006, data de expedição 20/10/2008
 Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 067.973.214-41, com
 domicílio na cidade de Sobradinho, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
ASSENTA MERTO N. S. APARECIDA, nº S/N,
 complemento 2-URUP, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima JOSE JAVIER CALIXTO SANTOS, cujo o condutor era
JOSE CALIXTO SANTOS.

Veículo: MOTOCICLETA HONDA
 Modelo: CG 150 FAN ESDI
 Ano: 2014/2014
 Placa: QFB 1786/PB
 Chassi: 9C2KC1630E027855
 Data do Acidente: 03/07/2017
 Local e Data: STRADA 27/12/2017

Fabio Vieira do Nascimento
 Assinatura do Declarante



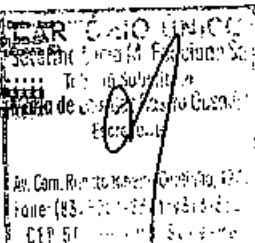
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Feliciano da Silva

Serviço Notarial e Registral

Recebo, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(s) de...
 FABIO VIEIRA DO NASCIMENTO
 Em test. da verdade. Sape-PB 21/12/2017 11:37:40
 Vandilce Cavalcante de Freitas Santos - Escrevente
 [2017-011164]ENL:R# 49,23 FAPEN:R# 0,27 FEPJ:R# 1,85
 SELLO DIGITAL: 40FB4804-J05H
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





Documentação médico-hospitalar



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE

Ficha de Encaminhamento

13-224 17 and

Nome do Paciente: José João Calixto Neto Data: 03/03/12

End.: Rua V. C. de Vasquez

Bairro: _____ Cidade: Sapé

Unidade de origem: _____

Motivo de Encaminhamento

Receber tratamento de colite com med.
prescrita em consulta com Vitor (E)

Jr. Rodrigo Messias Goes
Médico - Clínico Geral
CRM 9799

Medicamento Administrado

Referenciado para: _____

Contra referência

Motivo: _____

Contra referência para: _____

Assinatura/Carimbo médico





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <u>José Junior C. Santos</u>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	CUR	CLÍNICA	ENF.	LITTO
DATA DE ADMISSÃO <u>03/03/17</u>		DATA DE ALTA <u>19/03/17</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <u>fratura de tíbia</u>				CID <u>582</u>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Osteossíntese</u>					
TERAPIA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO P.O. ☐ SIM ☒ NÃO				COLHEITA DE MATERIAL ☐ SIM ☒ NÃO	
RESULTADO BACTERIOLÓGICO					
CONDIÇÃO DE ALTA ☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
<u>Por subtração a foto anterior de</u>
<u>gratificação da tíbia com haste</u>

DIETA: <u>Normal</u>	ORIENTAÇÕES PÓS ALTA
REPOUSO: Relativo em casa por <u>60</u> 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 com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.	
MEDICAÇÕES PARA CASA: <u>Cefalexina + Namox</u>	
RETORNO Ao posto de saúde em <u>19/03/17</u>	para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do <u>Dr. Parelli</u>	em <u>10 dias</u> para revisão.

DATA <u>19/03/17</u>	ASS. MÉDICO/DRM
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar	
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO	
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.	





CERTIDÃO

Nº. 1335/2017

Atendendo solicitação de JOSE CALIXTO DANTAS e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº10562 e Prontuário Nº 2017.03.000445 pertencente à **JOSE JUNIOR CALIXTO DANTAS** que foi atendido dia 03/03/2017 às 17H00min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em perna esquerda.

Submetido avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tíbia esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 17/03/2017 com alta médica dia 19/03/2017.

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

João Pessoa, 20 de setembro de 2017

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITI
RUA: RUA DISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-394 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: - CNPJ: -

Ficha Nr: 10562 Atd: Nao Regular
Data: 03/03/2017
Hora: 17:00:16
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE JUNIOR CALIXTO DANTAS
CNS: 201276036910001 Sexo: M IDENTIDADE: 4442849 Fone: 987793038
Natural: ITABAIANA/PB Data Nasc.: 29/12/1999 Id: 17 ano(s)
End.: SÍTIO CAFE DO VENTO, 0
Bairro: ZONA RURAL Cidade: SOBRADO UF: PB
Mae: SEVERINA VIEIRA JANUARIO DANTAS Pai: JOSE CALIXTO DANTAS

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: IRMA-MARIA JOSE

Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL SA ANDRADE

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vítima de acidente por: COL, MOTOXCARRO AS 12HS

Vítima de violência por: ONDE MORA

[] Uso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: Q23:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Queixa Principal

Observacao

4 contusões de f. fem. esquerda, machucado de dorso
paravertebral, lesão de colisão moto x carro
apresentando dor e edema na perna

História - Exame Físico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

Dr. Daniel B. Cavalcante
MR Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9248

Dr. Gustavo



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qlde!	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Suelio Moreira Torres

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Luiz Gomes Cabral Junior</u>	Data da Admissão: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		
Prontuário: <u> </u>	Idade: <u> </u>	Enfermaria: <u> </u>	Leito: <u> </u>
Nome da Mãe: <u> </u>			
Endereço: <u> </u>			
Cidade: <u> </u>	Estado: <u> </u>	Fone: <u> </u>	Profissão: <u> </u>
Sexo: F () M ()	Cor: <u> </u>	Estado Civil: <u> </u>	Religião: <u> </u>
Escolaridade: <u> </u>	Data de Nascimento <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		
QPD: <u>Doença e deformidade em perna e</u>			
HDA: <u>fratura com fratura por perna e por</u> <u>defeito mecânico de material cerâmico, de</u> <u>baixa energia</u>	Receptor: <u>Dr. Jurema</u>		
Medicações em uso: <u> </u>			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso <u> </u> Kg em <u> </u> [] Prurido [] Sudorese [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: <u> </u>			
Pele: <u> </u>			
Cabeça e Pescoço: [] Cefaleia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: <u> </u> Visão: <u> </u>			
AR e ACV: [] Dor <u> </u> [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise [] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema <u> </u> Outros: <u> </u>			
ABD: [] Dor <u> </u> [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume			
AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: <u> </u>			
SME: [] Dor <u> </u> [] Rigidez pós-reposouso [] Deformidades [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos			
SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade [] Amnésia [] Libido [] Humor <u> </u>			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

10



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____
Alergias: _____
Cirurgias: _____ [] HTF
[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa
[] Trauma [] Neo [] Tabagismo
[] Alcoolismo
Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____
Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg
FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: Fratura Linfática de Tibia E

Conduta: Internamente p/ tratamento cirúrgico

Dr. Carlos Alexandre Mendes Souto
CRM-F 1117
GRAP: 1402180

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>José Junior Calisto Santos</u>		Registro: -	
Idade: -	Sexo: -	Cor: -	Clinica: -
Data: <u>17/03/2017</u>	Cirurgião: <u>Dr. Paoli</u>	1º Assistente: <u>Tiago R.</u>	
2º Assistente: -		3º Assistente: -	
Anestesista: <u>Dr. Neto Leite</u>		Tipo Anestesia: <u>Raqui</u>	
Horário: -		I: - T: -	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO		CID	
<u>Frat. diafragma de tórax E</u>			
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO		CID	
<u>Frat. diafragma de tórax E</u>			
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)		CÓDIGO	
<u>Ostiotomia de tórax E. com Haste intracondular bloqueada</u>			
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (x) Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (x) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:			
1 (x) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Paciente em DDH sob anestesia
- ② Anestesia + Antimicrobiano + CCE
- ③ Incisão anterior longitudinal no joelho E. a nível de tendão patelar, por planos até o osso.

Incisão:

- ④ Exatidão uniaxial a nível de tibia proximal com auxílio manual.

Achados:

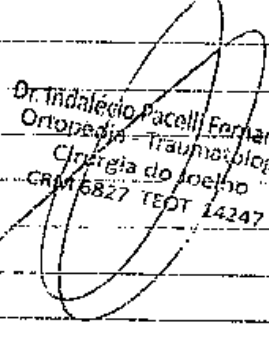
- ⑤ Redução imediata de fratura de diafise de tibia e passagem de fio guia intramedular sob Escopia

Condução:

- ⑥ Passagem uniaxial de canal medular até n° 12.
- ⑦ Passagem de haste intramedular bloqueada n° 13x36.
- ⑧ Passagem 2 parafusos de bloqueio proximal n° 40 e 35.
- ⑨ Passagem de parafuso de bloqueio distal de x n° 35.
- ⑩ Sutura + Curativo
- ⑪ a RPA e R

Fechamento:

OBS:


 Dr. Indalecio Pacelli Fernandes
 Ortopedia - Traumatologia
 Cirurgia do joelho
 CRM 6827 TEOT 14247

Data: ____/____/____

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Jose Junior C. Santos portador(a) da
identidade RG _____, que o(a) mesmo(a)
foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da
patologia CID-10 S92, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período de 30
(Trinta) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 13/03/2017

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a)
Dr.(ª) _____, a registrar o diagnóstico
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, s/n - CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



**Ministério da Fazenda
Receita Federal**

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

448.239.944-00

Nome

JOSE JUNIOR CALIXTO DANTAS

Nascimento

29/12/1999

Documentos de Identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARANÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA DE IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL

P-063

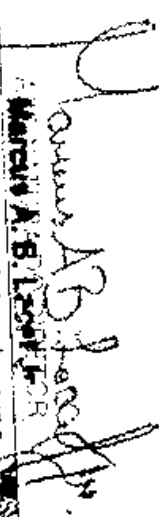



Suelio Moreira Torres

SIGNATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
REGISTRO GERAL	4.442.849	DATA DE EXPEDIÇÃO	26/08/2016
NOME			
JOSÉ JUNIOR CALIXTO DANTAS			
FILIAÇÃO			
JOSÉ CALIXTO DANTAS SEVERINA VIEIRA JANUÁRIO DANTAS			
NATURALIDADE		DATA DE NASCIMENTO	
ITABAIANA-PB		29/12/1999	
DOC ORIGEM			
NASC.N.13070 FLS.031 LIV.A-15 CARTORIO SALGADO S.FELIX-PB			
CPF			
João Pessoa - PB			
			
LEONARDO A. B. LOPES			
LEONARDO A. B. LOPES			
Ident. Civil e Criminal			



93.000.000-00
O FICHÁRIO NACIONAL

750763732

NOME
JOSE CALIXTO DANTASDOC IDENTIDADE - ORG EMISSOR UF
1387233 SSP PBCPF DATA NASCIMENTO
009.706.014-33 28/04/1969FILIAÇÃO
LUIS CALIXTO DANTAS
SEVERINA CALIXTO
DANTAS

PERMISSÃO



ACC



CAT. HAB.

AII

Nº REGISTRO
00515460345VALIDADE
08/07/20181ª HABILITAÇÃO
22/01/1999

OBSERVAÇÕES

João Pessoa, PB

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOÃO PESSOA, PBDATA EMISSÃO
10/07/2013*Rodrigo Carneiro*

ASSINATURA DO EMISSOR

90018506280
PB026584000

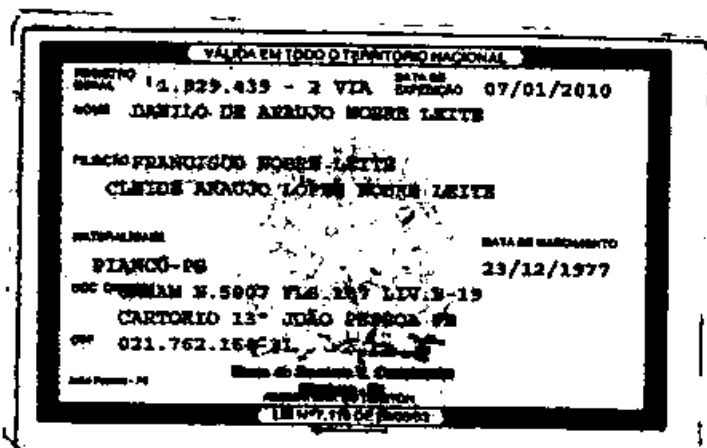
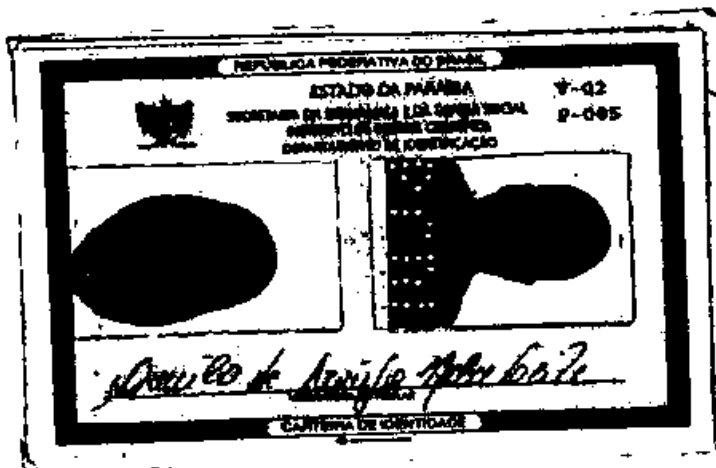
X DELEGADO DE POLÍCIA (PROCURADORIA)

PROIBIDO PARA COPIAR

750763732



Documentos de Identificação



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO			
		QFB1786	
2017		Imprimir Consulta	
FABIO VIEIRA DO		Último Licenciamento: 2017 Proprietário: FABIO VIEIRA DO Placa: QFB1786 Combustível: ALCO/GASOL Marca/Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET Ano de Fabricação: 2014 Ano Modelo: 2014 Categoria: PARTICULAR Cor Predominante: PRETA Vencimento Licenciamento: 31/08/2018 Observação: Restrição: Financeira: Município: SOBRADO Situação: EM CIRCULACAO Data da Consulta: 19/01/2018	
QFB1786			
PASSA / MOTOCICLET	ALCO/GASOL		
HONDA/CG150 FAN ESDI	2014 2014		
PARTICULAR PRETA			
31/08/2018			
SOBRADO	19/01/2018		

Det



DUT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE JUNIOR CALIXTO DANTAS** Sinistro: **3180022588** Data: **03/03/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **ASSENTAMENTO NSRA APARECIDA, SN - NSRA APARECIDA - São Miguel de Taipu - PB - CEP 58334000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PB**] **4442849**

Data local do exame: [**07/03/2018**] **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 DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA. AO EXAME, APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS PROXIMAL E DISTAL NOS PONTOS DE FIXAÇÃO DA HASTE INTRAMEDULAR. EVOLUIU SEM SEQUELAS ANATÔMICAS OU FUNCIONAIS PERMANENTES.

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.
FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA. TRATADA CIRURGICAMENTE COM IMPLANTAÇÃO CIRÚRGICA DE HASTE INTRAMEDULAR. REALIZOU FISIOTERAPIA.

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

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

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

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

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

Região Corporal (Sequela):

% 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

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0005258/18
Vítima: JOSE JUNIOR CALIXTO DANTAS
CPF: 148.239.944-00

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 03/03/2017
Titular do CPF: JOSE JUNIOR CALIXTO DANTAS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros



DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE : 021.762.164-31

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

JOSE CALIXTO DANTAS : 009.706.014-33

Documentos de identificação

JOSE JUNIOR CALIXTO DANTAS : 148.239.944-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/01/2018
Nome: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE
CPF/CNPJ: 021.762.164-31

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/01/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE


NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180022588 **Cidade:** Sobrado **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE JUNIOR CALIXTO DANTAS **Data do acidente:** 03/03/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura da tíbia esquerda, submetido à tratamento cirúrgico

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer 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: Encaminhado à perícia para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insuscetíveis à terapêutica nos moldes previsto 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: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180022588 **Cidade:** Sobrado **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE JUNIOR CALIXTO DANTAS **Data do acidente:** 03/03/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS PROXIMAL E DISTAL NOS PONTOS DE FIXAÇÃO DA HASTE INTRAMEDULAR. EVOLUIU SEM SEQUELAS ANATÔMICAS OU FUNCIONAIS PERMANENTES.

Resultados terapêuticos: TRATADA CIRURGICAMENTE COM IMPLANTAÇÃO CIRÚRGICA DE HASTE INTRAMEDULAR. REALIZOU FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 07/03/2018

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

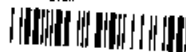
UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Procuração



OUTORGANTE:

Nome: JOSE CALIXTO DANTAS

Nacionalidade: Brasileiro (a) Est. Civil: CASADO

Profissão: AGRICULTOR

Identidade: 138.9233 CPF: 009.706.014-33

Endereço: DESELTAMENTO NOSSA SENHORA APARECIDA, S/N,
S. AUGUSTA DE, Z. RURAL, PARAÍBA, CEP: 58.334-000
ITAIAS

OUTORGADO:

Nome: Danilo de Araújo Nobre Leite

Nacionalidade: Brasileiro (A) Est. Civil: Casado

Profissão: Prestador de Serviços

Identidade: 1.929.439 SSP/PB CPF: 021.762.164-31

Endereço: Rua Francisco Léocadio Ribeiro Coutinho, 201 sala 208, Bessa,
João Pessoa, Paraíba, CEP 58.036-450.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo
meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio
para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER**, referente ao **Seguro**
Obrigatório - DPVAT

Local e Data: João Pessoa, 21 de 12 de 2017

Daniilo de Araújo Nobre Leite

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DO ÚNICO OFÍCIO

OFÍCIO - COMARCA DE PILAR - PB

Reconheço a firma de JOSE CALIXTO

DANTAS
por autenticidade. Dou fé. Em test. 5 de verdade

Pilar 21/12/2017

Daniilo de Araújo Nobre Leite

TABELÃO



SELO DIGITAL:

1 - <http://www.tjpb.jus.br>

AGB11739 - AYTS

