

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190523646

Vítima: JOAO RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 05/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO RODRIGUES 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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **JOAO RODRIGUES DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000904**

Conta: **0000022514-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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



Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190523646

Vítima: JOAO RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 05/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO RODRIGUES 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

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: 753.327.524-15 Nome completo da vítima: João Rodrigues da Silva

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

Nome completo: João Rodrigues da Silva CPF: 753.327.524-15

Profissão: Porteiro Endereço: R. Menadeli Xavier Batista Número: 511 Complemento: 4º andar

Bairro: Funcionario Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58079738

E-mail: _____ Tel.(DDD): (31) 99921-9283

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

DADOS CADASTRAIS

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: Caixa Econômica

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

AGÊNCIA: 0901 003 CONTA: 00022514 5

(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) ☐ Divorçado ☐ 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 a seguradora, ainda, de qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João 26-08-2019

Nome: João Rodrigues da Silva

CPF: 753.327.524-15

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

09 SET. 2019

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

AG. JOÃO

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.

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: 753.327.524-15 Nome completo da vítima: João Rodrigues da Silva

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

Nome completo: João Rodrigues da Silva CPF: 753.327.524-15

Profissão: Porteiro Endereço: R. Menadeli Xavier Batista Número: 511 Complemento: 4º Et 103

Bairro: Funcionario Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58079738

E-mail: _____ Tel.(DDD): (31) 99921-9283

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

RENDAS CADASTRAIS:

☒ 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: Caixa Econômica

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

AGÊNCIA: 0901 003 CONTA: 00022514 5

(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) ☐ Divorçado ☐ 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 a seguradora, ainda, de qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João 26-08-2019

Nome: João Rodrigues da Silva

CPF: 753.327.524-15

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

09 SET. 2019

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

AG. JOÃO

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 10109.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 10109.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:26 horas do dia 03 de setembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **João Rodrigues da Silva**, CPF nº 753.327.524-15, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Porteiro, filho(a) de Luiza Floripes de Alastau e Jose Rodrigues da Silva, natural de Belém/PB, nascido(a) em 03/04/1969 (50 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Bernadete Xavier Batista, Nº 81, bairro Funcionários, tendo como ponto de referência Apt 103, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98726-7724.

Dados do(s) Fatos:

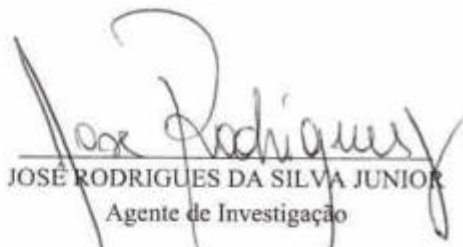
Local: Avenida Juscelino Kubitschek, Retorno Geisel, João Pessoa/PB, bairro Ernesto Geisel; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/01/19 18:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 05/01/2019, POR VOLTA DAS 18:30, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA TITAN DE COR VERMELHA, ANO 2018, PLACA QSA-3447/PB, CHASSI 9C2KC2210JR049069, NA AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE, GEISEL, NESTA CAPITAL, QUANDO UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO COLIDIU NA LATERAL DA MOTOCICLETA DESTE NOTIFICANTE; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO; QUE RETORNOU AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA NO DIA 17/01/2019, ONDE REALIZOU PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO DIA 24/01/2019, COM ALTA MÉDICA EM 27/01/2019, CONFORME CERTIDÃO 0758/2019, ASSINADA PELA MEDICA FABIANA FERNANDES DE ARAUJO.

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, 03 de setembro de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


JOÃO RODRIGUES DA SILVA
Notificante



Procedimento Policial: 10109.01.2019.1.00.401

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: 753.327.524-15 Nome completo da vítima: João Rodrigues da Silva

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

Nome completo: João Rodrigues da Silva CPF: 753.327.524-15

Profissão: Porteiro Endereço: R. Menadeli Xavier Batista Número: 511 Complemento: 4º Et 103

Bairro: Funcionario Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58079738

E-mail: _____ Tel.(DDD): (31) 99921-9283

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

RENDAS CADASTRAIS:

☒ 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: Caixa Econômica

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

AGÊNCIA: 0901 003 CONTA: 00022514 5

(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) ☐ Divorçado ☐ 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 a seguradora, ainda, de qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João 26-08-2019

Nome: João Rodrigues da Silva

CPF: 753.327.524-15

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

09 SET. 2019

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

AG. JOÃO

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

Nº. 0758/2019

Atendendo solicitação de JOAO RODRIGUES DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha nº 198315 e prontuário 2017.02.003487 pertencentes a **JOAO RODRIGUES DA SILVA** que foi atendido dia 05/01/2019 às 19H32min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em perna esquerda.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna esquerda. Retornou dia 17/01/2019 às 10h08min com ficha nº 198315, apresentando febre e dor na perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 24/01/2019 com alta médica dia 27/01/2019.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, dato e assino a presente certidão.



João Pessoa, 20 de maio de 2019



Médica
CRM/PB 4516

Dra. Fabiana F. de Araújo
CARDIOLOGIA
CRM PB 4516

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: 20/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO RODRIGUES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00904

CONTA: 000000022514-5

Nr. da Autenticação 3427554145568BED

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Rolêto para simplificar pagamento da nossa fatura elétrica - Nº 028.064.948



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Crlato Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58271-080
CNPJ 06.085.183 / 0001-00 Ins. Est. 18.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

LUCIANA NERIS DE AZEVEDO
RUA BERNADETE XAVIER BATISTA S/N QD 203 LT 136 APT 103
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1558293-5

REFERÊNCIA

JUL/2019

APRESENTAÇÃO

16/07/2019

CONSUMO

202

VENCIMENTO

21/08/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 141,56

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

LUCIANA NERIS DE AZEVEDO

Roteiro: 09-002-471-3860

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 27/08/2019

VENCIMENTO

21/08/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 141,56

MATRÍCULA

1558293-2019- 07-8



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/como de energia elétrica : Nº 029.110.366



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 18.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

ANTONIO JOAQUIM DE MORAIS
PC VENANCIO NEIVA 21
SANTA RITA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/46622-7

REFERÊNCIA

AGO/2019

APRESENTAÇÃO

07/08/2019

CONSUMO

159

VENCIMENTO

14/08/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 150,16

Acesse: www.energisa.com.br

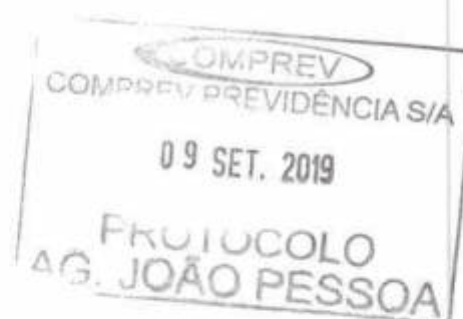
BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 22/08/2019

Pagador: ANTONIO JOAQUIM DE MORAIS CNPJ/CPF: 016.011.994-49

PC VENANCIO NEIVA 21 - CENTRO - SANTA RITA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120004728826	000046622201908	14/08/2019	R\$ 150,16	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 95

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF¹.

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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM NÓBREGA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 011.197.984 / 69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOAO RODRIGUES DA SILVA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 753.327.524/15

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima JOAO RODRIGUES DA SILVA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 753.327.524 / 15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

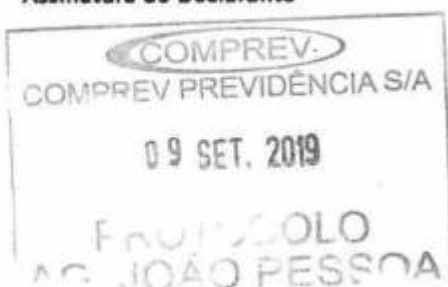
☒ Recuso Informar

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>PRAÇA VENANCIO NEIVA</u>	Número: <u>21</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>SANTA RITA</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58300-800</u>	Tel.(DDD): <u>(83) 99921-9283</u>

Local e Data: 09 DE SETEMBRO DE 2019

Giullyana Flávia de Amorim Nobrega
Assinatura do Declarante



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

Ficha Nr: 195239 Atd: Nao Regula
Data: 05/01/2019
Hora: 19:32:29
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES D
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 2
Num. Prontuario: 2017.02.003487

Nome: JOAO RODRIGUES DA SILVA

CNS: 124414612080009 Sexo: M IDENTIDADE: 1334754 Fone: 987331606

Natural: BELEM/PB Data Nasc.: 03/04/1969 Id: 49 ano(s)

End.: RUA BERNADETE XAVIER BATISTA, 81 CPF-1334754

Bairro: FUNCIONARIOS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: LUIZA FLORIPES DE ALUSTAU

Pai: JOSE RODRIGUES DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PORTEIRO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: JOAO RODRIGUES DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 987331606 / IDENTIDADE: 1334754

Precedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: VITIMA QUEDA DE MOTO HJ AS 18:40

Vitima de violencia por: NO GEISEL

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

COMPREV

FC:

TP:

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

Peso:

Altura:

09 SET. 2019

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

02%:

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

Observacao

Queixa Principal

QUEIXA DE QUEDA DE MOTO NEGA VOMITO E DESMAIO
(SIC)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente trazido pelo SAMU, vítima de acidente de motocicleta, com
aparentemente lesão na coluna e deformidade no punho D.
Sem perda da consciência ou vômito associado.

Diagnóstico: lesão

| Conduta

Tratamento: analgésico

Prescrição

CD: 1) Atendimento imediato
2) Rx - avaliação da coluna
3) Alta da 2ª fase
4) Sítio de coleta de urina 20/10

Horário da medicação

celo-vieira
195239
19/01/20

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- (1) Paciente em DSA adormecida.
- (2) anestesia + antemepia
- (3) exposição de campo cirúrgico

Incisão:

- (4) Incisão vertical horizontal em região distal de puna E
- (5) Incisão longitudinal em região 1/3 proximal de puna E

Achados:

- (6) Fret. de eno. da puna E + Repetere de eno. da puna E

Conduta:

- (7) Realizado R AFI de fret. de eno. da puna E com
aplicação em T 14 pontos do método tipo Pons. por anastom.
- (8) Anestesia com SF₆ 95% EV ~~após~~
- (9) Sutura da pele de 1/2 cm. subcutâneo e pele.

Fechamento:

- (10) Sutura da pele de 1/2 cm. subcutâneo e pele
- (11) Anestesia de condução
- (12) Sutura da pele

OBS:

Data: 24. 01. 19

MÉDICO/CRM

R2TD. R. Chaves
R. Chaves

*Segunda
(21)*

CERTIDÃO

Nº. 0758/2019

Atendendo solicitação de GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha nº 198315 e prontuário 2017.02.003487 pertencentes a **JOAO RODRIGUES DA SILVA** que foi atendido dia 17/01/2019 às 10h08min, apresentando trauma em perna esquerda.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 24/01/2019 com alta médica dia 27/01/2019.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 20 de maio de 2019


Dra. Fabiana Fernandes de Araújo
CARDIOLOGIA
CRM-PB 4516
Médica
CRM/PB 4516

BREVEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha Nr: 198315

Atd: Nao Regular

COM OMOSEITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Data: 17/01/2019

RUA: AGENTE-FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 10:08:23

5805.-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Recepcionista: CLEBIA FERREIRA RODRI

FAX: () - CNPJ:

Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 3

Nome: JOAO RODRIGUES DA SILVA

Num. Prontuario: 2017.02.003487

CNS: 124414612080009 Sexo: M IDENTIDADE: 1334754 Fone: 987331606

Natural: BELEM/PB Data Nasc.: 03/04/1969 Id: 49 ano(s)

End.: RUA BERNADETE XAVIER BATISTA, 81 CPF-1334754

Bairro: FUNCIONARIOS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: LUIZA FLORIPES DE ALUSTAU

Pai: JOSE RODRIGUES DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PORTEIRO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: JOAO RODRIGUES DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 987331606 / IDENTIDADE: 1334754

Pedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: FEBRE E DOR

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

PACIENTE CIRURGIADO HA +/- UMA SEMANA, REFERE
DOR E FEBRE (SIC)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: ____/____/____

Nome: _____

Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

QPD: *sem defecação + evacuação fecal à punção*

HDA: *Pront. em fase de exclusão de mal-estar. Vem com punção para punção. Ausência de dor e defecação à punção. Exame ref. e ex. em sangue.*

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso ____ Kg em ____ ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ 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: _____

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposuio ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

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: _____

1/1 X FRATURA SEGMENTAR DE FIBULA E FIBULA (E)

Hipóteses Diagnósticas: _____

FRATURA DE OSSOS DA PERNA

Conduta: _____

Tratamento Plac de fixação

Cirurgia

Dr. F. C. JUNIOR
Clínica de Traumatologia
Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.
FONE: 3361.1616 / 3361.1617

107.

Pacient. admitido de emergência de nít.
Paciente admitido em emergência, Glasgow 15,
Nível da consciência: Vagueza e o paciente
sem sinais de irritabilidade física.
Dor e desconforto em pernas. (E)

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Px: fratura de V. L. (requerida)
fratura de f. C. L.
Exatidão suficiente para fratura
co. Inveniente para V. L. e f. C. L.

Lauri F. G. JUNIOR
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PB 6918/TEOT-13839

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtd	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residência [] Transferido [] Desistência [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVÓ [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANCA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLICIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

L-237

APRESENTACAO

João Rodrigues da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPREV PREVIDENCIA S/A

09 SET. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

1.334.754 - 2ª VIA

DATA DE EXPEDICAO 04/10/2018

NOME JOAO RODRIGUES DA SILVA

RELACAO JOSE RODRIGUES DA SILVA

LUZA FLORES DE ALUSTAU

NATURALIDADE BELEM-PB

DOC ORDEM CERT. CAS. Nº0026342 - LN/00118-B - FLS.042 - CARTORIO 13º

JOAO PESSOA-PB

CPF 753.327.524-15

LEI Nº9.396 DE 29/08/83

DATA DE NASCIMENTO 03/04/1969

A+

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2.668.291 - 2 VIA	DATA DE EXPIRAÇÃO	15/02/2011
NOME	GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM NÓBREGA		
FILIAÇÃO	LUÍZ GONÇALVES DE AMORIM MARIA DE PÁTIMA PINTO		
NATURALIDADE	JOÃO PESSOA-PB		
DOC. CIVIL	CARTÃO N. 18758 37 FLS. 058 LIV. 063		
CPF	011.197.984-69		
Assinatura	<i>Giullyana Flávia de Amorim Nobrega</i>		
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83			

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

09 SET. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-236




Giullyana Flávia de Amorim Nobrega
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PROTUCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PB Nº 014081878400 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTÉ 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 DATA EMISSÃO
2018 11/07/2018

VENCIMENTO DATA VENCIMENTO
1 753330752415 11/07/2018

RENAVAM Nº CHASSI
011580222449 HONDA/CG 160 TITAN QSA3447/PB

ANO FABRICAÇÃO Nº CHASSI
2018 9 9C2KC2210JR049069

TÍTULOS (R\$) DENÚNCIAS (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) JORNAL A SER INSCrito (R\$)
***** P A G O

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITACÃO
☐ 10/07/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CHPJ 00.248.608/0001-01
780037901-1558257-20180711

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190523646 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO RODRIGUES DA SILVA **Data do acidente:** 05/01/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.P2/7
ALTA MÉDICA.P3

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190523646 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO RODRIGUES DA SILVA **Data do acidente:** 05/01/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

Outorgante: JOÃO RODRIGUES DA SILVA, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão PROTECTOR, residente e domiciliado à Rua BERNARDETE XAVIER BATISTA nº 81, bairro FUNCLONANIOS II, Município de JOÃO PESSOA, Estado de(o) PARANÁ, Cep.: 58079-738, portador(a) do Rg nº 1339754, SSP/PR e CPF nº 753.327.524-15.

OUTORGADOS: Giuliana Flávia de Amorim, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 13529, portadora do CPF/nº 011197984/69 e Enéas Flávio Soares de Moraes Segundo, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 14318, portador do CPF/nº 05631026406, com endereço profissional na Praça Venâncio Neiva, nº 21, CEP 58300-800, Centro de Santa Rita. Telefone: (83) 3032-1329.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) JOÃO RODRIGUES DA SILVA, ocorrido em 03.10.2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza invalidez.

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



CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

Reconheço Por Autenticidade a firma de JOÃO RODRIGUES DA SILVA, [83075], J. Pessoa-PB, 20/05/2019 16:17:44 Emol R\$9,91 Farpem:R\$40,29 Fepi:R\$1,98, ISS:R\$0,50. Em test da verdade. Tabela CELEIDA OSIMO FERREIRA SILVA. Selo Digital AIP28232-H78C Consulte em <https://selodigital.tpb.jus.br>

JOÃO PESSOA, 20 de MAIO de 2019.

João Rodrigues da Silva
Outorgante
CPF Nº 753.327.524-15

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

COMPREV PREVIDÊNCIA S

09 SET. 2019

PROTOCOLO
JOÃO P

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0312201/19

Vítima: JOAO RODRIGUES DA SILVA

CPF: 753.327.524-15

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/01/2019

Titular do CPF: JOAO RODRIGUES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA : 011.197.984-69

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

JOAO RODRIGUES DA SILVA : 753.327.524-15

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/09/2019
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
CPF: 011.197.984-69

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/09/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO