
Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190567791

Vítima: JOSE SERGIO DE LIMA

Data do Acidente: 18/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE SERGIO DE LIMA

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, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190567791

Vítima: JOSE SERGIO DE LIMA

Data do Acidente: 18/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE SERGIO DE LIMA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%	
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$ 843,75

Recebedor: **JOSE SERGIO DE LIMA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **001**

Agência: **000002191-1**

Conta: **000010001923-4**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0344424/139 3 - CPF da vítima: 014.397.939-05 4 - Nome completo da vítima: Jone Sergio de Lima

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

5 - Nome completo: Jone Sergio de Lima 6 - CPF: 014.397.939-05
7 - Profissão: N Intermou 8 - Endereço: R. B. B. Vermelho 9 - Número: 311 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Junc. R. Verde 12 - Cidade: Pedro Regiz 13 - Estado: PO 14 - CEP: 59243000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (33) 991928029

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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: 2191 1 CONTA: 1923 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 000 CONTA: 000
(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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vácuos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Junc. R. Verde PO 04.10.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 02/2019

Ocorrência nº. 544/2019



Aos 01 dias de OUTUBRO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de JACARAÚ/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). JAIME JOSE CAVALCANTE DE MATOS, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) Leonardo Souza L S Do Nascimento, às 12h:10min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

JOSE SERGIO DE LIMA, conhecido por APELIDO, Identidade nº 2.311.842 - 2ª via-SDS/PB, CPF nº 014.387.934-05, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: solteiro(a), profissão: agricultor(a), filho(a) de José Manoel De Lima Irmão E De Maria Brasiliano Da Silva, natural de Jacaraú/PB, nascido(a) em 22/10/1977, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Paudarco De Baixo nº s/n, bairro Zona Rural - Pedro Régis/PB, tendo como ponto de referência: , fone(s) para contato: (83)-993022962- .

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: 18 de março de 2018;
- 3) HORÁRIO: 18h:0min;
- 4) LOCAL: Pb 85 nº s/n, bairro zona rural - Pedro Régis/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: O Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? não;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? NÃO

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

1ª VEICULO (NOTICIANTE) - ESPECIE: MOTOCICLETA, MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 TODAY, PLACA: kkf0125/PE, COR: AZUL, ANO MOD/ANO FAB: 1991/1991, CHASSI: 9C2JC1801MR580358, LICENCIADA EM NOME DE: MASSILON PEREIRA DE MEDEIROS; E UMA BICICLETA (GUIADA POR: "VAL")

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

8) BREVE RESUMO DO FATO:

O NOTICIANTE INFORMA QUE ESTAVA GUIANDO SEU VEICULO NA PB 85 SENTIDO PEDRO REGIS PARA LAGOA DE DENTRO, QUANDO VEIO UMA BICICLETA EM ALTA VELOCIDADE E SE CHOCOU COM O VEICULO DO NOTICIANTE; QUE O NOTICIANTE INFORMA QUE A BICICLETA INVADIU A VIA DO NOTICIANTE E BATEU EM SEU VEICULO; QUE O NOTICIANTE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DO TRAUMA EM JOÃO PESSOA; QUE O NOTICIANTE TEVE COMO DIAGNOSTICO: FRATURA DE PALETA DIREITA E RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 19/03/2019; QUE VAL TAMBÉM FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DO TRAUMA; QUE DAINTE DO OCORRIDO O NOTICIANTE VEIO A DELEGACIA PRETAR UM BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

9) OBSERVAÇÕES:

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

Jose Sergio de Lima

JOSE SERGIO DE LIMA

Comunicante

Leonardo Souza L S Do Nascimento
Leonardo Souza L S Do Nascimento
Escrivão/AgenteMat nº 181.978-0

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0344924/19 3 - CPF da vítima: 014.397.939-05 4 - Nome completo da vítima: JORGE SERGIO DE LIMA

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

5 - Nome completo: JORGE SERGIO DE LIMA 6 - CPF: 014.397.939-05
7 - Profissão: N INFORMATICA 8 - Endereço: RUA BUNDO VERMELHO 9 - Número: 311 10 - Complemento: -
11 - Bairro: JANEIRO RURAL 12 - Cidade: RIO DE JANEIRO 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 59243000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 991928029

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2191 1 CONTA: 1423 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairazzer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JANEIRO 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE SERGIO DE LIMA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02191-1

CONTA: 000010001923-4

Nr. da Autenticação 98D19B98392188D6

WebPedia Contact: Brian E. Brown 2015-2016
 Call: Sam DeB. Automotive: 800-888-8288

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
12 14/07/2018	Leitura 15243 Data 15/07/2018	Leitura 15243 Data 15/07/2018	6 720	28
Demonstrativo				
Consumo	Quantidade	Valor	Valor	Valor
0001 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0002 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0003 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0004 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0005 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0006 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0007 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0008 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0009 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0010 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0011 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0012 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0013 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0014 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0015 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0016 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0017 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0018 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0019 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0020 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0021 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0022 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0023 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0024 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0025 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0026 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0027 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0028 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0029 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0030 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0031 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0032 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0033 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0034 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0035 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0036 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0037 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0038 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0039 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0040 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0041 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0042 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0043 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0044 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0045 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0046 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0047 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0048 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0049 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0050 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0051 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0052 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0053 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0054 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0055 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0056 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0057 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0058 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0059 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0060 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0061 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0062 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0063 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0064 Consumo	10.000	10.000	10.000	10.000
0065 Consumo	10.000	10.000	10.0	

Média últimos meses (kWh)		VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
21/11/2018			R\$ 86,57
Histórico de Consumo (kWh)			

78	80	101	4	76	156	98	85	88	84	74	82	124
Jan17E	Dec17E	Jan18E	Feb18E	Mar18E	Apr18E	May18E	Jun18E	Jul18E	Aug18E	Sep18E	Oct18E	Nov18E

ba38 13a1.0377 3c8f.694d.4637.52cd.94e8

Indicadores de Qualidade

[illegible]

ATENÇÃO

Distribution	OF \$	%
General Fund	1,726,000	17.26
County of Allegheny	1,726,000	17.26
City of Pittsburgh	1,726,000	17.26
Regional offices	1,726,000	17.26
Regional Office & Service	1,726,000	17.26
Office Service	1,726,000	17.26
Total	87.76	100.00

at 1000 cm⁻¹ (Fig. 1).

Faturas em atraso

© 2000 Blackwell Science Ltd, *Journal of Internal Medicine* 247: 395–402

Cut/18	86.21
Set/18	41.45





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSE SERGIO DE LIMA
DATA DE NASCIMENTO	22/10/77
NOME DA MÃE	MARIA BRASILIANO DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.069.947
DATA DO ATENDIMENTO	19/03/18
HORA DO ATENDIMENTO	00:30
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE PATELA DIREITA
CID 10	S82.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com trauma isolado em joelho direito. Refere dor intensa no joelho direito. Sem outras queixas. RX evidencia fratura de patela direita. Encaminhado para o Ortopedia de Mangabeira, conforme pactuação. Imobilizado.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Paciente já veio com RX do HGM, Hospital de procedência.

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de patela direita.

TRATAMENTO:

Imobilização e encaminhado para o Hospital de Mangabeira.

ALTA HOSPITALAR:	19/03/18
DATA DA EMISSÃO:	28/08/19

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LuzenaGOVERNO
DA PARAÍBA

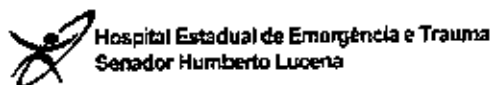
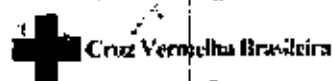
AV. ORESTES LINSBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 423312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1069947



Identificação do paciente					
ID 1271786	Nome JOSE SERGIO DE LIMA			Sexo Masculino	
Data de nascimento 22/10/1977	Idade 40 anos 4 meses 25 dias	Estado civil	Religião	Procurador	
Mãe MARIA BRASILIANO DA SILVA			Pai JOSE MANOEL DE LIMA IRMAO		
Escolaridade			Responsável (Parentesco) A ENFERMEIRA - BRUNA MONTEIRO FREIRE - ACOMPANHANTE		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 998937005	DDD Fixo		Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2311842	Nº Cns			
Local de procedência MAMANGUAPE	Tipo MUNICIPIO		UF PB		
Email	Naturalidade JAGARAU	CBO/R			
Endereço					
CEP 58273000	Município de residência PEDRO REGIS	UF PB	Logradouro PAU DARCO		
Número 3N	Complemento	Bairro ZONA RURAL			
Admissão					
Data e Hora 19/03/2018 00:30:02	Número da pulseira 1000006473302		Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica				
Classificação de risco		Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X BICICLETA			
Indicadores e Transporte					
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não		Trauma Não	
Meio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou			
Sinais Vitais					
PA	X mmHg		Pulso	Temperatura	
Exames complementares					
Rato X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []
Ultrasonografia []					
Dados clínicos					
Diagnóstico					CID
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA					Tempo 16seg

Imprimir

**CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JOSE SERGIO DE LIMA		BAE 1069947	Data/Hora Entrada 19/03/2018 00:30:02	Data Baixa
Data de nascimento 22/10/1977	Idade 40	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 996937005
Mãe MARIA BRASILIANO DA SILVA				Prontuário
Endereço PAU D'ARCO, SN		Bairro ZONA RURAL	Município PEDRO REGIS	UF PB
Acidente MOTO X BICICLETA	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional HELTON VELOSO DE MOURA	Nº Cons. Regional 7113/PB	
Data/Hora Classificação 19/03/2018 00:32:52			Data/Hora Prescrição 19/03/2018 00:58:02	
Convênio SUS		Nº Matrícula	Senha	

Anamnese**#Cirurgia Geral#**

Paciente vítima de queda de moto há 7h, com trauma isolado de joelho direito. Refere dor intensa no local. Veio encaminhado do HGM já chega com Rx de Joelho Direito em mãos.

CD: Solicito parecer da Ortopedia. Alta da cirurgia geral

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

JOSE SERGIO DE LIMA

Dr. Helton Veloso
Ch. Geral / Urologia
CRM-PB 7113

HELTON VELOSO DE MOURA
(CRM: 7113/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente JOSE SERGIO DE LIMA	BAE 1069947	Data/Hora Entrada 19/03/2018 00:30:02	Data Baixa 2018-03-19 01:28:47.0
Data de Nascimento 22/10/1977	Idade 40	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA BRASILIANO DA SILVA			Teléfono de Contato (83) 998937005
Endereço PAU D'ARCO, SN	Bairro ZONA RURAL	Município PEDRO REGIS	UF PB
Acidente MOTO X BICICLETA	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ROBERTO PIRES DE ALMEIDA	Nº Cons. Regional 7118/PB
Data/Hora Classificação 19/03/2018 09:32:52		Data/Hora Prescrição 19/03/2018 01:28:48	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

acidente moto
trauma joelho direito
rx joelho
fratura patela direita
encaminhado paciente ao traumático conforme pactuação

CID10

Código	Descrição
882.0	Fratura da rótula (patela)

Conduta

Em observação

Alta Hospitalar

Usuário ROBERTO PIRES DE ALMEIDA	Data e Hora 19/03/2018 01:28:47
Motivo de Alta ALTA HOSPITALAR	Observações

Roberto Pires de Almeida
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgião de Joelho
CRM: 7118/PB

JOSE SERGIO DE LIMA

ROBERTO PIRES DE ALMEIDA
(CRM: 7118/PB)

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ASSIMILADA DO DIRETOR

CPF 014.387.934-05

CARTÓRIO JACARAÚ-PB

NASC. N. 2436 FLS. 98 LIV. A-4

DOC. ORDEM

JACARAÚ-PB

NATURALIDADE

FILIAÇÃO JOSE MANOEL DE LIMA IRMAO

MARIA BRASILIANO DA SILVA

NOME JOSE SERGIO DE LIMA

2.311.842 - 2 VIA

REGISTRO GERAL

DATA DE EXPEDIÇÃO 12/07/1996

DATA DE NASCIMENTO 22/10/1977

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 917

JOSE SERGIO DE LIMA

IDENTIFICACAO

IDENTIFICACAO

1. OBJETIVO
2. ALCANCE
3. REFERENCIAS

4. DEFINICIONES
5. PROCEDIMIENTO



LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

ASSINATURA DO DIRETOR

CPF 014.387.934-05

CARTORIO JACARAÚ-PB

NASC. N. 2436 FLS. 98 LIV. A-4

DOC. CIVIL

JACARAÚ-PB

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO 22/10/1977

PAI JOSÉ MANOEL DE LIMA IRMÃO

MARIA BRASILIANO DA SILVA

HOME JOSE SERGIO DE LIMA

2.311.842 - 2 VIA

REGISTRO GERAL

DATA DE EXPEDIÇÃO 12/07/1996

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CÍVIL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 917

JOSE SERGIO DE LIMA

12/07/1996

12/07/1996

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DESENHO

RE N: 302302217

1 189787058 ***** 1998

MASSILON PEREIRA DE MEDEIROS
ESTR DO BARBALHO 01070
CS IPUTINGA
RECIFE 50.000-124

020.373.264-74 KYF 0172

BG125/PE 902JC1801MR580358

H/HONDA CB 125 1000 1991 1991

2P/125CL PARTIC AZUL

IPVA 1998 QUITADO

1 *****
2 *****
3 *****

CONTRATO

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

RECIFE

04/05/98

PE N° 302302217

BILHETE DE SEGURO DE VIDA

MASSILLON PERE, HENRI
ESTR DO BARCELONA
CS JOUTINGA

RECIFE 50.000-000

020.373.264-24

KKF0125

BILHETE DE SEGURO DE VIDA
PE N° 302302217

MASSILLON PERE, HENRI

ESTR DO BARCELONA

CS JOUTINGA

RECIFE 50.000-000

1 020.373.264-24

KKF0125

189787058 66 H/MINHA CC 125 TODAY

1991 09 90216,80 LHR580358

SEGURO PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567791 **Cidade:** Pedro Régis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE SERGIO DE LIMA **Data do acidente:** 18/03/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE JOELHO DIREITO, COM FRATURA DE PATELA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 4

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 4

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567791 **Cidade:** Pedro Régis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE SERGIO DE LIMA **Data do acidente:** 18/03/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE JOELHO DIREITO, COM FRATURA DE PATELA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 4

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 4

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344924/19

Vítima: JOSE SERGIO DE LIMA

CPF: 014.387.934-05

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/03/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE SERGIO DE LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE SERGIO DE LIMA : 014.387.934-05

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/10/2019
Nome: JOSE SERGIO DE LIMA
CPF: 014.387.934-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

JOSE SERGIO DE LIMA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA