



Número: **0803545-61.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **02/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Processo referência: **0803545**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA (AUTOR)	ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34065 181	08/09/2020 15:55	Contestação	Contestação
34065 186	08/09/2020 15:55	2750019_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros Documentos
34065 187	08/09/2020 15:55	2750019_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/09/2020 15:55:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090815550392700000032584967>
Número do documento: 20090815550392700000032584967

Num. 34065181 - Pág. 1

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Círino, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-67

PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO	
MATRÍCULA	
67477178	
67477178	
67477178	

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA E ESGOTO E SERVIÇOS 3001-3112

ROGERIO DAMASIO DA SILVA
RUA LUIZIA OTAVIO DE OLIVEIRA, 3910 - ERNANI SATIRO
JOAO PESSOA PB 58080-670

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável
		Residencial Comercial Industrial Pública	
001.028.105.0054.0000	0000		
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água
45.333377	05/07/2011	ERNANI SATIRO	ABANDONADA
INTERIOR E ATUAL E CONSUMO (CÓD) E DATA DE DIAIS E PROXIMA FALTA			
366	369	3	18/02/2019
INT. CONSUMO ANOR. (EST) E QUANTIA ÁGUA ABANDONADA (P) PROXIMA FALTA (M)			
SEZ/2018	2	PERÍODO (M)	ESTIMADA
NOV/2018	5	FORNECEDOR	0
OUT/2018	4	CONSUMO	0
SET/2018	5	COL. TÉRMICAS	0
AGO/2018	4	CÓD.	0
JUL/2018	7	COL. TOTAIS	0
MÉDIA (H)	3	DADOS REFERENTES A NOV/2018	
DATA DA IMPRESSÃO: 19/01/2019	HORA DA IMPRESSÃO: 10:21:26		
DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)	
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ÁGUA	3.483	37,91	
ESGOTO			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ESGOTO	3.483	30,3	
ACRESCIMO(S) MÊS(E) ANO 08/2018		1,44	
VALORES DE MORA 08/2018		1,34	
VALOR APROXIMADO DE DEBITO (M3) ANO 08/2018			
VENCIMENTO: 01/02/2019	Total a Pagar:	R\$ 71,95	

	CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA
	CONDICÃO DO FATURAMENTO: LEIA
	TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:
SE USUÁRIO: EM 31/12/2018, REGISTRAMOS QUE SEU ENDERECO ESTAVA EM DÉBITO
O. COMPAREÇA AOS PÓLOS DE ATENDIMENTO PARA SOLICITAR TARIFAS. CASO TENHA
PAGO APÓS A DATA INDICADA, DEVIDO DEVER

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	MÊS (00/000)	TOTAL A PAGAR
67477178	AN-0119	01/01/2019	R\$ 71,95

82640000000 4 71950010001 6 06747717801 3 01201960003 5



COMPREV
COMPREV SEGUROSE PREVIDÊNCIA S/A
21 FEV. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/09/2020 15:55:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090815551458400000032584972>
 Número do documento: 20090815551458400000032584972

Num. 34065186 - Pág. 1



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 35

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/SIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29635>

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, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu

José Eduardo da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 456 536 024 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Regenia Oliveira da Silva inscrito (a) no CPF sob o N° 10242042430

do sinistro de DPVAT cobertura Irregular da Vítima *Regenio Oliveira da Silva*

inscrito (a) no CPF sob o N° 102420424 / 30, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

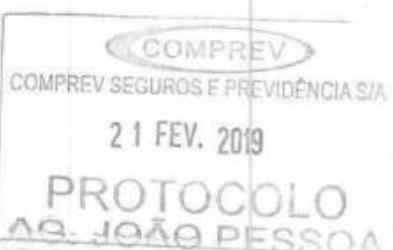
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<i>Rua Agente Fiscal José 6. Duarte</i>	Número:	<i>157</i>	Complemento:
Bairro:	<i>Guangabeira</i>	Cidade:	<i>João Pessoa</i>	Estado: <i>PB</i> CEP: <i>58056-384</i>
E-mail:				Tel.(DDD):

Local e Data:

João Pessoa - PB 58056-384

Assinatura do Declarante



DLDRL001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/09/2020 15:55:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090815551458400000032584972>
Número do documento: 20090815551458400000032584972

Num. 34065186 - Pág. 2



CERTIDÃO

Nº. 0118/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA 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 nº 162509 e Prontuário nº 2018.09.001546 pertencentes a **ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA** dia 12/09/2018 às 01H46min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em antebraço direito.

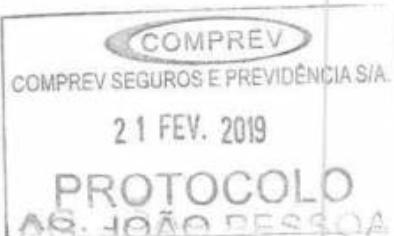
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ulna direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 19/09/2018 com alta médica dia 21/09/2018.

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

João Pessoa, 04 de fevereiro de 2019

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/09/2020 15:55:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090815551458400000032584972>
Número do documento: 20090815551458400000032584972

Num. 34065186 - Pág. 3

MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
EXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
56-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Ficha Nr: 162509 Atd: Nao Regul.
Data: 12/09/2018
Hora: 01:46:06
Repcionista: GABRIELA DA COSTA SEI
Clinica: ORTOPEDIA

IX: () CNPJ:

DADOS DO PACIENTE

Nome: ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num.º Prontuario: 2018.09.001546

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3777308 Fone: 986893860

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 04/10/1994 Id: 23 ano(s)

End.: RUA ISABEL CRISTINA, 18

Bairro: ERNANI SATIRO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: JOSEANE RODRIGUES DE OLIVEIRA

Pai: ROGERIO DAMASIO DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: OFFICE-BOY

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ESPOSA

T-1/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Residencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO MOTOXCARRO AS 19:30/TORRE

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

- | | | | |
|-------------------------------------|---------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PA: | FR: | <input type="checkbox"/> Aparentemente Bem | <input type="checkbox"/> Grave |
| <input type="checkbox"/> FC: | TP: | <input type="checkbox"/> Politraumatizado | <input type="checkbox"/> Convulsao |
| <input type="checkbox"/> Peso: | Altura: | <input type="checkbox"/> Hemorragia | <input type="checkbox"/> Dispneia |
| <input type="checkbox"/> Glicemica: | IMC: | <input type="checkbox"/> Diarreia | <input type="checkbox"/> Agitado |
| <input type="checkbox"/> Circ. Abd: | O2: | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Chocado |
| Causa Principal | | <input type="checkbox"/> Vomito | |

Observacao

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

*Perdeu pressão em breve
① Foi acidente de moto.*

Diagnóstico

Conduta

Rx de ontem breve ①

Prescrição

COMPREV

Horário da medicacão

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SIA
21 FEB. 2019
PROTÓCOLO
AO JOÃO PESSOA

Dr. Aurélio G.

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

| Reservado p/ liberacao

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÉNCIA S/A

21 FEV. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

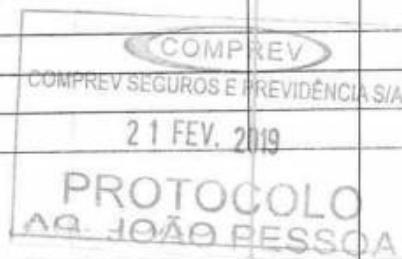
Nome: Rogerio oliveira da silva Data da Admissão: 12/09/18.			
Prontuário:	Idade:	Enfermaria:	Leito:
Nome da Mãe:			
Endereço:	Bairro:		
Cidade:	Estado:	Fone:	Profissão:
Sexo: F() M()	Cor:	Estado Civil:	Religião:
Escolaridade: Data de Nascimento / /			
QPD: Trouxeu em brasa (D)			
HDA: Trouxeu um outubro (D) Tosse seca de moto. Almoço de, estou e desidratado em brasa (D)			
COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 21 FEV. 2019			
Medicações em uso:			
PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese []Calafrios []Alopecia []Adenomegalia []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 []Soluço []Regurgitação []Hematémesis []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-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos			
SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____ []Amnésia []Libido []Humor			

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





Nome: ROGÉRIO OLIVEIRA DA SILVA				Reg:2018091546	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: 19/09/2018			Cirurgião: LUÍS FILIPE LESSA		
1º Assistente: FLAVIO LOYOLA			2º Assistente:		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO CID					
<i>Fratura da ulna proximal</i> S520					
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO CID					
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S) CÓDIGO					
<i>Osteossíntese com placa e parafusos</i>					
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 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 (x) Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco 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: _____

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

21 FEV. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOAHipóteses Diagnósticas: Trifura da ulnaDireitaConduta: Informar ao tratamentoCorrigir

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão lateral para ulna proximal

Divulsão por planos até o foco de fratura

Achados:

Fratura de ulna proximal

Conduta:

Realizada manobra de redução da fratura

Redução de fragmentos ósseos e aposição placa 3.5 + 07 parafusos corticais

Verificado redução sob fluoroscopia

Fechamento:

Limpeza com SF a 0,9% de punho + sutura por planos com vycril + sutura da pele

Curativo

OBS:	<p>COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 21 FEV. 2019 PROTOCOLO AVO PESSOA</p> <p>Dr. Luis Filipe Lessa CRM-PB 10226 CRM-PE 10226 CRM-MA 10226 CRM-ES 10226</p>
------	---

Data: 19/01/18

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 5/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	04/10/94
NOME DA MÃE	JOSEANE RODRIGUES DE OLIVEIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.107.756
DATA DO ATENDIMENTO	11/09/18
HORA DO ATENDIMENTO	20:54
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DIAFISÁRIA DE URNA DIREITA
CID 10	S52.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com dor e limitação funcional do antebraço direito e do braço direito. Cotovelo e punho direitos, também apresentam dor e limitação de movimentos. RX evidencia fratura de diáfise de ulna direita. Encaminhado para o Ortoprâuma de Mangabeira, conforme pontuação.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de coluna cervical

RX de torax

RX de antebraço direito

RX de ombro direito

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura diafisária de ulna direita.

TRATAMENTO:

Imobilização. Encaminhado para o Ortoprâuma de Mangabeira.

ALTA HOSPITALAR:	11/09/18
DATA DA EMISSÃO:	31/01/19

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

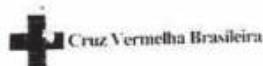
ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS,

MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

21 FEV. 2019

PROTÓCOLO
DR. JOÃO PESSOA

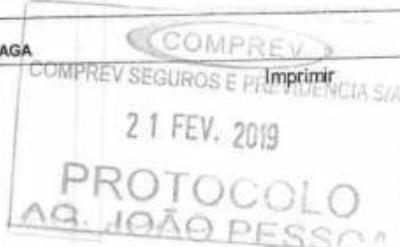


AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1107756

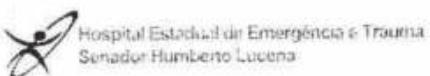
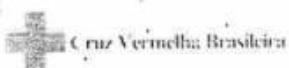


Identificação do paciente						
ID 928454	Nome ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA		Sexo Masculino			
Data de nascimento 04/10/1994	Idade 23 anos 11 meses 7 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA			
Mãe JOSEANE RODRIGUES DE OLIVEIRA		Pai ROGERIO DAMASIO DA SILVA				
Escolaridade MÉDIO COMPLETO		Responsável (Parentesco) ELISANGELA JACINTO DA SILVA - ESP/ISO(A)				
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986801818	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento CNH	Número documento 06155071892	Nº Cns 210102988970008				
Local de procedência TORRE		Tipo BARRA	UF PB			
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58087210	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Maestro Heitor Villa Lobos			
Número SN	Complemento	Bairro Oiticelro				
Admissão						
Data e Hora 11/09/2018 20:54:23	Número da pulseira 1000006283215	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica				
Classificação de risco		Origem do paciente RUA				
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte SAMU	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA X	mmHg	P脉	Temperatura			
Exames complementares						
Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente vítima de acidente de moto. Foi resgatado pelo ambulatório da no ambulatório.						
Diagnóstico		CID				
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA		Tempo 21seg				



11/09/2019





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA	BAE 1107756	Data/Hora Entrada 11/09/2018 20:54:23	Data Baixa 2018-09-11 23:07:10.0
Data de nascimento 04/10/1994	Idade 23a 11m 8d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986801818
Mãe JOSEANE RODRIGUES DE OLIVEIRA			Pronunciário
Endereço MAESTRO HEITOR VILLA LOBOS, SN	Bairro OTIZEIRO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TAMMER GOMES DE MORAIS	Nº Cons. Regional 8104/PB
Data/Hora Classificação 11/09/2018 20:54:23	Data/Hora Prescrição 11/09/2018 23:07:11		

Anamnese

#ORTOPEDIA#

RELATO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO AFIRMA QUADRO DE DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO ANTEBRAÇO DIREITO. AFIRMA AINDA DOR NA REGIÃO DO OMBRO DIREITO.

AO EXAME:

DOR E LIMITAÇÃO NA ADM DO COTOVELO E PUNHO DIREITO
AUSENCIA DE FERIMENTOS LOCAIS.

RX:

FRATURA DE MONTEGGIA (FX DIAFISE URNA)

CD:

CONFORME PACTUAÇÃO PACIENTE ENCAMINHADO PARA HOSPITAL DE MANGABEIRA (TRAUMINHA) PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA.

PROCEDIMENTO

TALA AXILO PALMAR

CID10

Código	Descrição	COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SA
S52.2	Fratura da diáfise do cubito [ulna]	21 FEV. 2019

Conduta

Alta com encaminhamento externo

Alta Hospitalar

Usuário
TAMMER GOMES DE MORAIS

Data e Hora
11/09/2018 23:07:10

Motivo de Alta
ALTA HOSPITALAR

Observações
ENCAMINHAMENTO P TTO CIRURGICO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SA
21 FEV. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA

TAMMER GOMES DE MORAIS
(CRM: 8104/PB)

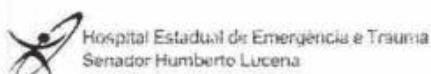
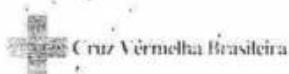
Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 11/09/2018 20:54:44

2.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=385925&pesquisa=S&perform=im... 1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/09/2020 15:55:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090815551458400000032584972>
 Número do documento: 20090815551458400000032584972

Num. 34065186 - Pág. 12



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA		BAE 1107756	Data/Hora Entrada 11/09/2018 20:54:23	Data Baixa
Data de nascimento 04/10/1994		Idade 23a 11m 8d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986801818
Mãe JOSEANE RODRIGUES DE OLIVEIRA				Prontuário
Endereço Maestro Heitor Villa Lobos, SN		Bairro Oitizeiro	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional WANDEBERG GOMES DE ALBUQUERQUE	Nº Cons. Regional 3374/PB
Data/Hora Classificação: 11/09/2018 20:54:23		Data/Hora Prescrição 11/09/2018 21:17:38		

Anamnese

PAC SOCORRIDO PELO SAMU, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, REFERINDO DOR EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO, COM ESCORIAÇÕES EM JOELHO ESQUERDO, JOELHO DIREITO
AO EXAME: ORIENTADO, LUCIDO, DOR E SINAIS DE CREPTAÇÃO NA CLAVICULA DIRETA
AR: NDN
ACV: NDN
ABDO: NDN
CD: EXAMES DE ROTINA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO DIREITO

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

21 FEV. 2019

PROTOCOLO
M. JOÃO PESSOA

ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA

WANDEBERG GOMES DE ALBUQUERQUE
(: 3374/PB)

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 11/09/2018 20:54:44

2.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=385864&pesquisa=S&perform=im... 1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/09/2020 15:55:16
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090815551458400000032584972
Número do documento: 20090815551458400000032584972

Num. 34065186 - Pág. 13

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H

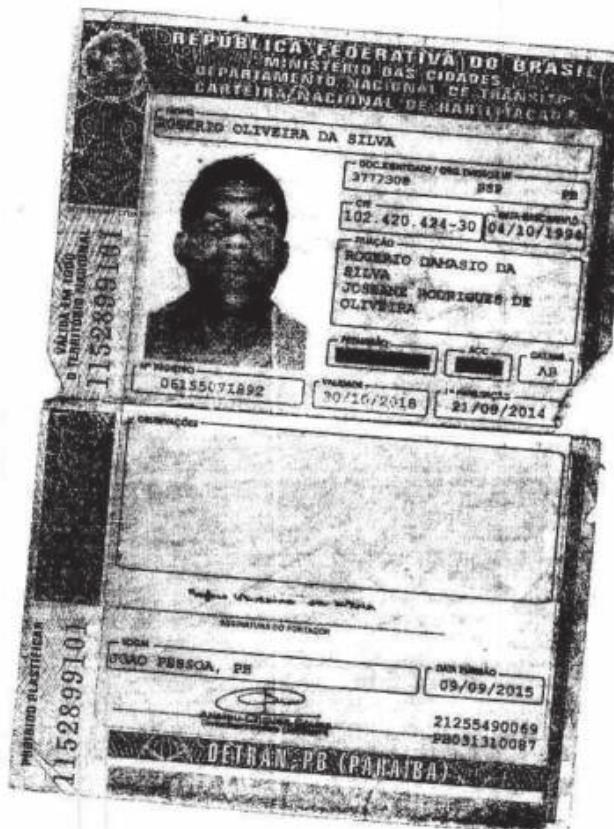
PRESCRIÇÃO MÉDICA

Name	ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA			Data de	04/10/1994	Idade	23a 11m 8d	Sexo	MASCULINO	Nº	1107756	Nº Prontuário	Data Prescrição
Motivo do Atendimento	Convenio			Enfermaria / Lenio						Validade da Prescrição			11/09/2018 21:17:00 - 12/09/2018 21:17:00
Convenio	SUS			Matricula			Senha						

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG					
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
2 PARECER ORTO	0.0						

WANDEBERG GOMES DE ALBUQUERQUE	CRM: 3374	Wandeberg G. de Albuquerque	CRM-PB. 3374	11 de Setembro de 2018
Assinatura e Carimbo do Profissional				

COMPREV	COMPREV COMPRES SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A
24 FEVEREIRO 2019	PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/09/2020 15:55:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090815551458400000032584972>
Número do documento: 20090815551458400000032584972

Num. 34065186 - Pág. 15



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190161973 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 11/09/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DE URNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Rogério Oliveira da Silva,
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
moto boy, CI RG nº 3777.308,
CPF/MF nº 102.420.424-30 residente e domiciliado(a) à Rua
Lorena Oliveira de Oliveira 374,
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58080-670, telefone
83-98663-4900, 99342-1170.

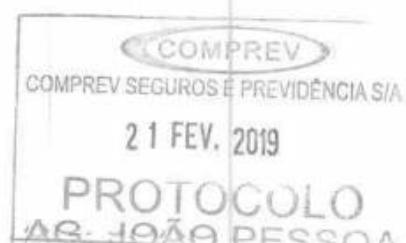
OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o nº 455.536.024-91 e RG
sob o nº 1054562, com endereço cito à Rua: Agente Fiscal José C. Duarte,
157, Sala 06 Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO
para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações
por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar
o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias
necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a
Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de
responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e
documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa, 15 de Fevereiro de 2019

Rogério Damásio da Silva

OUTORGANTE



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: LUCIENE VIEIRA DE ASSUNÇÃO
Nacionalidade: BRASILEIRA Estado civil: SOLTEIRA
Profissão: DOLAR
Identidade: 1.136.540 CPF: 808.090.855-49
Endereço: RUA BAHIA nº 928
Bairro: SIQUEIRA CAMPOS Cidade: ARACAJU
Estado: SERGIPE CEP: 49072-050

Outorgado:

JOÃO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA, natural de Maringá Paraná, solteiro, portador de cédula de identidade nº 10.283.504-2 SSP/PR, inscrito no cadastro de pessoa física nº 067.127.729-40, ADVOGADO inscrito na ordem OAB nº13.646, domiciliado na Avenida Augusto Maynard nº554, bairro São José, Aracaju, Sergipe, CEP 49.015-380.

Pelo presente Instrumento Particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar o pedido de indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o Seguro Obrigatório – DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato, da qual figura como vítima:

LUCIENE VIEIRA DE ASSUNÇÃO

Local: ARACAJU UF: SE Data: 11 de ABRIL de 2019

Luciene Vieira de Assunção

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)
(Reconhecer firma por autenticidade)

1º OFÍCIO

SERVICIO NOTARIAL E REGISTRAL
DO 1º OFÍCIO DE ARACAJU

Tabellão - Bel. Luiz de Santana
e-mail: extra.aracaju@tse.jus.br

Reconheço por autenticidade a firma de **LUCIENE VIEIRA DE ASSUNÇÃO** dou fé
em testemunha _____ da verdade.

Aracaju 29 de Abril de 2019

Marcelo Soárez de Santana - O Escrivente Compromissado

Selo TSE: 201929507020719 - Acesse: www.tse.jus.br/x/29XP9H

Praça Camerino, 205 - São José - Aracaju - Sergipe - Cep: 49015-060 - Tel.: (79) 3025-9400

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/09/2020 15:55:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090815551458400000032584972>
Número do documento: 20090815551458400000032584972

Num. 34065186 - Pág. 19

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0064012/19

Vítima: ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA

CPF: 102.420.424-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/09/2018

Titular do CPF: ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA : 102.420.424-30

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: 21/02/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

JOSE EDUARDO DA SILVA

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190161973 **Vítima: ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA**

Data do Acidente: 11/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROGERIO OLIVEIRA 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, contados 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

Carta nº 13999490



Pag. 0120901210 - carta_01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/09/2020 15:55:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090815551458400000032584972>
Número do documento: 20090815551458400000032584972

Num. 34065186 - Pág. 21

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190161973 **Vítima: ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA**

Data do Acidente: 11/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROGERIO OLIVEIRA 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

superiores 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: ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001456

Conta: 0000014609-3

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, retorno 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

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

NP do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

10242042430 Rogerio Oliveira da Silva

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

Nome completo: *Rogerio Oliveira da Silva* CPF: *10242042430*
 Profissão: *Recuso* Endereço: *Rua Olívia O. de Oliveira* Número: *393* Complemento: *C*
 Bairro: *Brani Satira* Cidade: *João Pessoa* Estado: *PB* CEP: *58080-670*
 E-mail: Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: *3456*

CONTA: *34609*

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 atende 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 as 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado/Judicialmente: Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ 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 aqueles 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 199 do Código Penal.

Local e Data: *João Pessoa - PB 20/02/19*
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Rogerio Oliveira da Silva
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura
21 FEB. 2019

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.

FPS.001 V001/2018





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/09/2020 15:55:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090815551458400000032584972>
Número do documento: 20090815551458400000032584972

Num. 34065186 - Pág. 24



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0660 - 2018	Responsável pelo Levantamento do Acidente: ROSINALDO OLIVEIRA DE SOUZA				Posto/Graduação: 3ºSGT /PM	
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Rua Barão de Mamanguape		Hora 20:00	Bairro Torre		Município: João Pessoa	UF PB
Data da Ocorrência 11-09-2018	Dia da Semana Terça-Feira	C/S Vítima (QT) Com	Tipo de Acidente Colisão Transversal	Tipo de pavimento Asfalto	Condições da Pista Seca	
Condições do Tempo Bom	Envolvidos no acidente (Quantidade) 02 Veículos			Controle do trânsito Semáforo com defeito		

CONDUTOR 01

Nome Rogério Oliveira da Silva	Sexo Masculino	Nascimento 04-10-1994	RG 3777308
--	--------------------------	---------------------------------	----------------------

Endereço

Rua Luzia Otávia de Oliveira, 391, Esplanada, João Pessoa, PB.

1ª Habilitação 21-08-2014	Categoria AB	Registro CNH N.º 06155071892	U.F. PB	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 30-10-2018	Usava cinto	Usava Capacete
-------------------------------------	------------------------	--	-------------------	---------------------------	--------------------------------------	-------------	----------------

Exame de Embriaguez Alcoólica Não	Destino do Condutor Hospital de Trauma
---	--

VEÍCULO 01

Marca/Modelo Yamaha Factor	Espécie Motocicleta	Placa QFT - 9399	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
--------------------------------------	-------------------------------	----------------------------	--------------------------------	---------------------------------	-------------------

Nome do Proprietário

Rogério Damasio da Silva

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 012426889804	Renavan N.º 01070811430	21 FEV. 2019	Data da Emissão 02-12-2015
----------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	--------------	--------------------------------------

Condições do Veículo Antes do Acidente

Nada constatado

VERSAO DO CONDUTOR 01

Ouvido no Bptran no dia 24-09-2018 o condutor declarou que: Trafegava no sentido Rui Barbosa/Centro, faixa da esquerda, o mesmo seguia normalmente e o semáforo estava verde, quando no final do cruzamento foi colidido na parte traseira de sua motocicleta, ocorrendo o acidente.

CONDUTOR 02

Nome Arthurs de Brito Lima	Sexo Masculino	Nascimento 03-04-1986	RG 2876773
--------------------------------------	--------------------------	---------------------------------	----------------------

Endereço

Avenida José Soares, 899, Rangel, João Pessoa, PB – Tel.(083)98871-9025

1ª Habilitação 01-06-2004	Categoria AB	Registro CNH N.º 03294994951	U.F. PB	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 08-01-2020	Usava cinto	Usava Capacete
-------------------------------------	------------------------	--	-------------------	---------------------------	--------------------------------------	-------------	----------------

Exame de Embriaguez Alcoólica Sim (0,00mg/L)	Destino do Condutor Permaneceu no local
--	---

VEÍCULO 02

Marca/Modelo VW Voyage	Espécie Automóvel	Placa OEU - 7993	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
----------------------------------	-----------------------------	----------------------------	--------------------------------	---------------------------------	-------------------

Nome do Proprietário

Karla Waldiria Leite da Silva

Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 014200106635	Renavan N.º 01420010663	Data da Emissão 04-07-2018
----------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------

Condições do Veículo Antes do Acidente
--

Nada constatado

VERSAO DO CONDUTOR 02

Condutor declarou que: Trafegava na Via B, faixa da direita, sentido Epitácio Pessoa/Beira Rio, quando o semáforo da Via B apagado e o semáforo da Via A fechado, onde ao passar foi colidido pelo V1 e não teve como evitar o sinistro.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO

Cópia de Conto/middle com o Original

EM: 16/10/18

ASSINATURA



CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT N° 0660 - 2018
VÍTIMA 01

Nome Rogério Oliveira da Silva	Sexo Masculino	Nascimento 04-10-1994	Viajava no Veículo N° 01
--	--------------------------	---------------------------------	------------------------------------

Endereço

Rua Luzia Otávia de Oliveira, 39, Esplanada, João Pessoa, PB.

Condição da Vítima Condutor	Conduzida Para Hospital de Trauma	Usava Cinto	Usava Capacete Sim
---------------------------------------	---	-------------	------------------------------

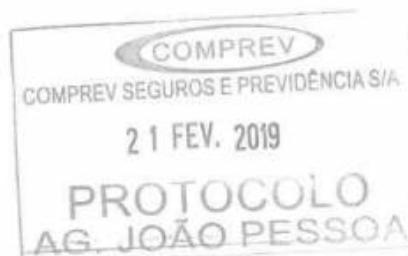
CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: O semáforo da Via B encontrava-se inoperante; C1 socorrido ao Hospital de Trauma com fraturas no braço direito e com escoriações; V1 removido ao Bptran; C2 realizou teste do etilômetro; V2 retirado do local para socorro da vítima.

João Pessoa – PB, 26 de Setembro de 2018.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
 Cópia de Colaborabilidade com a Ordem
 EM: 76/20/18
 ASSINATURA

Rosinaldo Oliveira de Souza
 Matr.: 519892-5
 Rosinaldo Oliveira de Souza 3º Sgt PM
 Responsável pelo Levantamento



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/09/2020 15:55:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090815551458400000032584972>
 Número do documento: 20090815551458400000032584972

Num. 34065186 - Pág. 26



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0660/ 2018

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Rua Carneiro da Cunha 12,00metros

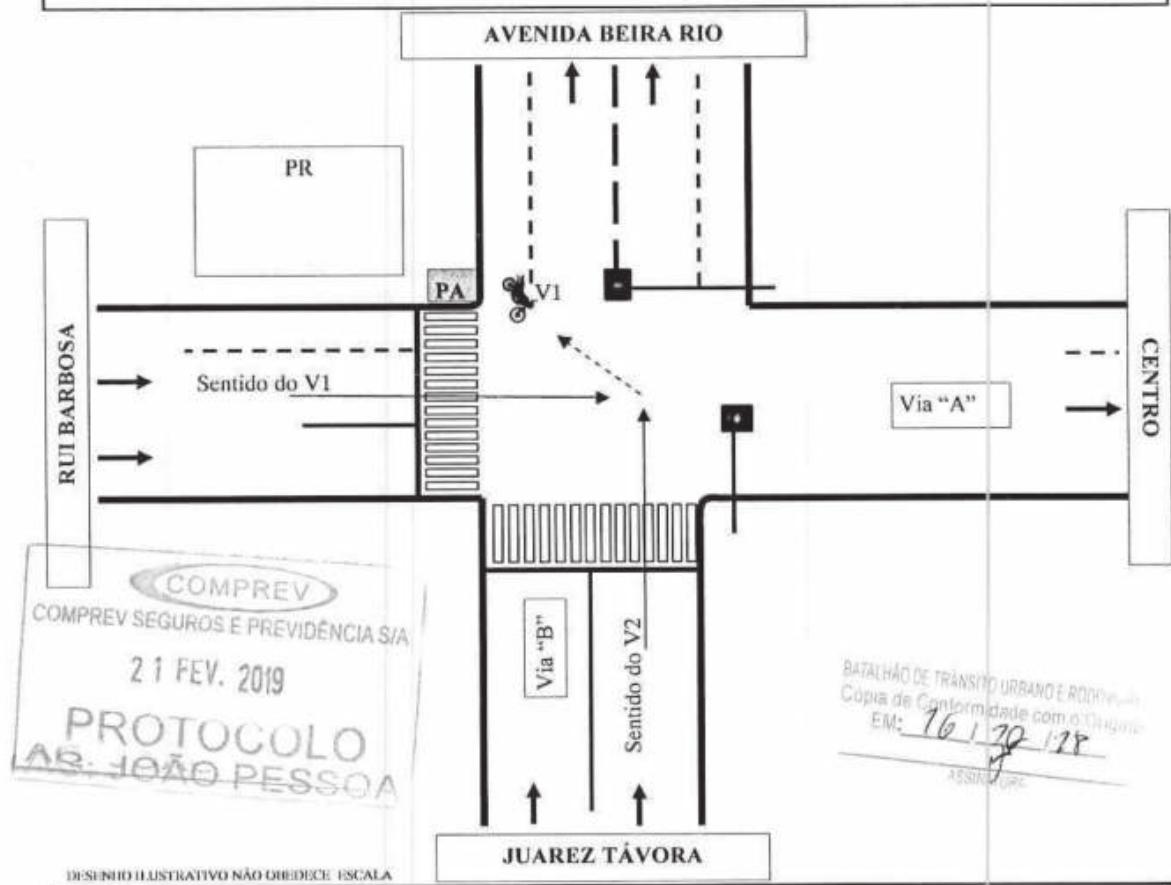
VIA "B" - Rua Barão de Mamanguape 08,00metros

PR (Ponto de Referência) Mercado da Torre

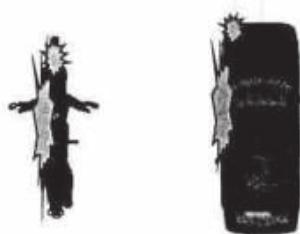
PA (Ponto de Amarração) Guia do meio fio

V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Direito 01.40 e Traseiro Direito 00.80 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Retirado do local



DISENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDIENCE ESCALA



V1

V2

Rosinaldo Oliveira de Souza
Matr.: 519892-5
Rosinaldo Oliveira de Souza 3º Sgt PM
Responsável pelo Levantamento





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0660/ 2018

FOTOS DO V1

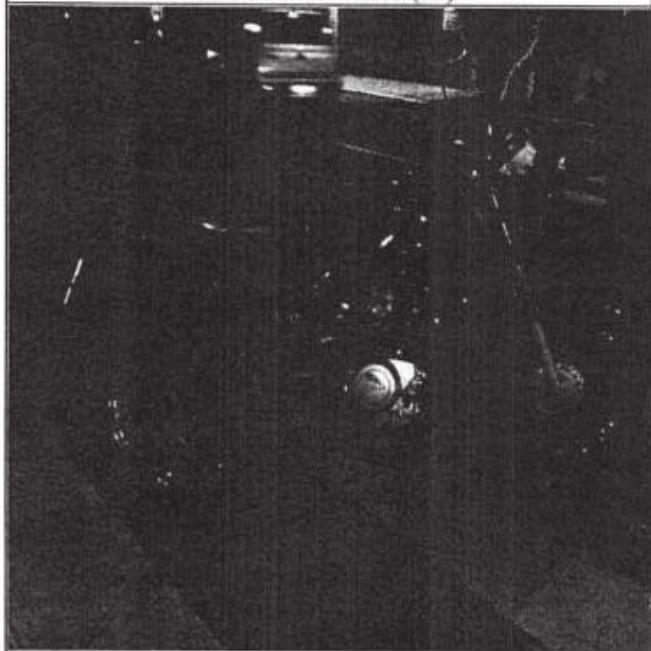
FRENTE (V1)



TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 76 170 178

Rosinaldo Oliveira de Souza
Matr.: 519892-5

Rosinaldo Oliveira de Souza 3º Sgt PM
Responsável pelo Levantamento



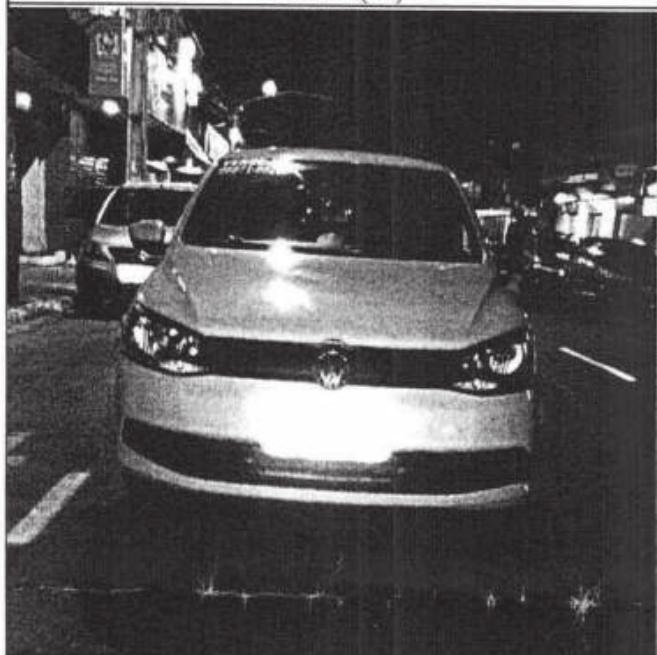
POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0660/ 2018

FOTOS DO V2

FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



Rosinaldo Oliveira de Souza
Matr.: 519892-5
Rosinaldo Oliveira de Souza 3º Sgt PM
Responsável pelo Levantamento

COMPRES
2 PRO
de 10/2020
Copia de Comprovante de Consulta
EM: 16/09/18



**POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT**



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0660 - 2018

DANOS NO V1									
Marca/Modelo: Yamaha Factor		Placa: QFT - 9399 PB			Responsável pelo Preenchimento: 3º SGT De Souza			Data: 11-09-2018	
MOTOCICLETA									
PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE									
Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro	x			05	Chassi	x		
02	Mesa superior da suspensão dianteira		x		06	Garfo traseiro		x	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		x		07	Eixo traseiro (triciclos)		x	
04	Coluna de direção		x				Total Geral (Sim + NA)	02	
Observações: DANO DE MÉDIA MONTA									
AVALIAÇÃO POR DANO:									
Quantidade de peças estruturais danificadas = 0					-> DANO DE PEQUENA MONTA				
Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4					-> DANO DE MÉDIA MONTA				
Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4					-> DANO DE GRANDE MONTA				
DANOS NO V2									
Marca/Modelo: VW Voyage		Placa: OEV - 7993			Responsável pelo Preenchimento: 3º SGT De Souza			Data: 11-09-2018	
AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE									
PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE									
Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Painel corta-fogo	x			12	Longarina traseira esquerda	x		
02	Longarina dianteira esquerda	x			13	Assoalho porta malas ou caçamba	x		
03	Caixa de roda dianteira esquerda	x			14	Longarina traseira direita	x		
04	Estrutura da soleira esquerda	x			15	Caixa de roda traseira direita	x		
05	Air Bags frontais	x			16	Estrutura da coluna traseira direita	x		
06	Air Bags laterais	x			17	Estrutura da soleira direita	x		
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda	x			18	Estrutura da coluna central direita	x		
08	Estrutura da coluna central esquerda	x			19	Estrutura da coluna dianteira direita	x		
09	Estrutura da coluna traseira esquerda	x			20	Assoalho central direito	x		
10	Caixa de roda traseira esquerda	x			21	Caixa de roda dianteira direita	x		
11	Assoalho central esquerdo	x			22	Longarina dianteira direita	x		
Observações: DANO DE PEQUENA MONTA								Total Geral (Sim + NA)	00
AVALIAÇÃO POR DANO:									
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1					-> DANO DE PEQUENA MONTA				
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6					-> DANO DE MÉDIA MONTA				
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6					-> DANO DE GRANDE MONTA				

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia da informação de com a data
EM: 26/09/18

 COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A <u>21 FEV. 2019</u> PROTOCOLO <u>AG. JUAZEIRO PESSOA</u>	João Pessoa-PB, 26 de Setembro de 2018. Rosinaldo Oliveira de Souza Matr.: 519892-5	
	Rosinaldo Oliveira de Souza 3º Sgt PM Responsável pelo Levantamento	





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

10242042430 Rogerio Oliveira da Silva

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

Nome completo: *Rogerio Oliveira da Silva* CPF: *10242042430*
 Profissão: *Recuso* Endereço: *Rua Olívia O. de Oliveira* Número: *393* Complemento: *C*
 Bairro: *Brani Satira* Cidade: *João Pessoa* Estado: *PB* CEP: *58080-670*
 E-mail: Tel.(DDD):

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: *3456*

CONTA: *34609*

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

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

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

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

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

- Não há IML que atende 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 as 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado/Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:							
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:							
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	pais/avós vivos?
			Vivos	nascituro (vai nascer)?			nascer			deixou			

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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 199 do Código Penal.

Local e Data: *João Pessoa - PB 20/02/19*

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Rogerio Oliveira da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura

21 FEB. 2019

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.

FPS.001 V001/2018





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 809/026, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2191121, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA idade 23 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 11/09/2018, na Av. Barão Mamanguape, Bairro: Torre - João Pessoa - aproximadamente às 19:40 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 13 de Setembro de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS® Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



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: 08/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01456

CONTA: 000000014609-3

Nr. da Autenticação 42D8443545B838A6



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/09/2020 15:55:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090815551458400000032584972>
Número do documento: 20090815551458400000032584972

Num. 34065186 - Pág. 33

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190161973 **Vítima: ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA**

Data do Acidente: 11/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROGERIO OLIVEIRA 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 superiores 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: ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001456

Conta: 0000014609-3

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, retorno 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