



08/09/2020

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	<a href="#">Contestação</a>	Contestação
34065 186	08/09/2020 15:55	<a href="#">2750019_CONTESTACAO_Anexo_03</a>	Outros Documentos
34065 187	08/09/2020 15:55	<a href="#">2750019_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





**CAGEPA**  
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP. 58.015-570 - CNPJ. 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME ESTE NÚMERO  
**MATRICULA**

67477178

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA E ESGOTO E SERVIÇOS

ROGERIO DAMASIO DA SILVA  
RUA LUIZ OTAVIO DE OLIVEIRA, 391C - ERNANI SATIRO  
JOÃO PESSOA - PB 58080 - 670

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
028.105.0054.0001	0001					
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
45132277	25-07-2011	LAZ CARLITO LACADO	LACADO			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M <sup>3</sup> )		EQUIVALENTE EM DIAS		PROXIMA LEITURA
366	369	3		31		18-02-2019
DET. CONSUMO ANUAL: LEIT. QUAL ID. AGUA: ANUAL DO PORTE 08/2018 M <sup>3</sup>						
DEZ/2018	2	PARÂMETROS		EXTA.	ANALIS	CONDIÇÕES
NOV/2018	5	INDICADOR		0	0	0
OUT/2018	4	CÍRCULO		0	0	0
SET/2018	5	COL. TUBO		0	0	0
AGO/2018	4	COR		0	0	0
JUL/2018	2	COR. TOTAL		0	0	0
MEDIA(M)		DADOS REFERENTES A: NOV/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 19/01/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 10:31:06

DESCRIÇÃO

CONSUMO TOTAL (R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(5)

CONSUMO DE ÁGUA

3,43 37,91

ESGOTO

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(5)

CONSUMO DE ESGOTO

3,43 30,3

CRESCIMENTO MÊS(ES) ANT. 08/2018

1,44

DIÁRIOS DE MORA 08/2018

1,44

VALOR APROXIMADO DO VALOR DO MÊS E DO ANO: R\$ 71,95

VENCIMENTO:

01/02/2019

Total a Pagar:

R\$ 71,95



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

TIPO DE TARIFA: 1

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

INFORMAÇÕES GERAIS:

SE USUÁRIO: EM 31-12-2018, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÉBITO

D. COMPAREÇA AOS PONTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA

SE PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE



**CAGEPA**

MATRICULA

67477178

TOTAL A PAGAR

R\$ 71,95

82640000000 4 71950000001 6 06747717801 5 01201900003 5



COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
21 FEV. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 | Centro 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO; PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

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

Rogério Oliveira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 102 420 424 30

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Rogério Oliveira da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 102 420 424 / 30, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

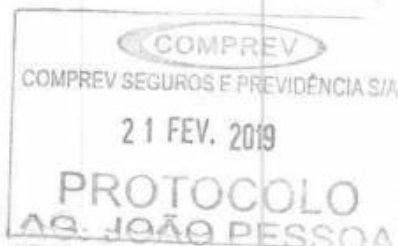
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299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

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

Local e Data:

João Pessoa - PB 58056-384

Assinatura do Declarante



DLDR001 V001/2017







## CERTIDÃO

Nº. 0118/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO 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, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 04 de fevereiro de 2019

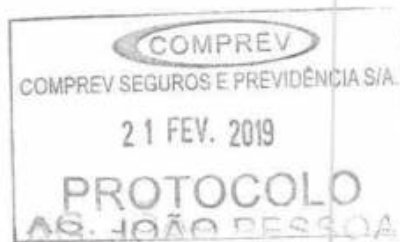
*Rosângela M. Escorel Almeida*

Médica da Vigilância à Saúde

CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde

CRM/PB 3883



MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA  
LEDO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY  
: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
56-384 JOÃO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
X: ( ) CNPJ:

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

DADOS DO PACIENTE

Nome: ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num.\* 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

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação: OFFICE-BOY

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ESPOSA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

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

Vitima de violencia por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemia: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd: O2i:

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Exame Principal

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Retorno trauma em braço  
① pós acidente de moto.

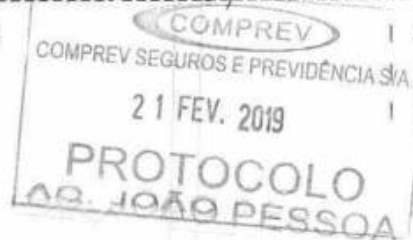
Diagnostico

Conduta

Fratura ulna. R de ombro ①

Prescrição

Horario da medicacao



Dr. Aurélio Co



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

21 FEV. 2019

PROCEDIMENTO REALIZADO

PROTOCOLO  
AG. JOAO 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: <u>Rogério oliveira da silva</u>		Data da Admissão: <u>22/09/18</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Religião: _____
Sexo: F ( ) M ( )	Cor: _____	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: <u>1/1</u>
Escolaridade: _____		Data de Nascimento: <u>1/1</u>	
QPD: <u>Trauma em braço</u> (1)			
HDA: <u>Trauma em ombro</u> (1)			
<u>700 acidente de moto</u>			
<u>Alimenta 20%, edema e deformidade</u>			
<u>em braço</u> (1)			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: [ ] Febre [ ] Astenia [ ] Anorexia [ ] Perda de Peso _____ Kg em _____ [ ] Prurido [ ] Sudorese [ ] Calafrios [ ] Alopecia [ ] Adenomegalias [ ] Icterícia [ ] Tonturas [ ] Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: [ ] Cefaléia [ ] Espirros [ ] Rinorréia [ ] Obstrução Nasal [ ] Epistaxe [ ] Dor de Garganta [ ] Bócio [ ] Rouquidão [ ] Disfagia Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: [ ] Dor _____ [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise [ ] Dispneia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema _____ Outros: _____			
ABD: [ ] Dor _____ [ ] Pirose [ ] Solução [ ] Regurgitação [ ] Hematêmese [ ] Náuseas [ ] Vômitos [ ] Dispepsia [ ] Diarréia [ ] Melena [ ] Enterorragia [ ] Constipação [ ] Aumento de volume			
AGU: [ ] Disúria [ ] Incontinência [ ] Retenção [ ] Poliúria [ ] Oligúria [ ] Noctúria [ ] Hematúria [ ] Mal Cheiro [ ] Corrimento [ ] Outras: _____			
SME: [ ] Dor _____ [ ] Rigidez pós-reposso [ ] Deformidades [ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos			
SN e PSO: [ ] 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.







COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
21 FEV. 2019  
PROTOCOLO  
AO JOÃO PESSOA

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



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ] HTF

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa

[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo

[ ] Alcoolismo

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg

FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

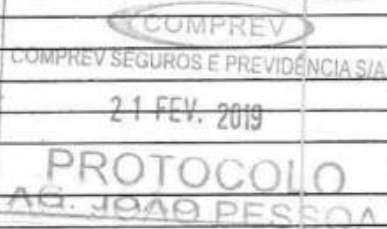
ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: *Fratura da ulna**direita*Conduta: *Internamento e tratamento**cirurgico*

# DESCRIÇÃO 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

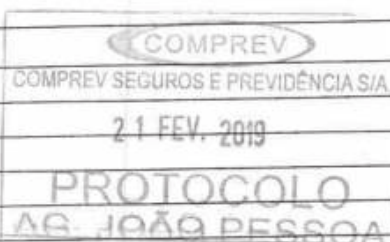
Verificado redução sob fluoroscopia

## Fechamento:

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

Curativo

## OBS:



Dr. Luis Felipe Lessa  
Traumatologia / Ortopedia  
CRM: 10.308.1501-4/2008

Data:

19/04/18

MÉDICO/CRM

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







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	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 ULNA 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 Ortotrauma de Mangabeira, conforme pactuação.

### 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 Ortotrauma 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

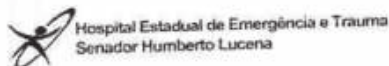
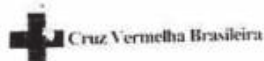
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

21 FEV. 2019

PROTOCOLO

ASS. JOÃO PESSOA



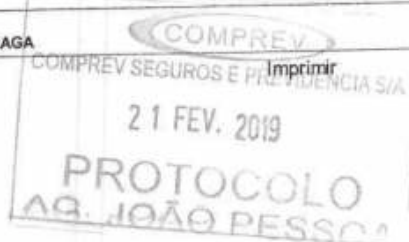


AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1107756



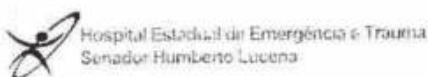
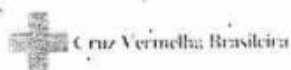
Identificação do paciente			
ID 928454	Nome ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 04/10/1994	Idade 23 anos 11 meses 7 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA
Mãe JOSEANE RODRIGUES DE OLIVEIRA		Pai ROGERIO DAMASIO DA SILVA	
Escolaridade MEDIO COMPLETO	Responsável (Parentesco) ELISANGELA JACINTO DA SILVA - ESPO(SO(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 BAIRRO		UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBOR	
Endereço			
CEP 58087210	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Mestre Heitor Villa Lobos
Número SN	Complemento	Bairro Oitizeiro	
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	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]
Liquor [ ]		ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
<p>Dados clínicos</p> <p>Paciente vítima de acidente de moto, ferido pelo traseiro, apresentando dor no ombro.</p> <p>Rita de Cássia A. da Silva Enfermeira COREN-PB 484.130</p>			
Diagnóstico	CID		
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA	Tempo 21seg		



11/09/2018





**CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA**

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA</b>	BAE <b>1107756</b>	Data/Hora Entrada <b>11/09/2018 20:54:23</b>	Data Baixa <b>2018-09-11 23:07:10.0</b>
Data de nascimento <b>04/10/1994</b>	Idade <b>23a 11m 8d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>210102988970008</b>
Mãe <b>JOSEANE RODRIGUES DE OLIVEIRA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 986801818</b>
Endereço <b>MAESTRO HEITOR VILLA LOBOS, SN</b>	Bairro <b>OTIZEIRO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>TAMMER GOMES DE MORAIS</b>	Nº Cons. Regional <b>8104/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>11/09/2018 20:54:23</b>		Data/Hora Prescrição <b>11/09/2018 23:07:11</b>	

**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 ULNA)

CD:

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

**PROCEDIMENTO**

TALA AXILO PALMAR

**CID10**

Código	Descrição
S52.2	Fratura da diáfise do cúbito [ulna]

**Conduta**

Alta com encaminhamento externo

**Alta Hospitalar**

Usuário

**TAMMER GOMES DE MORAIS**

Motivo de Alta

**ALTA HOSPITALAR**

Data e Hora

**11/09/2018 23:07:10**

Observações

**ENCAMINHAMENTO P TTO CIRURGICO**

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&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;perform=imprimir&amp;id=385925&amp;pesquisa=S&amp;perform=im... 1/1



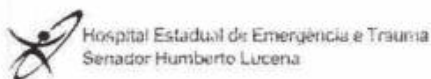
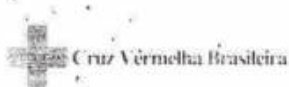
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/09/2020 15:55:16

<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 <b>ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA</b>	BAE <b>1107756</b>	Data/Hora Entrada <b>11/09/2018 20:54:23</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>04/10/1994</b>	Idade <b>23a 11m 8d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>210102988970008</b>
Mãe <b>JOSEANE RODRIGUES DE OLIVEIRA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 986801818</b>
Endereço <b>Maestro Heitor Villa Lobos, SN</b>	Bairro <b>Oitizeiro</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	Prontuário
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>WANDEBERG GOMES DE ALBUQUERQUE</b>	UF <b>PB</b>
Data/Hora Classificação <b>11/09/2018 20:54:23</b>		Data/Hora Prescrição <b>11/09/2018 21:17:38</b>	Nº Cons. Regional <b>3374/PB</b>

## 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 CREPTÇÃO NA CLAVICULA DIRETA  
AR: NDN  
ACV: NDN  
ABDOMEN: 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 ANTEBRACO DIREITO

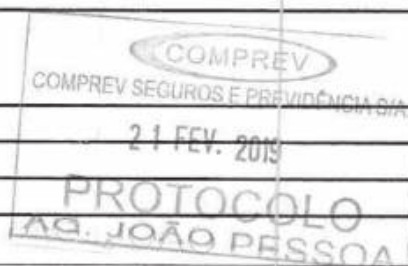
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES)

## CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação



ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA

WANDEBERG GOMES DE ALBUQUERQUE  
(: 3374/PB)

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



Cruz Vermelha Brasileira HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 11/09/18 21:17		Usuário: WANDEBERG		Boleim 1107756	
Nome		Data de	Idade	Sexo	Nº
ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA		04/10/1994	23a 11m 8d	MASCULINO	1107756
Motivo do Atendimento		Validade da Prescrição		Nº Prontuário	
		11/09/2018 21:17:00 - 12/09/2018 21:17:00		11/09/2018 21:17:38	
Convenio		Matricula		Senha	
SUS					

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Int.	Pos	Aprazamento
1 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG					
Diluir em	100.0	ML					
2 PARECER ORTO	0.0						

WANDEBERG GOMES DE ALBUQUERQUE  
CRM: 3374

Wandemberg G. de Albuquerque  
Clt. Geral  
CRM-PB, 3374  
11 de Setembro de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA**

DOC. IDENTIDADE / OUT. EMERG. 3777308 PS2 PS

CE 102.420.424-30 DATA DE EMISSÃO 04/10/1994

RENDA  
 ROGERIO DASSIO DA SILVA  
 JOSEANE RODRIGUES DE OLIVEIRA

PROVAÇÃO ACC CENSA AB

Nº REGISTRO 06155071892 VALIDADE 30/16/2018 21/09/2014

ASSINATURA DO PORTADOR

JOÃO PESSOA, PE DATA EMISSÃO 09/09/2015

21255490069 28031310087

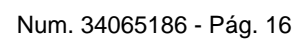
DETRAN - PB (PARELHA)

COMPREV  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
 21 FEV. 2019  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA





COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
21 FEV. 2019  
PROTOCOLO  
AO. JOÃO PESSOA



## 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 ULNA 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  
Luiz Carlos de Oliveira 394,  
Cidade de João Pessoa, Estado  
Paraíba, CEP: 58080-670, telefone  
83-98663-4900, 99342-1170.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 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 Oliveira da Silva

OUTORGANTE



**CARTÓRIO CELEIDA**  
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL  
Rua: AUGUSTINO KUBITSCHEK, S/Nº - ERNESTO GESSÁ - CEP: 58075-405 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TELEFAX: 83-3251-4070  
Reconheço Por Autenticidade a firma de ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA, J.Pessoa-PB, 15/02/2019 12:26:47 Emol R\$9,91 Farpem:R\$0,29 Fepj:R\$1,98, ISS:R\$0,50. Em test da verdade. Tabela CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA Selo Digital AIF02995-WBLS Consultar em [digital.tribuna.com.br](http://digital.tribuna.com.br)

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
21 FEV. 2019  
**PROTOCOLO**  
AB: JOÃO PESSOA





## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**Outorgante:** (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: LUCIENE VIEIRA DE ASSUNÇÃO  
Nacionalidade: BRASILEIRA Estado civil: SOLTEIRA  
Profissão: DOLAN  
Identidade: 1.136.540 CPF: 808.080.855-49  
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 nº 13.646, domiciliado na Avenida Augusto Maynard nº 554, 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)

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL  
DO 1º OFÍCIO DE ARACAJU



Tabelião - Bel. Luiz de Santana  
e-mail: extra.aracaju@tjse.jus.br

Reconheço por autenticidade a firma de LUCIENE VIEIRA DE ASSUNÇÃO dou fé em test? da verdade.

Aracaju 29 de Abril de 2019

Marcelo Soares de Santana - O Escrevente Compromissado  
Selo TJSE: 201929507020719 - Acesse: www.tjse.jus.br/x/29XP9H

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



Scanned by CamScanner

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0064012/19  
**Vítima:** ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA  
**CPF:** 102.420.424-30  
**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

**Data do acidente:** 11/09/2018  
**CPF de:** Próprio  
**Titular do CPF:** ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA

### 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](http://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

JOSE EDUARDO DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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

Carta nº 13999490

Pag. 01209/01210 - carta\_01 - INVALIDEZ







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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](http://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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

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

Nome completo: CPE:

Profissão: Endereço: Número: Complemento:

Bairro: Cidade: Estado: CEP:

E-mail: Tel.(DDD):

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

### DADOS CADASTRAIS

REND 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: 1456 CONTA: 14609 3 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou 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 a 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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome:  
CPF:

Assinatura

2ª Nome:  
CPF:

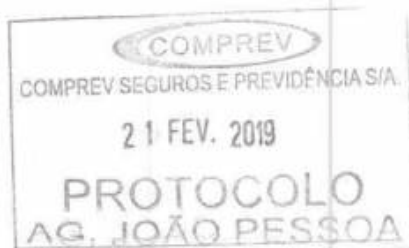
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

21 FEV. 2019

(\* 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









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

**CONDUTOR 01**

Nome <b>Rogério Oliveira da Silva</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Nascimento <b>04-10-1994</b>	RG <b>3777308</b>
Endereço <b>Rua Luzia Otávia de Oliveira, 391, Esplanada, João Pessoa, PB.</b>			
1ª Habilitação <b>21-08-2014</b>	Categoria <b>AB</b>	Registro CNH N.º <b>06155071892</b>	U.F. <b>PB</b>
Exame de Embriaguez Alcoólica <b>Não</b>	Destino do Condutor <b>Hospital de Trauma</b>		

**VEÍCULO 01**

Marca/Modelo <b>Yamaha Factor</b>	Espécie <b>Motocicleta</b>	Placa <b>QFT - 9399</b>	Categoria <b>Particular</b>	Município <b>João Pessoa</b>	U.F. <b>PB</b>
Nome do Proprietário <b>Rogério Damasio da Silva</b>					
Seguradora <b>DPVAT</b>	Bilhete N.º <b>012426889804</b>	Renavan N.º <b>01070811430</b>	Data da Emissão <b>02-12-2015</b>		
Condições do Veículo Antes do Acidente <b>Nada constatado</b>					

**VERSÃO 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 <b>Arthus de Brito Lima</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Nascimento <b>03-04-1986</b>	RG <b>2876773</b>
Endereço <b>Avenida José Soares, 899, Rangel, João Pessoa, PB – Tel.(083)98871-9025</b>			
1ª Habilitação <b>01-06-2004</b>	Categoria <b>AB</b>	Registro CNH N.º <b>03294994951</b>	U.F. <b>PB</b>
Exame de Embriaguez Alcoólica <b>Sim (0,00mg/L)</b>	Destino do Condutor <b>Permaneceu no local</b>		

**VEÍCULO 02**

Marca/Modelo <b>VW Voyage</b>	Espécie <b>Automóvel</b>	Placa <b>OEU - 7993</b>	Categoria <b>Particular</b>	Município <b>João Pessoa</b>	U.F. <b>PB</b>
Nome do Proprietário <b>Karla Waldiria Leite da Silva</b>					
Seguradora <b>DPVAT</b>	Bilhete N.º <b>014200106635</b>	Renavan N.º <b>01420010663</b>	Data da Emissão <b>04-07-2018</b>		
Condições do Veículo Antes do Acidente <b>Nada constatado</b>					

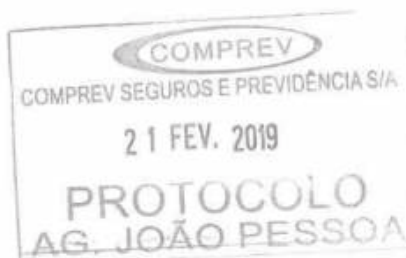
**VERSÃO DO CONDUTOR 02**

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 Conformidade com o Original  
EM: 16/10/18  
ASSINATURA



CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 0660 - 2018			
<b>VÍTIMA 01</b>			
Nome <b>Rogério Oliveira da Silva</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Nascimento <b>04-10-1994</b>	Viajava no Veículo Nº <b>01</b>
Endereço <b>Rua Luzia Otávia de Oliveira, 39, Esplanada, João Pessoa, PB.</b>			
Condição da Vítima <b>Condutor</b>	Conduzida Para <b>Hospital de Trauma</b>	Usava Cinto	Usava Capacete <b>Sim</b>
<b>CONSTATADO</b>			
<p>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.</p> <p>João Pessoa – PB, 26 de Setembro de 2018.</p> <div style="text-align: right;"> <p>BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO Cópia de Conformidade com o Original EM: 76/120/18 ASSINATURA</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><i>Rosinaldo Oliveira de Souza</i> Matr.: 519892-5 Rosinaldo Oliveira de Souza 3º Sgt PM Responsável pelo Levantamento</p> </div>			







POLÍCIA 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



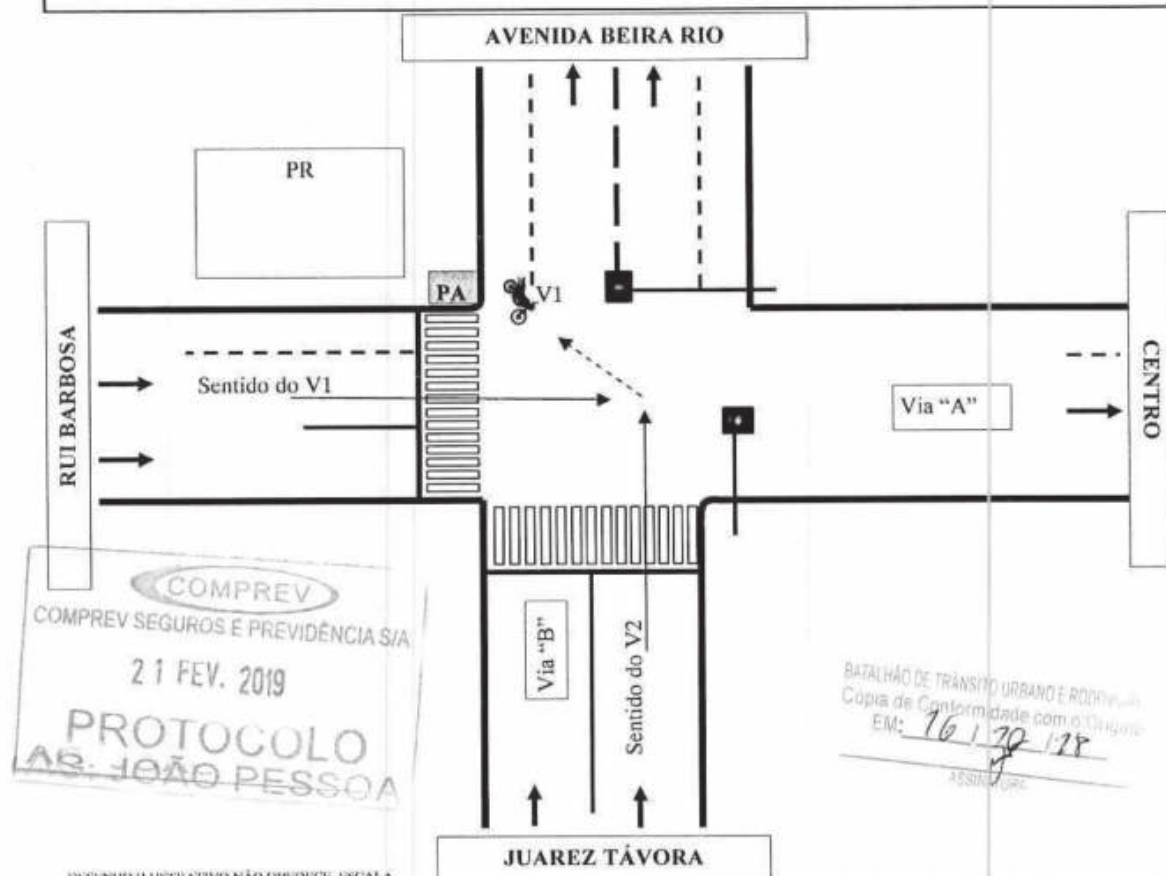
CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0660/ 2018

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



COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
21 FEV. 2019  
PROTOCOLO  
AR: JOÃO PESSOA

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Original  
EM: 16/02/2018  
ASSINATURA

DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

AVARIAS



Rosinaldo Oliveira de Souza  
Matr.: 519832-5  
Rosinaldo Oliveira de Souza 3º Sgt PM  
Responsável pelo Levantamento











POLÍCIA 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







POLÍCIA 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 (triciclo)		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	
Total Geral (Sim + NA)							00		

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA

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

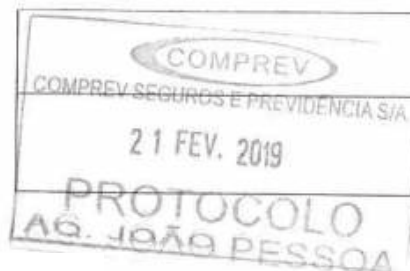
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6 -> DANO DE GRANDE MONTA

RATIFICAÇÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia da ocorrência com o Queda  
EM: 26/09/2018

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

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

Nome completo: CPE:

Profissão: Endereço: Número: Complemento:

Bairro: Cidade: Estado: CEP:

E-mail: Tel.(DDD):

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

### DADOS CADASTRAIS

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1456 CONTA: 14609 3 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou 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 a 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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome:  
CPF:

Assinatura

2ª Nome:  
CPF:

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

21 FEV. 2019

(\*) 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\* Registro: 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







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

