
Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190366363

Vítima: JOSE DANTAS SOBRINHO

Data do Acidente: 11/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE DANTAS SOBRINHO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190366363

Vítima: JOSE DANTAS SOBRINHO

Data do Acidente: 11/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE DANTAS SOBRINHO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, 24 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190366363 **Vítima: JOSE DANTAS SOBRINHO**

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

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

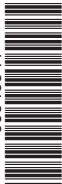
Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190366363

Vítima: JOSE DANTAS SOBRINHO

Data do Acidente: 11/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE DANTAS SOBRINHO

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\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: JOSE DANTAS SOBRINHO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000762

Conta: 0000050768-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 07250416452 Jose Dantas Sobrinho

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

5 - Nome completo: Jose Dantas Sobrinho 6 - CPF: 07250416452
7 - Profissão: Aposentado 8 - Endereço: Sit. Valentin 9 - Número: 50 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Baicara 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58252-000
15 - E-mail: (83) 98663490

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

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

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

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0762 CONTA: 000.50768 2

(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 06/06/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Jose Dantas Sobrinho

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

116 641519069 0

26/ABR/2019

HORA DE: 09:19:58

LOT: 13,914329 4
LOCALIDADE: CAICARA
AD, VINCULADA: 0842

ITEM 043606

SALDO PARA SIMPLES COMERCIAL

0262,00000768 2

NOME: JESSE DANTAS CORREIA

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DIA LIMITE
10/04
26/04

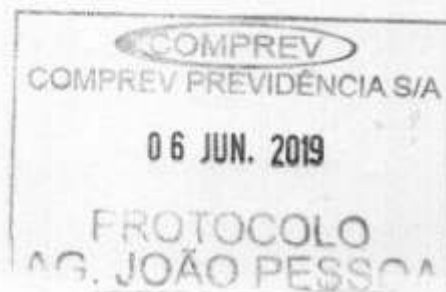
SALDO

RESUMO EM 25/04
SALDO

RESUMO DO DIA
SALDO DEBITADO
SALDO DISPONIVEL
SALDO TOTAL

116 641519069 0

19 VIA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 07250116452 4 - Nome completo da vítima: José Dantas Sobrinho

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

5 - Nome completo: José Dantas Sobrinho 6 - CPF: 07250116452
7 - Profissão: Aposentado 8 - Endereço: R. Valentinsson 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Caicara 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58252-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 98663490

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

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

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0762 CONTA: 000.50768 2 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) menor(es)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190366363
Nome do(a) Examinado(a): Jose Dantas Sobrinho
Endereço do(a) Examinado(a): Sitio Valentim, S/N
Area Rural Lagoa de Dentro PB CEP: 58250-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 599108
Data local do acidente: [11/09/2018]
Data local do exame: [01/07/2019] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO, QUE DEPOIS FOI RETIRADO E COLOCAÇÃO DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA PARA CONCLUSÃO DO TRATAMENTO.

Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO

Data da Alta: 08/02/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, HIPOTROFIA MUSCULAR DA PERNA DIREITA, CICATRIZ CIRÚRGICA NA PERNA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO E TORNOZELO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO E TORNOZELO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

☐ () "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

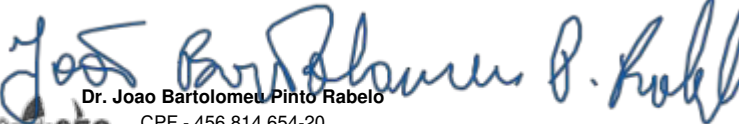
Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 05668.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 05668.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:16 horas do dia 24 de maio de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Jose Dantas Sobrinho**, CPF nº 072.501.164-52, nacionalidade brasileira, estado civil desquitado(a), identidade de gênero masculino, profissão Aposentado, filho(a) de Josefa Xavier da Silva e Jose Dantas, natural de São José do Campestre/RN, nascido(a) em 20/09/1944 (74 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Centro, na cidade de Tacima/PB, telefone(s) para contato (83) 99385-2764.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rodovia Pb 073, Pb 073, Tacima/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/09/18 12:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

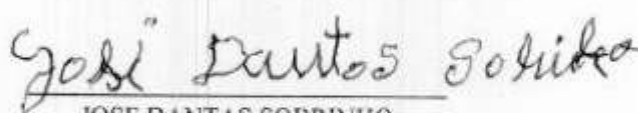
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

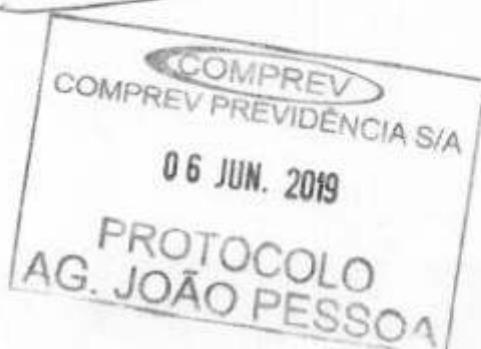
QUE NO DIA 11/09/2018, POR VOLTA DAS 12:00, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR PRETA, ANO 2013/14, PLACA OGA-1699/PB, CHASSI 9C2KC1680ER417641, REGISTRADA EM NOME DE STEPHANI VIEIRA DA SILVA, NA RODOVIA PB 073, ALTURA DA CIDADE DE TACIMA/PB, QUANDO FOI TRANCADO POR UM VEÍCULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO, BATEU, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIU; QUE SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E ENCAMINHADO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA, CONFORME CERTIDÃO 0218/2019 ASSINADA PELA MÉDICA SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 24 de maio de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


JOSE DANTAS SOBRINHO
Noticiante



Procedimento Policial: 05668.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 07250416452 Jose Dantas Sobrinho

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

5 - Nome completo: Jose Dantas Sobrinho 6 - CPF: 07250416452
7 - Profissão: Aposentado 8 - Endereço: Sit. Valentin 9 - Número: 50 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Baicara 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58252-000
15 - E-mail: (83) 98663490

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

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

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

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0762 CONTA: 000.50768 2

(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____

30 - Vítima deixou nascituro (a nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____

33 - Vítima deixou pais vivos? ☐ Sim ☐ Não

34 - Vítima deixou pais falecidos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 06/06/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

116 641519069 0

26/ABR/2019

HORA DE: 09:19:58

LOT: 13,9143/9.4
LOCALIDADE: CAICARA
AD, VINCULADA: 0842

ITEM 043606

SALDO PARA SIMPLES COMERCIAL

0262,00000768 2

NOME: JESSE DANTAS CORREIA

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DIA LIMITE
10/04
26/04

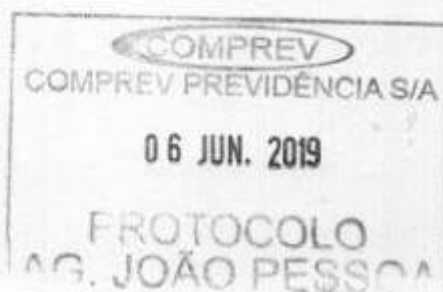
SALDO

RESUMO EM 25/04
SALDO

RESUMO DO DIA
SALDO REQUERIDO
SALDO DISPONIVEL
SALDO TOTAL

116 641519069 0

19 VIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 162476 Ad: Nao Regul
Data: 11/09/2018
Hora: 20:19:46
Recepcionista: GABRIELA DA COSTA SE
Clínica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2018.09.001521

Nome: JOSE DANTAS SOBRINHO

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 0

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 20/11/1944 Id: 73 ano(s)

End.: NAO INFORMADO, 00

Bairro: CENTRO Cidade: TACIMA UF: PB

Mae: JOSEFA XAVIER DA SILVA

Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: JOSE DANTAS SOBRINHO

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

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A

06 JUN. 2019

PROTOCOLO

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

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

Observacao

Queixa Principal

FRATURA EXPOSTA DE MID

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

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: 05/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DANTAS SOBRINHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00762

CONTA: 000000050768-2

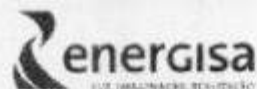
Nr. da Autenticação EA6CCF314C50BC2B

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Recibo para simples pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica - Nº 023.711.731



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 238, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 BALA 06
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

REFERÊNCIA

ABR/2019

APRESENTAÇÃO

18/04/2019

CONSUMO

208

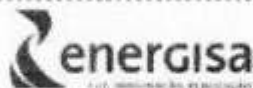
VENCIMENTO

26/04/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 182,90

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Roteiro: 12-005-292-0450

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 07/05/2019

VENCIMENTO

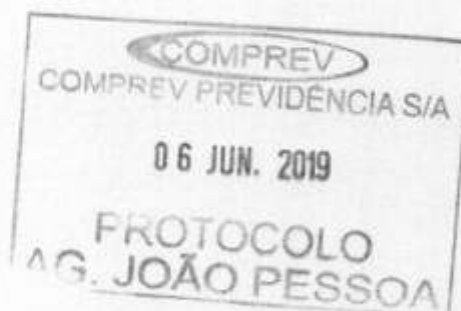
26/04/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 182,90

MATRÍCULA

1698358-2019-04-7

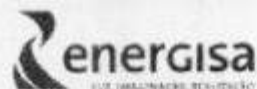


DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Recibo para simples pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica - Nº 023.711.731



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 238, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 BALA 06
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

REFERÊNCIA

ABR/2019

APRESENTAÇÃO

18/04/2019

CONSUMO

208

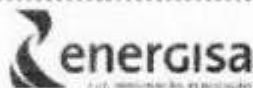
VENCIMENTO

26/04/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 182,90

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Roteiro: 12-005-292-0450

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 07/05/2019

VENCIMENTO

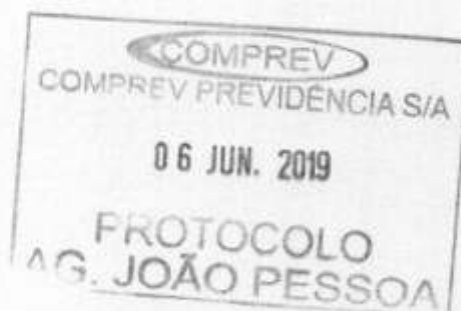
26/04/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 182,90

MATRÍCULA

1698358-2019-04-7



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. N° 025.420.434



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Insc. Est. 10.915.823-0

DADOS DO CLIENTE

JOSE DANTAS FILHO
SIT VALENTIM S/N
CAICARA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1894764-8

REFERENCIA

MAI/2019

APRESENTAÇÃO

23/05/2019

CONSUMO

178

VENCIMENTO

30/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 116,19

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 01950.924173 4 79050000011619

Pagador: JOSE DANTAS FILHO CNPJ/CPF: 102.975.354-71

SIT VALENTIM S/N - AREA RURAL - CAICARA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120001950924	001894764201905	30/05/2019	R\$ 116,19	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

09.095.183/0001-40

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



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

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 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 COAF².

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

Pelo exposto, eu Alexandra Cesar Duarte
inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754, 74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Jose Dantas Sobrinho inscrito (a) no CPF sob o Nº 072501164 52
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jose Dantas Sobrinho
inscrito (a) no CPF sob o Nº 072501164 52, 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</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Changabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD) <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 06/06/19

Alexandra Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
06 JUN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Stephanie Vieira da Silva,

RG nº 3.813.350-2 data de expedição 20/10/2016.

Órgão SSPB, portador do CPF nº 066.996.064-09, com domicílio na cidade de Cruz do Espírito Santo, no Estado de Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Assentamento Dona Helena, nº 9/N,

complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Jose Dantas Sobrinho cujo o condutor era Jose Dantas Sobrinho.

Veículo: Moto

Modelo: Honda CG 150 FAN ESD

Ano: 2013/2014

Placa: OGA 1699

Chassi: 9C2KC1680ERY17641

Data do Acidente: 15-09-18

Local e Data: Cruz do Espírito Santo, 09-05-19

 Stephanie Vieira da Silva
Assinatura do Declarante

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

BATISTA BRANDÃO - Rua Oscar Carlson, 21 - Centro - CEP: 85317-000 - Cruz do Espírito Santo - PR
Fones: (41) 3254-1149 - 3254-1524 - E-mail: cartorio@batista.com.br
MARIA TERESA VIEGAS BRANDÃO GRIJI - Titular

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firms(s) de:.....
STEPHANIE VIEIRA DA SILVA.....
Em test, da verdade, Cruz do Espírito Santo - PR 09/05/2019 10:06:51
Maria Teresa Viegas Brandão Grijó - Titular
[2019-000320]ENDL:R\$ 19,91 FAPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98
SELO DIGITAL: AIK78768-HP6D Maria Teresa Viegas Brandão Grijó
Confira a autenticidade em <https://selodigital.jpb.jus.br>



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
06 JUN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CERTIDÃO

Nº. 0218/2019

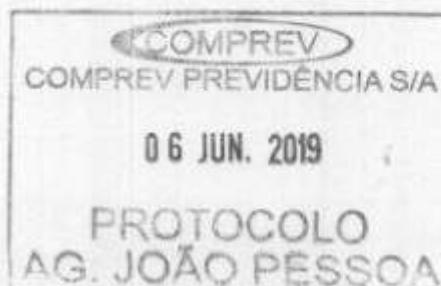
Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº162476 e prontuário de Nº2018.09.001521 pertencentes a **JOSÉ DANTAS SOBRINHO** que foi atendido dia 11/09/2018 às 20H19min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em perna esquerda.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dias 11/09 e 30/10/2018 com alta médica dia 08/11/2018.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 25 de Março de 2019


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Jose Dantas Data da Admissão: 10/09/18
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: Ferimento em Perna (E)

HDA: _____

Pac. Vítima de trauma, grave
em Perna (E). Apresenta defor-
midade e ferimento em calcane-
o Perna (E)

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-reposou [] Deformidades
 [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
 [] Amnésia [] Libido [] Humor

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Jose Dantas Sobrinho</u>				Registro:	
Idade: <u>73</u>	Sexo: <u>hom</u>	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <u>11/10/18</u>	Cirurgião: <u>Dr. Neival</u>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: <u>Dr. Fernando</u>	Tipo Anestesia: <u>loqui</u>			Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<u>Ex. Exposto de ossos do punho</u>					
<u>+ fratura em região posterior</u>					
<u>do pé D</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<u>Osteoma</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<u>Realizado limpeza ferimento cirúrgico</u>					
<u>+ Desbridamento de</u>					
<u>ferido em região posterior</u>					
<u>do pé TN7B</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico			Descreva:		
1 () Sim 2 (x) Não					
Biópsia de Congelação:					
1 () Sim 2 (x) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (x) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente JOSE DANTAS SOBRINHO		BAE 1107686	Data/Hora Entrada 11/09/2018 15:14:18	Data Baixa
Data de nascimento 20/11/1944	Idade 73a 9m 22d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe NAO INFORMADA				Prontuário
Endereço DO CAMPO, S/N		Bairro CENTRO	Município BELEM	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional NAPOLEAO SUASSUNA LAVREANO JUNIOR		Nº Cons. Regional 7015/PB
Data/Hora Classificação 11/09/2018 15:14:18		Data/Hora Prescrição 11/09/2018 16:42:39		

Anamnese

#NCR

ACIDENTE MOTOCICLISTICO

#GCS 15, PIFR, SEM DEFICITS FOCAIS. SEM DOR CERVICAL OU DORSAL

#TC DE CRANIO SEM ALTERAÇÕES RELACIONADAS AO TCE

#CD: RETIRADA DO COLAR CERVICAL E ALTA DA NCR

ORTOPEDIA

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE RESULTANDO EM FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA ASSOCIADO A FERIMENTO E FACE POSTERIOR DE PERNA E CALCANEIO DIREITO
ENCAMINHO AO TRAUMINHA SEGUNDO PACTUACAO JA COM LIBERACAO DA NCR E CIR VASCULAR

VASCULAR

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EM MID COM SANGRAMENTO E LESÃO EXTENSA DE CALCANEIO E PERNA

AO EXAME:

PRESENCIA DE TODOS OS PULSOS (FEM, POP TA E TP)
AUSENCIA DE SD COMPARTIMENTAL

J: ALTA DA CIRURGIA VASCULAR
AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA

Conduta

Internar Paciente

JOSE DANTAS SOBRINHO

Dr. Napoleão Suassuna Jr.
Cr. Vascular / Endovascular
CRM-PB 7015

NAPOLEAO SUASSUNA LAVREANO JUNIOR
(7015/PB)

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Lavagem em DPH sob anestesia
- ② Anestesia + antiseptico
- ③ aplicação de campos estéril.

Incisão:

Achados:

- ④ Ex. apote de onco pinto + fuso em região posterior de pectus.

Conduta:

- ⑤ Limbado limpo mecânico com pincel + desidratação

6) paciente alívio com gaze cervical

Fechamento:

OBS:

Data: 19, 10, 18


MEDICO/CRM

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

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Incisão:

Achados:

Conduta:

Fechamento:

OBS:

Data:

29/10/18

Dr. Roberto A. Santos
CRM - Traumatologia
CRM 28 1590

MEDICO/CRM

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): _____

Gênolines: _____

Pele: _____
ACV: _____
AR: _____
ABD: _____
AGU: _____
SME: _____
SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: Fratura exposta de
perna (E) (P. não típica)

Conduta: ① LMC com GF 2,9%
② ~~Exames~~
③ ~~Exames~~
Controle de Doros.

(CÉDULA DE IDENTIDADE)



POLECAI DIREITO

José Dantas de Araújo

ASSINATURA DO PORTADOR

(VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL)

(REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL)

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

REGISTRO GERAL 599.108

NOME **JOSÉ DANTAS DE ARAÚJO**
José Dantas

FILIAÇÃO **Josefa Xavier da Silva**

CAMPESTRE-PA 20-09-1.944

NATURALIDADE **Campeste-PA**

DATA DO NASCIMENTO **29 de Setembro 1.978**

(VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL)

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

06 JUN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190366363

Cidade: Tacima

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE DANTAS SOBRINHO

Data do acidente: 11/09/2018

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, HIPOTROFIA MUSCULAR DA PERNA DIREITA, CICATRIZ CIRÚRGICA NA PERNA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO E TORNOZELO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM RESULTOU EM CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, HIPOTROFIA MUSCULAR DA PERNA DIREITA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO E TORNOZELO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 01/07/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PROCURAÇÃO

Outorgante: Jose Dantas Sobrinho, brasileiro(a), estado civil divorciado, profissão Advogado, residente e domiciliado à Rua Sítio Valimtim, nº 510, bairro area rural, Município de Barra, Estado de(o) PR, Cep: 85000-000, portador(a) do Rg nº 399.108, SSP/ PR e CPF nº 072.501.164-52

Outorgado: Alexandre Cesar Duarte, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Siscal J. Costa Duarte, nº 157, bairro Manoabeira, Município de João Pessoa, Estado de (o) PR, Cep: 85000-384, portador (a) do RG nº 262.7718, SSP/ PR e CPF nº 026.502.754-74

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Jose Dantas Sobrinho, ocorrido em 11/09/18, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza invalides.

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

João Pessoa, 24 de maio de 2019.

Jose Dantas Sobrinho

Outorgante
CPF Nº 072.501.164-52

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0192157/19

Número do Sinistro: 3190366363

Vítima: JOSE DANTAS SOBRINHO

CPF: 072.501.164-52

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE DANTAS SOBRINHO

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSE DANTAS SOBRINHO : 072.501.164-52

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: 13/06/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/06/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA