



Número: **0035449-84.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS (AUTOR)		DIVANETE MARIA ALMEIDA DA SILVA (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68820 219	30/09/2020 14:44	ANEXO 1	Outros (Documento)



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da vítima

069 449 004-08

Nome completo da vítima

JOSIVAL CORDEIRO SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
JOSIVAL CORDEIRO dos Santos		069 449 004-08		Aposentado	
Endereço		Número		Complemento	
ST. MARUIM		SIN			
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
RURAL	MARAGOGI	AL	57955-000	(82) 99141097	
Email					

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECLUSO INFORMAR		☐ SEM RENDA		☐ ATÉ R\$ 1.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00			
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)							
☐ BRADISCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAI (341)							
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA		CONTA		Banco		NRO	
3544		13372					
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)							
AGÊNCIA		CONTA		Banco		NRO	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Visto
[Assinatura]

Maragogi 02 de outubro de 2018

Local e Data



Josival Cordeiro dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





CÓPIA



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180485127
Nome do(a) Examinado(a): Joseval Cordeiro dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): St Maruim, S/N Casa
Rural Maragogi AL CEP: 57955-000
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [SEDS / AL] 31770967
Data local do acidente: [30/07/2017]
Data local do exame: [28/08/2019] Maceio [AL]

Resultado da Avaliação Médica

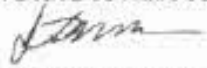
- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA COMINUTIVA COM GRANDES DESTACAMENTOS ÓSSEOS DE FÊMUR DISTAL DIREITO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, INCLUSIVE DE BLOQUEIO, EM FÊMUR DISTAL
Complicações: ANQUILOSE DE JOELHO E ENCURTAMENTO DO MEMBRO
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEAMBULANDO A CUSTA DE MULETAS DUPLAS AXILARES, MEMBRO INTENSAMENTE ATROFIADO, FLACIDO, ENCURTADO COM RIGIDEZ DE JOELHO E PÉ EM FLEXÃO APRESENTA MOBILIDADE DEDOS.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
IMPOTÊNCIA GRAVE 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" <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i>	() "Sem seqüela permanente" <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i>
---	--
- 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
() 50% médio (X) 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.

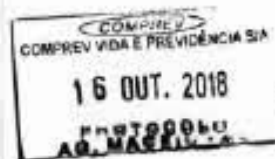
RX NÃO IDENTIFICADO, DATADO DE 24/07/2019 APONTA A PLACA E OS PARAFUSOS

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

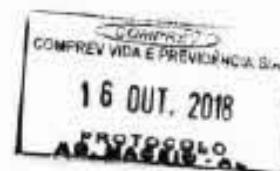

Dra. Iara Santos de Albuquerque
 CPF - 453.599.204-59
CRM/AL - 5424



ESTADO DE ALAGOAS SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL POLICIA CIVIL		BOLETIM DE OCORRÊNCIA DELEGACIA 8ª DRP - Mairiz de Camaragibe - DPJA3 FONE. 32511967 DELEGACIA DESTINO: 98ª DP - Japaratinga 8ª DRP/DPJA3		NUMERO: 0101-M/17-0372	Pág. 1 / 2
FATO	NATUREZA: ACIDENTE DE TRÂNSITO - MORTE		INSTRUMENTO		
	DATA/HORA: 30/07/2017 03:30		LOCAL DO FATO: AL-101-NORTE Zona Rural Japaratinga		
	DIA DA SEMANA: 7		PONTO DE REFERÊNCIA: Próximo ao novo Hotel Selinda		
COR 1 BRANCO 3 PRETO 2 PIRETO 5 BARBA 3 AMARELO 8 ALBINO		ESTADO CIVIL 1 SOLTEIRO 4 SEPARADO 2 CASADO 5 NUNCIADO 3 VIÚVO	NACIONALIDADE 1 BRAS NAYD 2 BRAS NATURALIZADO 3 ESTRANGEIRO	DIA DA SEMANA 1 DOM 4 OUT 7 OUT 2 OUT 5 SET 3 OUT 6 SET	GRAU DE INSTRUÇÃO 1 ANULADO 4 SUPERIOR MEDIO 2 ATASSETUADO 5 SUPERIOR 3 FUNDAMENTAL
NOME / RAZÃO SOCIAL: MARINALDO DA SILVA SANTOS		RG: 30155088		SSP-AL	CPF
FILIAÇÃO: AMARO CORDEIRO DOS SANTOS		LUCIA MARIA DA SILVA			
PROFISSÃO: Trabalhador de indus		DATA DE NASCIMENTO: 13/04/1954	IDADE: 33	COR: 4	SEXO: M
UF: AL NATURALIDADE: PORTO CALVO-AL		NACIONALIDADE: 1	ESTADO CIVIL: 5	GRAU INSTRUÇÃO: 2	TURISTA: NÃO
ENDEREÇO: SÍTIO MARUM - POVOADO S. BENTO		CIDADE: Maragogi		FONE:	
BAIRRO: ZONA RURAL		CÓDIGO: Maragogi		FONE:	
SE / IDM / IPE / JPC / IPRE / JPM / JGM ESPECIFICAR / JEM SERVIÇO / JEDR DE SERVIÇO / INATIVO		RG: 31743390		SSP-AL	CPF: 07500804423
NOME / RAZÃO SOCIAL: MARCOS RIBEIRO DA SILVA		Mara das Neves Cinco Ribeiro			
FILIAÇÃO: Cleto Amato da Silva		DATA DE NASCIMENTO: 23/05/1965	IDADE: 32	COR: 4	SEXO: M
PROFISSÃO: Desempregado		NACIONALIDADE: 1	ESTADO CIVIL: 1	GRAU INSTRUÇÃO: 2	TURISTA: NÃO
UF: AL NATURALIDADE: Porto Calvo-AL		CIDADE: Maragogi		FONE:	
ENDEREÇO: Sítio Marum		CÓDIGO: Maragogi		FONE:	
BAIRRO: Povoado São Bento		CÓDIGO: Maragogi		FONE:	
SE / IDM / IPE / JPC / IPRE / JPM / JGM ESPECIFICAR / JEM SERVIÇO / JEDR DE SERVIÇO / INATIVO		RG: 3177096-T		SSP-AL	CPF: 05944900409
NOME / RAZÃO SOCIAL: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS		Lucia Maria da Silva			
FILIAÇÃO: Amaro Cordeiro dos Santos		DATA DE NASCIMENTO: 03/11/1955	IDADE: 31	COR: 4	SEXO: M
PROFISSÃO: Autônomo		NACIONALIDADE: 1	ESTADO CIVIL: 1	GRAU INSTRUÇÃO: 2	TURISTA: NÃO
UF: AL NATURALIDADE: Boca da Mata-AL		CIDADE: Maragogi		FONE:	
ENDEREÇO: São Marum - São Bento		CÓDIGO: Maragogi		FONE:	
BAIRRO:		CÓDIGO: Maragogi		FONE:	
SE / IDM / IPE / JPC / IPRE / JPM / JGM ESPECIFICAR / JEM SERVIÇO / JEDR DE SERVIÇO / INATIVO					
AUTOR: DESCONHECIDO					
Tratou-se de um acidente de trânsito com 02 (duas) vítimas fatais e 01 (uma) vítima lesionada, tendo ocorrido no dia 30/07/2017, por volta das 03:30 horas, na AL-101-Norte, mais precisamente nas proximidades do novo Hotel Selinda, no município de Japaratinga-AL, com a motocicleta HONDA/CG 150 FAN XLR, CHASSI 002J017102R012297, conduzida pelo passageiro de MARCOS RIBEIRO DA SILVA (vítima fatal) e a motocicleta HONDA/CG 150 FAN, cor preta, placa ALP2158, chassi 002J017102R012297, conduzida pelo passageiro de MARCO RIBEIRO DOS SANTOS (vítima fatal), em sentido contrário, colidiram frontalmente. QUE, ou colisão entre as motocicletas, os condutores das motocicletas tiveram a morte no local de acidente, enquanto o jovem JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS, que estava na geradora da motocicleta de seu irmão MARINALDO foi socorrido imediatamente levado para o HGG na cidade de Maceió-AL. É tudo o relato. ADITAMENTO: APÓS CONSULTA NA DOCUMENTAÇÃO DA MOTOCICLETA, AQUI MENCIONADA, CONDUZIDA PELA VÍTIMA MARCOS RIBEIRO DA SILVA, FICOU CONSTATADO QUE TRATA-SE DA MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN, PLACA RI 06025-PE, ANO 5 MODELO 2002/2002, CHASSI 002J01702R012297, REGISTRADA NO DETRAN/PE EM NOME DE JURANDIR JOSÉ DA SILVA.					
INQUÉRITO POLICIAL		ADMINIC: 0103-P/17-0649		DELEGACIA: 98ª DP - Japaratinga 8ª DRP/DPJA3	NUMERO: 18/2017
DATA INTAURAÇÃO: 02/08/2017 10:00:00		DATA CONCLUSÃO: 29/08/2017 10:00:00		FORMA CONCLUSÃO: SEM AUTORIA	
MOTIVAÇÃO:					



 ESTADO DE ALAGOAS SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL POLÍCIA CIVIL	BOLETIM DE OCORRÊNCIA		NUMERO: 0101-M/17-0372	Pág. 2 / 2
	DELEGACIA - 2ª DRP - Matriz de Camaragibe - DPJA3			
	FONE: 32511967		DATA/HORA COMUNICADO: 30/07/2017 17:00	
	DELEGACIA DESTINO: 96ª DP - Japaratinga 8ª DRP/DPJA3			
NOTICIANTE:	ASS:	<i>Gláucia Maria da Silva</i>		
ELABORADO POR: José Asnóbio Firmino da Silva	ASS:	RG / MAT: 658375		
AUTORIDADE: Aylton Soares Prazeres	ASS:	RG / MAT: 413887		
ESCRIVÃO AD-HOC: José Asnóbio Firmino da Silva	ASS:	RG / MAT: 658375		



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOSEVAL CORDEIRO SANTOS

CPF da Vítima

069.449.004-08

Data do Acidente

30/07/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

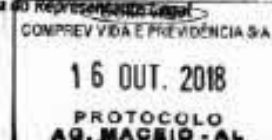
Maragogi 02 de Outubro de 2018

Local e Data

Joseval Cordeiro dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DALI.001 V001/2017


ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DO ESTADO PROFESSOR OSVALDO BRANDÃO VILELA
SECRETARIA HOSPITALAR
Avenida Jorge de Lima, 2095, Trapicho da Barra - Maceió - AL - CEP: 57010-001
Fone: (82) 3315-7364 - CNPJ: 12.200.259/0001-65

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

D. NASCIMENTO: 03.11.1985

PRONTUÁRIO: 2647766

DATA DO ATENDIMENTO: 30.07.2017

HORA: 6h:03min

ALTA: 01.11.2017

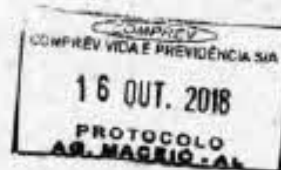
CID: T.01

DIAGNÓSTICO: ➤ POLITRAUMA

TRATAMENTO: ➤ CIRÚRGICO

ACHADO: ➤ ACIDENTE MOTOCICLISTICO
➤ FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DIREITO E FECHADA DA TÍBIA DIREITA
➤ INFECÇÃO PROFUNDA EM FOSSA POPLÍTEA DIREITA (ABSCESSO EM COXA)

CONDUTA: ➤ AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA
➤ EXAUSTIVA LIMPEZA COM SF 0,09
➤ FIXAÇÃO COM PINOS E FIXADOR TUBO A TUBO (EXTERNO)
➤ DRENAGEM DE ABSCESSO EM COXA
➤ DEBRIDAMENTOS CIRÚRGICOS
➤ CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIO
➤ MEDICAÇÃO / ANTIBIOTICOTERAPIA
➤ HEMOTRANSFUSÃO
➤ EXAMES LABORATORIAIS



OBS.: Paciente atendido pela equipe médica desta Unidade de Emergência através do Sistema Único de Saúde.

OBS.: Relato as informações constantes no prontuário.

Maceió, 28 de dezembro de 2017

CÓPIA




Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Médico
CRM 30894



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: 07/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03544

CONTA: 000000013372-6

Nr. da Autenticação 14F09985E4DF1D83



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: 03/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03544

CONTA: 000000013372-6

Nr. da Autenticação 660EE839D6BE334F



DECLARAÇÃO

Eu, Joseval Cordeiro dos Santos,
Autônomo, Solteiro, residindo em
Maragogi - Alagoas, inscrito no CPF
de número 059.449.004-08.

Venho através desta informar
que o Hospital Geral do Estado
só entrega a vítima o Relatório
médico e mais nada, pois o HGE
só faz o Requerimento, para
Relatório Médico, o mesmo já
é entregue (enviado).

Não tenho mais documentos
entregues pelo HGE de Natalamento.
Apenas envio nome de imagem.
Espero que a LIDER Venha
passar minha Perícia Médica
direto de identificação do Seguro
DPVAT. Reviando Documentos Médicos.

Sem mais, Agrado

Declarante

Joseval Cordeiro dos Santos
CPF. 059.449.004-08

CÓPIA

Maragogi, 11 de Novembro



JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS,,
Sex:Mascul.
Data de nascimento:03/11/1985
ID: PAT001001

Data de aquis.:29/08/2018
Hora de aquis.:09:52:42
Indice de exp.:2397

Data de aquis.:29/08/2018
Hora de aquis.:09:56:52
Indice de exp.:2119



FÊMUR
AP
W: 4095, L: 2043
ID de técnico: admin

JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS,,
Sex:Mascul.
Data de nascimento:03/11/1985
ID: PAT001001

Data de aquis.:29/08/2018
Hora de aquis.:09:54:40
Indice de exp.:1359

Escala:0.0
ORTAL
JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS,,
Sex:Mascul.
Data de nascimento:03/11/1985
ID: PAT001001

FÊMUR
LATERAL
W: 4095, L: 2043
ID de técnico: admin

Escala:0.0
ORTAL
JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS,,
Sex:Mascul.
Data de aquis.:29/08/2018
Hora de aquis.:09:53:46
Indice de exp.:1348

Lateral

Escala:0.0
ORTAL
JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS,,
Sex:Mascul.
Data de aquis.:29/08/2018
Hora de aquis.:09:53:46
Indice de exp.:1348

Lateral

COMPREY
COMPREY VIGIA E PREVIDÊNCIA S/A
26 NOV. 2013
PROTÓCOLO

JOELHO
AP
W: 4095, L: 2043
ID de técnico: admin

Escala:0.0
ORTAL
JOELHO
LATERAL
W: 4095, L: 2043
ID de técnico: admin

JOELHO
LATERAL

Escala:0.0
ORTAL
JOELHO
LATERAL
W: 4095, L: 2043
ID de técnico: admin

ORTAL



ATESTADO MÉDICO

PACIENTE: Joseval Cordeiro dos Santos

DN: 03/11/1965

1- PATOLOGIAS APRESENTADAS (CID-10):

- Sequela de fratura completa do fêmur
distal DIREITO (S12.4)

2- TERAPÊUTICAS REALIZADAS:

- Tratamento cirúrgico na urgência com fixação
externa.

- A programação ortotomica do fêmur distal do
DIREITO da URGÊNCIA (29/09/2018)

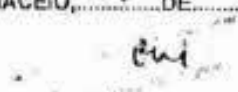
3- CONSIDERAÇÕES:

- encontra-se incapacitado para suas atividades
laborativas por tempo indeterminado.

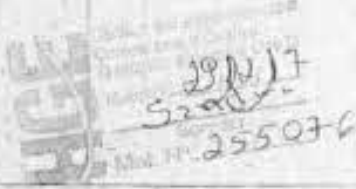
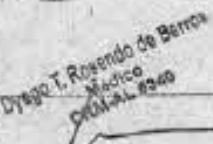


CÓPIA

MACEIÓ, 29 DE Agosto DE 2018


MÉDICO ASSISTENTE



BOLETIM OPERATÓRIO	
NOME: DOSSENA CAROLINA	REG: 2647366 IDADE: 31
DATA DA CIRURGIA: 30/07/17	HORA INÍCIO: HORA TÉRMINO:
MÉDICO: D4400 ROSTRIO	MÉDICO AUXILIAR:
MÉDICO ANESTESISTA:	ACADÊMICO:
DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO (ACESSO - ACHADOS - CONDUTA)	
1. Paciente em decúbito dorsal sob anestesia 2. Anestesia e colocação campos elétricos 3. Incisão sobre lesão radicular fêmur distal (D) 4. Extirpação com peça mecânica cirúrgica com 20 vitas SF09 5. Passado 3 pinos chaves acima do foco de fratura de fêmur (D) 6. Passado 2 pinos proximais e 02 pinos de chaves distais 7. Fixado fêmur e tibia com tubo e tubo e alinhado com o eixo mecânico 8. Pulso positivo presente 9. Sutura por planos 10. Curativa	
MATERIAIS ESPECÍFICOS UTILIZADOS	
02 Placas de fixação tubo e tubo SF09 20 vitas 07 pinos chaves	
   	

CÓPIA

Av. Brasil, 2000 - Jd. Santa Helena - São Paulo - SP - 01049-000 - Fone: (11) 3061-1111 - Fax: (11) 3061-1112 - CNPJ: 12.209.238/0001-95





ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DO ESTADO PROFESSOR OSVALDO BRANDÃO VILELA
SECRETARIA HOSPITALAR
Avenida Jorge de Lima, 2095, Trapiche da Barra - Maceió - AL - CEP: 57030-003
Fone: (82) 3336.7364 - CNPJ: 12.200.259/0001-05

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

D. NASCIMENTO: 03.11.1985

PRONTUÁRIO: 2647766

DATA DO ATENDIMENTO: 30.07.2017

HORA: 6h:03min

ALTA: 01.11.2017

CID: T.01

DIAGNÓSTICO: > POLITRAUMA

TRATAMENTO: > CIRÚRGICO

ACHADO:

- > ACIDENTE MOTOCICLISTICO
- > FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DIREITO E FECHADA DA TÍBIA DIREITA
- > INFECÇÃO PROFUNDA EM FOSSA POPLÍTEA DIREITA (ABSCESSE EM COXA)

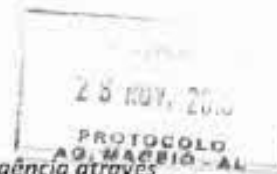
CONDUTA:

- > AVALIAÇÃO DA ORTOPEdia
- > EXAUSTIVA LIMPEZA COM SF 0,09
- > FIXAÇÃO COM PINOS E FIXADOR TUBO A TUBO (EXTERNO)
- > DRENAGEM DE ABSCESSE EM COXA
- > DEBRIDAMENTOS CIRÚRGICOS
- > CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIO
- > MEDICAÇÃO / ANTIBIOTICOTERAPIA
- > HEMOTRANSFUSÃO
- > EXAMES LABORATORIAIS

CÓPIA

OBS.: Paciente atendido pela equipe médica desta Unidade de Emergência através do Sistema Único de Saúde.

OBS.: Relata as informações constantes no prontuário.



Maceió, 28 de dezembro de 2017

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/09/2020 14:44:30



RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

D. NASCIMENTO: 03.11.1985

PRONTUÁRIO: 2647766

DATA DO ATENDIMENTO: 30.07.2017

HORA: 6h:03min

ALTA: 01.11.2017

CID: T.01

DIAGNÓSTICO: > POLITRAUMA

TRATAMENTO: > CIRÚRGICO

ACHADO: > ACIDENTE MOTOCICLISTICO
> FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DIREITO E FECHADA DA TÍBIA DIREITA
> INFECÇÃO PROFUNDA EM FOSSA POPLÍTEA DIREITA (ABSCESSO EM COXA)

CONDUTA: > AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA
> EXAUSTIVA LIMPEZA COM SF. 0,09
> FIXAÇÃO COM PINOS E FIXADOR TUBO A TUBO (EXTERNO)
> DRENAGEM DE ABSCESSO EM COXA
> DEBRIDAMENTOS CIRÚRGICOS
> CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIO
> MEDICAÇÃO / ANTIBIOTICOTERAPIA
> HEMOTRANSFUSÃO
> EXAMES LABORATORIAIS

OBS.: Paciente atendida pela equipe médica desta Unidade de Emergência através da Sistema Único de Saúde.

OBS.: Relato as informações constantes no prontuário.



Maceió, 28 de dezembro de 2017

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Maceió
CRM 038381

CÓPIA



BOLETIM OPERATÓRIO

NOME: Jonival Cordeiro da Silva REG: 2647766 IDADE: 50
DATA DA CIRURGIA: 29/09/17 HORÁRIO INÍCIO: - HORA TÉRMINO: -
MÉDICO: Fernando Bastos MÉDICO AUXILIAR: -
MÉDICO ANESTESISTA: C. B. L. ACADÊMICO: -

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO (ACESSO - ACHADOS - CONDUTA)

- ① Acesso: Minicrânio na face lateral e medial do 1/3 distal da cost. ②.
② Achados: Coleções purulentas na face posterior do 1/3 distal da cost. ②.
③ Conduta:
- Pericrânio em MMA sob anestesia
 - Antissepsia e drenagem dos abscessos
 - Minicrânio na face lateral e medial da cost.
 - Drenagem de pus
 - Iridogonite 5% 0,9%
 - Colocação de dreno penicilina 4mm
 - Sutura espongada.
 - Curativo compressivo.

MATERIAIS ESPECIAIS UTILIZADOS

CONFIRMAÇÃO
COMPREENSÃO E EFECUÊNCIA NA
26 NOV. 2018
PROTÓCOLO
AL - MACÉIO - AL

CÓPIA

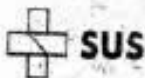
Dr. Fernando Bastos
Cirurgião - Otorrinolaringologista
CRM - AL 5211

ASS. DO RESPONSÁVEL PELA CIRURGIA - CRM

SE NECESSÁRIO USAR O VETULO

Av. Siqueira Campos, nº 2095 - Tríplice de Berta - Cep: 57.010-001 - Macéio - AL - Fone/Fax: (82) 3515-3277 - CNPJ: 12.230.255/0001-05





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HGE

2006510

2006510

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

Paulo Roberto de Santos

4 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

5 - DATA DE NASCIMENTO

6 - SEXO

Masculino 1 Feminino 2

7 - Nº DO PROMISSO

8 - NOME DA MÃE

9 - NOME DO RESPONSÁVEL

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

12 - CID - CID-10

13 - CID - CID-9

14 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

Paciente com histórico de doença
em fase de progressão de
severa manifestação clínica dos sinais
de doença

15 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

Doença crônica

16 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVA DIAGNÓSTICA E RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

Análise em exame físico

17 - DATA DO EXAME

18 - CID - CID-10

19 - CID - CID-9

20 - CID - CID-10 ASSOCIADO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Diagnóstico de doença

041.10.4.00.10

22 - CID - CID-10

23 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

24 - DOCUMENTO

25 - Nº DOCUMENTO (CONSOP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Francisco Gomes

27 - DATA DO EXAME

28 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

29 - TIPO DE ACIDENTE

30 - CNPJ DA SEGURADORA

31 - TIPO DE ACIDENTE

32 - CNPJ EMPRESA

33 - TIPO DE ACIDENTE

34 - CNPJ SEGURADORA

35 - TIPO DE ACIDENTE

36 - CNPJ SEGURADORA

37 - TIPO DE ACIDENTE

38 - CNPJ SEGURADORA

39 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

40 - CID - CID-10

41 - Nº DOCUMENTO (CONSOP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

42 - CID - CID-10

43 - CID - CID-9

44 - CID - CID-10

45 - CID - CID-9

46 - CID - CID-10

47 - CID - CID-9

48 - CID - CID-10

49 - CID - CID-9

50 - CID - CID-10

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO

53 - Nº DOCUMENTO (CONSOP) DO PROFISSIONAL DO CONSELHO

54 - Nº DOCUMENTO (CONSOP) DO PROFISSIONAL DO CONSELHO

55 - Nº DOCUMENTO (CONSOP) DO PROFISSIONAL DO CONSELHO

56 - Nº DOCUMENTO (CONSOP) DO PROFISSIONAL DO CONSELHO

57 - Nº DOCUMENTO (CONSOP) DO PROFISSIONAL DO CONSELHO

58 - CID - CID-10

59 - CID - CID-9

60 - CID - CID-10

61 - CID - CID-9

62 - CID - CID-10

63 - CID - CID-9

64 - CID - CID-10

65 - CID - CID-9

66 - CID - CID-10

67 - CID - CID-10

68 - CID - CID-9

69 - CID - CID-10

70 - CID - CID-9

71 - CID - CID-10

72 - CID - CID-9

73 - CID - CID-10

74 - CID - CID-9

75 - CID - CID-10

76 - CID - CID-10

77 - CID - CID-9

78 - CID - CID-10

79 - CID - CID-9

80 - CID - CID-10

81 - CID - CID-9

82 - CID - CID-10

83 - CID - CID-9

84 - CID - CID-10

85 - CID - CID-10

86 - CID - CID-9

87 - CID - CID-10

88 - CID - CID-9

89 - CID - CID-10

90 - CID - CID-9

91 - CID - CID-10

92 - CID - CID-9

93 - CID - CID-10

94 - CID - CID-10

95 - CID - CID-9

96 - CID - CID-10

97 - CID - CID-9

98 - CID - CID-10

99 - CID - CID-9

100 - CID - CID-10

101 - CID - CID-9

102 - CID - CID-10

103 - CID - CID-10

104 - CID - CID-9

105 - CID - CID-10

106 - CID - CID-9

107 - CID - CID-10

108 - CID - CID-9

109 - CID - CID-10

110 - CID - CID-9

111 - CID - CID-10

112 - CID - CID-10

113 - CID - CID-9

114 - CID - CID-10

115 - CID - CID-9

116 - CID - CID-10

117 - CID - CID-9

118 - CID - CID-10

119 - CID - CID-9

120 - CID - CID-10

121 - CID - CID-10

122 - CID - CID-9

123 - CID - CID-10

124 - CID - CID-9

125 - CID - CID-10

126 - CID - CID-9

127 - CID - CID-10

128 - CID - CID-9

129 - CID - CID-10

130 - CID - CID-10

131 - CID - CID-9

132 - CID - CID-10

133 - CID - CID-9

134 - CID - CID-10

135 - CID - CID-9

136 - CID - CID-10

137 - CID - CID-9

138 - CID - CID-10

NOME: JOSEVAL CORDEIRO DA SILVA

DATA DA CIRURGIA: 30/07/17

MÉDICO: DILEO AGUIAR

MEDICO ANESTESISTA:

REG: 2647266

HORA INICIO:

MÉDICO AUXILIAR:

ACADÊMICO:

IDADE: 31

HORA TERMINO:

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO (ACESSO - ACHADOS - CONDUTA)

1. Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
2. Antissepsia e colocação campos estéreis
3. Incisão sobre lesão recente, fenda distal
4. Lavagem com água morna e solução antisséptica
5. Passado 3 pontos chave acima do foco de fratura de fêmur
6. Passado 2 pontos proximais e 02 pontos de chave distais
7. Fixado fêmur e fixa com tubos e fio
8. Alinhado com o eixo mecânico
9. Pulso positivo presente
10. Curativo

COMPREV

COMPREV VISA E PREVIDÊNCIA S/A

26 NOV. 2018

PROTOCOLADO

MATERIAIS ESPECIAIS UTILIZADOS

02 Fixadores externos, tubo e fio

STO 91 201110

07 pontos chave

Dr. Diego T. Rosendo de Barros

Médico

CRM 10000

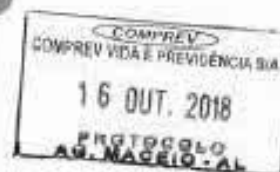
ASS. DO RESPONSÁVEL PELA CIRURGIA - CRM

SE NECESSÁRIO USAR O VÍDEO

CÓPIA







CÓPIA



TRABALHADOR

Este é o seu Cartão de Trabalho e Previdência Social. Ele contém informações importantes sobre sua situação previdenciária e trabalhista. Mantenha-o sempre em seu poder e atualize-o regularmente.

Para garantir a validade do seu Cartão, é necessário que você atualize suas informações pessoais e profissionais. Isso inclui seu endereço, estado civil, profissão e situação trabalhista. A atualização deve ser feita anualmente ou sempre que houver uma mudança relevante.

A atualização pode ser feita pessoalmente em uma agência do Ministério do Trabalho e Emprego ou através de um representante legalmente habilitado. O processo é simples e rápido, garantindo a validade do seu Cartão.

Além disso, o Cartão também serve como uma forma de identificação profissional e trabalhista. Ele é aceito em todos os locais onde haja necessidade de comprovar sua situação previdenciária e trabalhista.

Para mais informações sobre como atualizar seu Cartão, consulte o site do Ministério do Trabalho e Emprego ou ligue para o 156.

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

16 OUT. 2018

PROT 00010
A9. MALEIO-AL

COPIA



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

162.59259.16-7

NÚMERO

0075706

SÉRIE

0050

AL

Antônio YVES Cordeiro dos Santos

ASSINATURA DO TITULAR



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

PLACIAÇÃO: LUCIA MARIA DA SILVA
AMARCO CORDEIRO DOS SANTOS

MOBILMENTO: 0911/1983

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOCA DA MATTA - AL

DOCUMENTO: R.O. 317/0867 - 09/03/2008 - SOJOS - AL

LEI Nº 8.046, DE 18 DE MAIO DE 1994

CNPJ: 089.449.004-06

TIT. ELEITOR

LOCAL DE EMISSÃO: AAAL - MACAÇOES

DATA DE EMISSÃO: 20/09/2018

CPF: 000.000.000-00

DATA: 20/09/2018

ASSINATURA DO EMISSOR

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

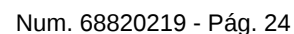
TIPO DE ALTERAÇÃO	ALTERAÇÃO DE DADOS PESSOAIS
DATA DE REALIZAÇÃO	20/09/2018
LOCAL DE REALIZAÇÃO	MACAÇOES - AL
ASSINATURA DO TITULAR	<i>Antônio YVES Cordeiro dos Santos</i>
ASSINATURA DO EMISSOR	<i>Antônio YVES Cordeiro de Mello Junior</i>





CÓPIA



[illegible]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180485127 Cidade: Japaratinga Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS Data do acidente: 30/07/2017 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA COM GRANDES DESTACAMENTOS ÓSSEOS DE FÊMUR DISTAL DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEAMBULANDO A CUSTA DE MULETAS DUPLAS AXILARES, MEMBRO INTENSAMENTE ATROFIADO, FLÁCIDO, ENCURTADO COM RIGIDEZ DE JOELHO E PÉ EM FLEXÃO APRESENTA MOBILIDADE DEDOS

Resultados terapêuticos: INSATISFATÓRIOS COM ATROFIA, ENCURTAMENTO E PÉ EM FLEXÃO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/08/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO LEVE DO MID, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO MID.
 RX NÃO IDENTIFICADO, DATADO DE 24/07/2019 APONTA A PLACA E OS PARAFUSOS

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 intenso - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180485127

Cidade: Japaratinga

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

Data do acidente: 30/07/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FEMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIO).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO PERNA DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DA PERNA ESQUERDA.

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONÇA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:



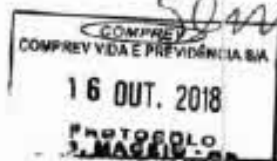
Declaração

Eu, Josival Cordeiro Santos,
Solteiro, Autônomo, inscrito no CPF de
numero: 069.449.004-08, Residendo em Maragogi.

Venho através desta informar que
Não conheço e nem tenho contato com
O proprietário da Moto ao qual estava
Pilotoando no dia do meu acidente.
Não é possível enviar a declaração - Proprietário da moto.
Espero que a LIDER. entenda a moto
é de terceiros amigos ao qual eles
não tem contato do mesmo, já foi
procurado no município de Palmares
P.E, e não teve êxito.

Fico no aguardo da minha pericia
desde de já Agradeço:

Sem mais, Declarante:



Josival Cordeiro dos Santos
CPF: 069.449.004-08.

Maragogi, 29 de Setembro 2018



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376100/18

Vítima: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

CPF: 069.449.004-08

Seguradora: MIM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/07/2017

Titular do CPF: JOSEVAL CORDEIRO DOS
SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS : 069.449.004-08

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 de entrega: 16/10/2018

Nome: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

CPF: 069.449.004-08

JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2018

Nome: EDUARDO HENRIQUE DE SOUSA LUDOVICO

CPF: 090.833.874-02

EDUARDO HENRIQUE DE SOUSA LUDOVICO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376100/18

Número do Sinistro: 3180485127

Vítima: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

CPF: 069.449.004-08

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/07/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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 cancela 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: 26/11/2018
Nome: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS
CPF: 069.449.004-08

JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018
Nome: PATRICIA DA SILVA MEDEIROS
CPF: 094.056.024-03

PATRICIA DA SILVA MEDEIROS



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376100/18

Número do Sinistro: 3180485127

Vítima: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

CPF: 069.449.004-08

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/07/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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 cancela 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: 02/08/2019
Nome: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS
CPF: 069.449.004-08

JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

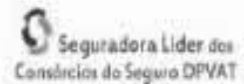
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/08/2019
Nome: PATRICIA DA SILVA MEDEIROS
CPF: 094.056.024-03

PATRICIA DA SILVA MEDEIROS



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376100/18

Número do Sinistro: 3180485127

Vítima: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

CPF: 069.449.004-08

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/07/2017

Titular do CPF: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 26/11/2018
Nome: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS
CPF: 069.449.004-08

JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018
Nome: PATRICIA DA SILVA MEDEIROS
CPF: 094.056.024-03

PATRICIA DA SILVA MEDEIROS



Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180485127**

Vitima: **JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS**

Data do Acidente: **30/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180485127**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 11484463

Pag. 0070100702 - carta_01 - INVALIDEZ

00020396



Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS
Nº Sinistro: 3180485127
Vítima: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS
Data do Acidente: 30/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180485127**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

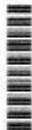
Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00027/00820 - carta_03 - INVALIDEZ

00050464



Carta nº 13488974





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradotalider.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, 19 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180485127

Vítima: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

Data do Acidente: 30/07/2017

Cobertura: INVAUDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 01/91/01792 - carta_02 - INVAUDEZ

00070066



Carta nº 14720722





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, 08 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180485127

Vítima: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

Data do Acidente: 30/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

Recebedor: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000003544

Conta: 0000013372-6

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

Pag. 0046500468 - cartã 30 - INVALIDEZ

00360220

