
Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190240205

Vítima: SIVAL HONORATO LEITE NETO

Data do Acidente: 13/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SIVAL HONORATO LEITE NETO

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, 14 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190240205

Vítima: SIVAL HONORATO LEITE NETO

Data do Acidente: 13/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SIVAL HONORATO LEITE NETO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: SIVAL HONORATO LEITE NETO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000729

Conta: 0000030808-6

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 706.956.814-27 CPF da vítima: Sival Honorato b. Neto
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: Sival Honorato b. Neto Nº: 706.956.814-27
 Profissão: Recusado Endereço: Rua João Galvão de Carvalho Número: 30 Complemento:
 Bairro: Mandacaru Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58025-690
 E-mail: Tel (DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$6.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para as bancas abaixo. Assinale uma opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0729 CONTA: 30808 6
 (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/vencimento 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atenda 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 do acidente de trânsito, conforme Lei nº 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (ou nascitur)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: João Pessoa - PB 28/03/19
 Nome: _____
 CPF: _____
 (*) Assinatura de quem assina A RGO
 Sival Honorato b. Neto
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____



(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz para preencher e assinar o presente formulário. A SEU nome, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprovando-se a autenticidade do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, C.T. E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00045.01.2019.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00045.01.2019.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:04 horas do dia 21 de março de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Isaías Olegário da Silva, matrícula 611697, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **SIVAL Honorato Leite Neto**, CPF nº 706.956.814-27, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Ajudante de Mecânica, filho(a) de Alessandra dos Santos e Nivaldo de Freitas Leite, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 08/10/2000 (18 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua João Gabino de Carvalho, Nº S/N, bairro Treze de Maio, tendo como ponto de referência Colégio, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98669-4639.

Dados do(s) Fatos:

Local: Francisco Moura, Audio Comunicação, João Pessoa/PB, bairro Mandacaru; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 13/09/18 12:13h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

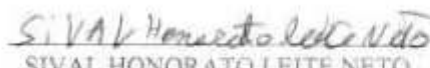
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE trafegava com a motocicleta, marca e modelo: HONDA/NXR 125 BROS ES, ano e modelo: 2003 de cor azul, PLACA: CWM 4591 PB, chassi nº 9C2JD20203R022073, registrado em nome de Josinaldo Bezerra de Oliveira-CPF nº 092.004.244-90 vizinho do notificante: QUE seguia normalmente em sua mão quando um caminhão fez uma manobra errada, caminhão esse que o notificante não sabe especificar marca e modelo, que devido ao fato o notificante foi de encontro ao pneu desse veículo e acabou perdendo o controle e veio a cair ao chão, que o notificante relata que o condutor do caminhão não ficou no local evadindo-se sem prestar socorro; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0165/2019- EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 18.02.2019, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, expede a presente Certidão: A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 21 de março de 2019.


JOSÉ SAULO ARAÚJO NEGREIROS
Agente de Investigação


SIVAL HONORATO LEITE NETO
Notificante



Procedimento Policial: 00045.01.2019.1.00.420

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 706.956.814-27 CPF da vítima: Sival Honorato b. Neto
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: Sival Honorato b. Neto Nº: 706.956.814-27
 Profissão: Recusado Endereço: Rua João Galvão de Carvalho Número: 30
 Bairro: Mandacaru Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58025-690
 E-mail: Tel (DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$6.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para as bancas abaixo. Assinale uma opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0729 CONTA: 30808 6
 (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/vencimento do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atenda 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 do acidente de trânsito, conforme Lei nº 194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (ver nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, antes de qualquer oposição ou contestação não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 233 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 28/03/19
 Nome: _____
 CPF: _____
 (*) Assinatura de quem assina A ROGO
 Sival Honorato b. Neto
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____



(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz para preencher e assinar o presente formulário. A SEU nome na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprovando-se a autenticidade do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DE IDENTIDADE, C.T.E E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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

Ficha Nr: 163078 Atd: Nao Regul
Data: 13/09/2018
Hora: 12:13:42
Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS
Clínica: ~~PIZZAIOLO~~ *curuz*

DADOS DO PACIENTE

Nome: SIVAL HONORATO LEITE NETO

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.09.001767

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 987647437

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 09/10/2000 Id: 17 ano(s)

End.: RUA CARLOS ALBERTO MOURA FILHO, 1033 PAC. SEM DOCUMENTO ACOMPANHADO PELA TIA

Bairro: PADRE ZE Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: ALESSANDRA DOS SANTOS

Pai: NIVALDO DE FREITAS LEITE

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PIZZAIOLO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: TIA MARICELIA LEITE

Te. Loc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COL.MOTXCAMINHÃO DO LIXO HJ

Vitima de violência por: PELA TARDE/ NO TREZE DE MAIO/CONDUTOR

☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

FC:
Peso:
Glicemia:
Circ. Abd:

FR:
TP:
Altura:
IMC:
O2%:



☐ Aparentemente Bem ☐ Grave
☐ Politraumatizado ☐ Convulsao
☐ Hemorragia ☐ Dispneia
☐ Diarreia ☐ Agitado
☐ Regular ☐ Chocado
☐ Vômito
Observacao
VEM COM O SAMU

Queixa Principal

COLISSAO: CARRO /MOTO AVALIACAO DA GERAL

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente trazida pela Soma com história de lesão múltipla com contusão, sem uso de capacete, não
traiu ou vomitou ou RCO; nega TCE, não dor em região de M16.

Ex físico BCC, corado, inchado, afetu, ausência de dor em região torácica e abdome

Diagnostico Fratura exposta

Conduta Rx de tórax esquerda + Ao e
ortopedica + Alto da C. Gnal

Prescrição

Horario da medicacao

DR. MARCELO SOARES
MÉDICO
CRM-PB 11490

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SIVAL HONORATO LEITE NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00729

CONTA: 000000030808-6

Nr. da Autenticação 3791D4B04DC2CFA1



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 08.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME O SEU NÚMERO
MATRÍCULA

1056590

REFERÊNCIA

MAR/2019

UNIDADE DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA JOSÉ DE FLEITE
RUA JOÃO GABINIO DE CARVALHO, S/N - VL - MANDACARU
JOÃO PESSOA PB 58025-690

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001.054.050.11.19.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
			LIGADO	POTENCIAL		
001.054.050.11.19.000 ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NUM DE DIAS PROXIMA LEITURA						
10 08/04/2019						
001.054.050.11.19.000 CONS./ANOR. LEIT. QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 M5.						
FEV/2019	10	PARAMETROS EXIG.		ANALIS.	CONFORMES	
JAN/2019	10	TURBIDEZ		268	268	268
DEZ/2018	10	CLORO		268	268	268
NOV/2018	10	COL. TERMO		0	0	0
OUT/2018	10	COR		73	73	72
SET/2018	10	COL. TOTAIS		268	268	268
MÉDIA(M) DADOS REFERENTES A: JAN/2019						

DATA DA IMPRESSÃO: 11/03/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 11:23:19

DESCRIÇÃO

CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

10 M3 7,91

CONSUMO DE ÁGUA

ESGOTO

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

28 MAR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

VALOR APROXIMADO DE INÍCIOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

19/03/2019

Total a Pagar:

R\$ 37,91



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: NÃO MEDIDO

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***

*** WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR ***

[illegible]

2007年12月15日，中国工商银行（以下简称“工商银行”）与渣打银行（以下简称“渣打银行”）在上海签署了《战略合作协议》，双方同意在人民币跨境贸易结算、人民币清算、人民币境外直接融资、人民币境外支付、人民币境外投资、人民币境外汇兑、人民币境外理财、人民币境外担保、人民币境外保险、人民币境外信托、人民币境外基金、人民币境外证券、人民币境外期货、人民币境外期权、人民币境外互换、人民币境外衍生品、人民币境外其他金融业务等方面开展合作。双方同意在人民币跨境贸易结算、人民币清算、人民币境外直接融资、人民币境外支付、人民币境外投资、人民币境外汇兑、人民币境外理财、人民币境外担保、人民币境外保险、人民币境外信托、人民币境外基金、人民币境外证券、人民币境外期货、人民币境外期权、人民币境外互换、人民币境外衍生品、人民币境外其他金融业务等方面开展合作。



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/DOCDORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29635>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

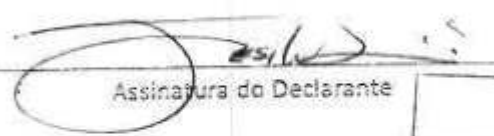
¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE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

Pelo exposto, eu Jose Eduardo da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Sival Hemerato Leite Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 708.956.814/27
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Sival Hemerato L. Neto
inscrito (a) no CPF sob o Nº 708.956.814/27, 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 B. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Mangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel (DDD): _____

Local e Data: João Pessoa - PB 28/03/2019


Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
28 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Josemildo Bezerra de Oliveira,
RG nº 3197350, data de expedição 20/02/2017
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 092.004.241-90 com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
João Cabano de Carvalho nº 514
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Sival Hononato Leite Neto cujo o condutor era
Sival Hononato Leite Neto

Veículo: moto
Modelo: HONDA/NXR 125 BROS
Ano: 2003
Placa: CWM 4591/PB
Chassi: 9C2JD20203R022073
Data do Acidente: 13-09-18
Local e Data: João Pessoa, 20-03-19

X Josemildo Bezerra de Oliveira
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO CARLOS NEVES - Rua Manoel Medeiros de Faria Camacho, 361, Eduardo Antonio de Gama Camacho
7º Ofício Notarial 5401A Substituto



REC. DE FIRMA Nº 2019-003954

Reconheço por autenticidade a firma de:

JOSEMILDO BEZERRA DE OLIVEIRA

Cou fê, em testemunho da verdade.

João Pessoa-PB, 20/03/2019 às 20:20

RESPONSÁVEL: OSANETE DE ARAUJO VELOSO - ESCRIVENTE

EMPL. Nº 9.91 CEPJ. Nº 1.90 FAPEN. Nº 9.28 ISS. Nº 9.50

SELO DIGITAL: SELO DIGITAL A1F9A03E-Y2G4

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Av. Santa Catarina, 57 - Bairro dos Estados - João Pessoa / PB - CEP: 50030-071 - Tel: (33) 3244.1312 / 3023.7725



CERTIDÃO

Nº. 0165/2019

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 Buritty, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 163078 e Prontuário nº 2018.09.001767 pertencentes a **SIVAL HONORATO LEITE NETO** que foi atendido dia 13/09/2018 às 12H13min, vítima de colisão moto x caminhão, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tibia esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 13/09/2018 com alta médica dia 15/09/2018.

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

João Pessoa, 18 de fevereiro de 2019

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



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

Ficha Nr: 163078 Atd: Nao Regul
Data: 13/09/2018
Hora: 12:13:42
Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS
Clínica: ~~PIZZAIOLO~~ *curuz*

DADOS DO PACIENTE

Nome: SIVAL HONORATO LEITE NETO

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.09.001767

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 987647437

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 09/10/2000 Id: 17 ano(s)

End.: RUA CARLOS ALBERTO MOURA FILHO, 1033 PAC. SEM DOCUMENTO ACOMPANHADO PELA TIA

Bairro: PADRE ZE Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: ALESSANDRA DOS SANTOS

Pai: NIVALDO DE FREITAS LEITE

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PIZZAIOLO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: TIA MARICELIA LEITE

Te. Loc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COL.MOTXCAMINHÃO DO LIXO HJ

Vitima de violência por: PELA TARDE/ NO TREZE DE MAIO/CONDUTOR

☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

FC:
Peso:
Glicemia:
Circ. Abd:

FR:
TP:
Altura:
IMC:
O2%:



☐ Aparentemente Bem ☐ Grave
☐ Politraumatizado ☐ Convulsao
☐ Hemorragia ☐ Dispneia
☐ Diarreia ☐ Agitado
☐ Regular ☐ Chocado
☐ Vômito
Observacao
VEM COM O SAMU

Queixa Principal

COLISSAO: CARRO /MOTO AVALIACAO DA GERAL

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente trazida pela Soma com história de lesão múltipla com contusão, sem uso de capacete, não
traiu ou vomito ou RVO; nega TCE, não dor em região de M16.

Ex físico BCC, corado, inchado, afetu, ausência de dor em região torácica e abdome

Diagnostico Fratura exposta

Conduta Rx de tórax esquerda + Ao e
ortopedica + Alto da C. Gnal

Prescrição

Horario da medicacao

DR. ANTONIO SOARES
MÉDICA
CRM-PB 11490

ORTOPEDIA

Relato do quadro de muito grau

Deflexão "fletida" de carina. Referir-se de

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo) de TCC

Relato da mãe para o

Exatidão: Deu, com o corpo e a cabeça
me: el tala-fx. Deu deformidade na parte
permanente durante no tempo médio de
2000.
Deu alt. neurológicas. Deu a nível de TCC

Re: Exat. Deu. Tala-fx

Re: Exat. Deu. Tala-fx ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horário | Evolução

CD: Intervenções de Hto cirurgia
Deu.
Infernal de exat.

Dr. Tiberio Vanomark
Ortopedia / Cirurgia de Mão
CRM-FB 8252 / TEOT 14340

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
28 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DESTINO DO PACIENTE

[] Residência [] Transferido [] Desistência [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

Nome: SIVAL HONORATO LEITE NETO				Registro:	
Idade: 17 ANOS	Sexo: M	Cor:	Clinica: Ortopedia	EMP:	LP:
Data: 13/09/2018			Médico: DR. MOURIBE		
1º Assistente: DR FELLIPE BEZERRA			2º Assistente:		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
FX EXP DE TIBIA					
Gustulo I					
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
O mesmo					
PROCEDIMENTO(S)				CÓDIGO	
RAFI DA TIBIA					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva					

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
28 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Felipe Bezerra
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 35524

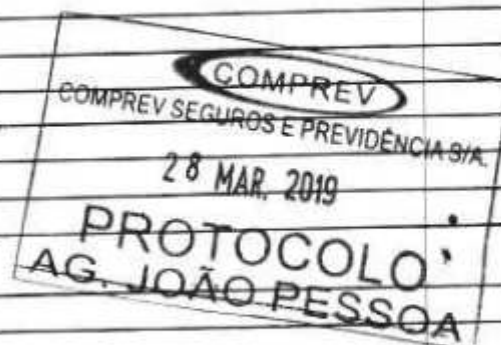
Assinatura 4 () Encaminhado para o Ato

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Sílvio Honorato Leite Neto Data da Admissão: 13/09/18
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
 Endereço: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Religião: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Data de Nascimento: 1/1/
 Escolaridade: _____

QPD: Dor + ferimento + deformidade em perna E.

HDA: Relato de acidente de moto apresentando fratura em MIE, com ferimento sangramento e deformidade. A radiografia fratura do terço médio da tíbia.



Medicações em uso: Condrol

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
 [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele:

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
 [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
 [] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
 [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
 [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposso [] Deformidades
 [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

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

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em longitudinal em região de perna 2ª

Achados:

Visualização de fratura da tibia esquerda

Conduta:

Limpeza exhaustiva de ferida operatória

Realização de limpeza em foco distal e proximal

Redução anatômica.

Aposição de placa DCP 12 furos com uso

Limpeza exhaustiva de ferida operatória

Realizado RX controle



Fechamento:

Fechamento de planos musculares, subcutâneo

Curativo

OBS: Alta hospitalar para 48 horas.



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 4.126.097

DATA DE EMISSÃO 12/12/2013

NOME SIVAL HONORATO LEITE NETO

PLACADO

INVALDO DE FREITAS LEITE ALESSANDRA DOS SANTOS

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DOS CÍRCULOS

CERT. NASC. Nº 92311 - LVA112 - FLS 146 - CARTÓRIO 2º JOÃO PESSOA-PB

CPF 700.856.814-27

DATA DE NASCIMENTO 09/10/2000

ASSINATURA DO TITULAR

LEITE 7.116 DE 02/09/2013

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA ASSISTÊNCIA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA GERAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

4-004

CARTERA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

SIVAL HONORATO LEITE NETO

0929/013/30808-6

Espaço reservado para preenchimento do número do contrato.

Obs.: Em breve você estará recebendo o seu Cartão magnético de Poupança.

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800-726 0101 0800-726 2492 0800-725 7474

Reclamações, sugestões e elogios. Atendimento a pessoas com deficiência auditiva ou de fala. Ouvidoria

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

28 MAR. 2019

PROTOCOLO

AB. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL
 CARTEIRA NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

VALORES EM NOVO
 O TRINTO E CINCO
 1009001575

PRIMEIRO PLACIFICAR
 1009001575

NOME
 JOSE EDUARDO DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. - CPF/INSCRIÇÃO DE
 1054542 502 PB

CP
 455 535 024-91

DATA NASCIMENTO
 02/04/1967

FUNÇÃO
 JOSEFA CERVASIO DA SILVA

PERÍODO
 01/01/2014 02/01/2014

Nº INSCRIÇÃO
 0072415-3162

PREVIDENTE
 10/11/2014

Nº INSCRIÇÃO
 06/04/1909

ASSINATURA
 [Assinatura]

LOCAL
 JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
 11/11/2014

ASSINATURA
 [Assinatura]

60376988469
 PB029545609

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 28 MAR. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

PROCURAÇÃO

Outorgante: Sival Honorato Leite Neto, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão ajudante de mecânico, residente e domiciliado à Rua João Galvão de Carvalho, S/N, bairro Landacaru, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58025-670, portador(a) do Rg nº 4.126.097, SSP/PB e CPF nº 708.956.819-27

Outorgado: João Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal JC Duarte, nº 157, bairro Landacaru, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58056-384, portador(a) do RG nº 1054562, SSP/PB e CPF nº 455.536.021-97

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) Sival Honorato Leite Neto ocorrido em 13/09/18, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza imaterial

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, 20 de março de 2019.



CARTÓRIO
NÉIRA BATISTA

X SIVAL Honorato Leite Neto
Outorgante
CPF Nº

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

SERVIÇO NOTARIAL "NÉIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
R. Rômulo Vieira Batista - Telêmaco I - Bar, R. Rodrigo Vieira Batista - Substituto
R. João Pessoa - 411, 412 - 51050-010 - João Pessoa - PB

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de
SIVAL HONORATO LEITE NETO
Em test. da verdade, João Pessoa-PB 20/03/2019 15:33:19
Rikeley Almeida de Lima - ESCRIVENTE AUTORIZADO
(2019-013230)EML:R\$ 49,91 FAPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 ISS:R\$ 0,50
SELO DIGITAL: A1048704-SYX9
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0106914/19

Vítima: SIVAL HONORATO LEITE NETO

CPF: 706.956.814-27

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/09/2018

Titular do CPF: SIVAL HONORATO LEITE NETO

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

SIVAL HONORATO LEITE NETO : 706.956.814-27

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: 28/03/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/03/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190240205 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SIVAL HONORATO LEITE NETO **Data do acidente:** 13/09/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA ESQUERDA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PG 6.

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