

Declaração

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, **BRENO SANTOS DE RESENDE, RG 53.215.230 SSP/SP**, residente e domiciliado na Rua: Alvaro Azarias Catolé do Rocha-PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar por Dra. Morgana Rodrigues – CRM/4724, no dia 09 de Junho de 2019. Deu entrada na Urgência e Emergência, vitima de acidente de moto, foram feitos os primeiros procedimentos e em seguida liberado. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa. As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
Diretora Geral

Catolé do Rocha – PB, 02 de Outubro de 2019

CNES: 2592460 CNPJ: 08.778.268/0001-60
NOME: HOSPITAL REGIONAL DR AMERICO MAIA DE VASCONCELOS
ENDERECO: RUA CASTELO BRANCO, 349 - BATALHÃO
CIDADE: CATOLE DO ROCHA ESTADO: PARAÍBA
UF: PB

Atendimento: CONSULTA - CONSULTA SIMPLES(CLINICO)

Paciente: BRENO SANTOS DE RESENDE

Mae: UIGNA SANTOS DE OLIVEIRA
Nascimento: 13/01/2001 Idade: 18 ESTUDANTE
Profissao:

Endereço: RUA ALVARO AZARIA
Bairro: LOTEAMENTO SAO PAULO
Cidade: CATOLE DO ROCHA - PB - 58884-000 - 2504306
CNS: 801-4404-4854-2132
CPF: Identidade: 55516230-X SSP SP
Data / Hora: Reg. Nasc.: Recepçãoista: JAQUIRIA DE O. LIMA
Ficha Número: 82644

- 01 - ELETIVO 02 - URGENCIA CARÁTER DO ATENDIMENTO
 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO/Descrição:

SPO: 48 FC: 80 TEMP: HGT: PA: 130/70

DIAGNÓSTICO: *levo de volta muide*

Paciente: *meu filho com febre contundido*

MEDICAÇÃO	ENCAMINHAMENTO			
	1. PRESCRITA	OBSERVAÇÃO	RESIDÊNCIA	INTERNAÇÃO
2. APLICADA		OUTRO HOSPITAL	ÓBITO	OUTROS

SERVÍCIOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	015	015	015	015	015	015	015	015	015
2 -									
3 -									

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos

Dr. Mariana Rodrigues

CRM-PB: 42260

Médico / Crm / Cns
CAMILO BRUNO ALVES RAMALHO - 9933-PB - 708-0008-2018-6821

RESULTADOS

CBO

Poligar Direito

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

Nome: BRENDO SANTOS DE RESENDE
Letra: _____

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
13.06.19	20:20	Relatório de enfermagem para fins de alta	Assinatura

13.06.19 20:20 Relatório de enfermagem para fins de alta

Alta da paciente com alta de alta

Complaints: murió, murió

Exames: murió, murió

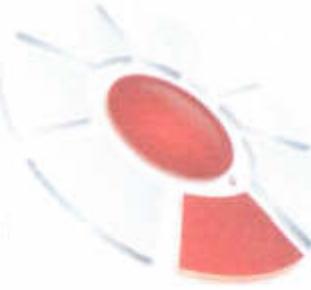
Medicamentos: murió, murió

Enfermeiros: murió, murió

Assinatura: murió, murió

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
		SINAI'S VITAE	

Data	Hora	PA	SpO2	FC	FR	HGT	Temp.



Paciente: BRENO SANTOS DE RESENDE
Nº do Paciente: CR13012001
Data de Nascimento: 13/01/2001
Solicitante: Dr. Diniz M. G. Barbalho.
Data do Exame: 24/08/2019
Sexo: M

RADIOGRAFIAS DIGITAIS DO PUNHO DIREITO EM AP/PERFIL

RELATÓRIO:

Solução de continuidade óssea, de orientação transversa, na transição do colo com o pólo distal do escafóide, com pequena imagem calcificada que se projeta nas partes moles lateralmente.

Há discreta proeminência óssea na face palmar da transição metaepifisária do rádio distal, sem evidência definitiva de solução de continuidade da sua cortical no presente exame.

Demais estruturas ósseas preservadas, de morfologia e densidade habitual.

Os espaços e as relações articulares estão mantidos.

Partes moles sem alterações detectáveis ao método.

Assinado Eletronicamente por: Dra. Andresa Baiak CRM 18146-PR | Médica-radiologista RQE 14604-PR através de Telelaudo Tecnologia Médica Ltda | CRM ES-1964-55 em Laudo Radiológico Criado em 26/08/2019 07:43:03 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relatório se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.



RECEITUÁRIO

BRENO SANTOS DE RESENDE

SOLICITO

FISIOTERAPIA MOTORA DA MÃO, PUNHO E DEDOS DIREITO
(20 SESSÕES)

INDICAÇÃO:

ANALGESIA, ALONGAMENTO E GANHO DE ADM

DR. JOÃO HERBERT SUASSUNA LAUREANO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CBM-PB 7417

Catolé do Rocha,

02/01/19

Médico

Endereço:

Av. Venâncio Neiva, 283, Centro
Catolé do Rocha - PB

Contatos:

83.3441.1195
83.99960.0161

@ortomedcatole



ORTOMED
CLÍNICA ORTOPÉDICA

Rua Vendálio Reiva, 283 - Centro - CEP: 58884-000 - Catolé do Rocha - PB
Fones: 83 3441.1195 / 9980.0181
e-mail: dinaldowanderley@hotmail.com

ATESTADO

Atesto, para os devidos fins de direito, que o Sr(a)

Breno

Santos da Resende

fez consulta nesta clínica no dia 04/09/19, tendo sido medicado
e submetido(a) a tratamento SG2.0

necessitando de repouso e afastamento de suas atividades profissionais
durante um período de 90 dias.

Catolé do Rocha, 04/09/19

João H. Sássama Lamego
Ortopedia e Traumatologia

Assinatura e Carimbo

ORTOMED - CLÍNICA ORTOPÉDICA

Convênios com CAMED, CORREIOS, UNIMED, CASSI, FUNASA



Nome: Breno Santos de Resende

Nº

Data De Nascimento

Gravidez

S

N

Data: 02/10/19

SOLICITAÇÃO

Rx Ponto O AP + P

SOLICITANTE

Jean H. Slossuna Lauriano
Ortopedista e Traumatologista
CRM 193.417



Nome: Breno Santos de Resende

Nº

Data De Nascimento

Gravidez

S

N

Data: 04/09/19

SOLICITAÇÃO

Gesso dx iuxaponha Pessonado
O Polegar O

SOLICITANTE

Jean H. Slossuna Lauriano
Ortopedista e Traumatologista
CRM 193.417

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190679952 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRENO SANTOS DE RESENDE **Data do acidente:** 09/06/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO (ESCORIAÇÕES) EM MEMBROS SUPERIORES E MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 2

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG 2

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
151.368.394-22

Nome
BRENO SANTOS DE RESENDE

Nascimento
13/01/2001



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica . : N° 032.133.213



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, 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

ANTONIO JOSE DE OLIVEIRA
RUA ALVARO AZARIAS 371 TER
CATOLE DO ROCHA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1640677-9

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
OUT/2019	07/10/2019	191	14/10/2019	R\$ 179,71

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 07098.019172 8 80420000017971				
Pagador: ANTONIO JOSE DE OLIVEIRA CNPJ/CPF: 040.384.604-87				
RUA ALVARO AZARIAS 371 TER - LOT SAO PAULO - CATOLE DO ROCHA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número 26249120007098019	Nº Documento 001640677201910	Data Vencimento 14/10/2019	Valor do Documento R\$ 179,71	Valor Pago
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				



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do atestado ou ASL

0435350139

3 - CPF da vítima

151.368.394-22

4 - Nome completo da vítima

BRENO SANTOS DE RESENDE

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP 71445/2012

5 - Nome completo:

BRENO SANTOS DE RESENDE

6 - CPF

151.368.394-22

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço

RUA ALVARO AZARIAS

9 - Número

371

10 - Bairro:

LOFTAMENTO SÃO PAULO

12 - Cidade

CATOLE DO ROC HA

13 - Estado:

PB

14 - CEP

58.884-000

15 - E-mail:

juntofazlomysw@hotmail.com

16 - Tel (DDOZ)

(14) 99666-8044

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito verificador)

(Informar o dígito verificador)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 3750

CONTA: 0641841

4

(Informar o dígito verificador)

(Informar o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização ou ressarcimento do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, restando de dada, desde já e somente após a efetivação do crédito, qualquer total da 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 Indemnização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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(s), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

 Sim

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

nasceu ou nascerá?

 Sim

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos

Falecidos

33 - Vítima deixou pais/vivos?

 Não Não Não Não Não Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisso ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilização criminal por infração do artigo 199 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: CATOLE DO ROC HA - 05 DE DEZEMBRO de 2019

Breno Santos de Resende

Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

Scanned by CamScanner



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 0999/2019

Natureza da ocorrência: ACIDENTE COM MOTO
Data do fato: 09/06/2019 hora: 20h28min

Notificante: BRENO SANTOS DE RESENDE, alcunha "****", Nacionalidade: brasileira, naturalidade: São Paulo-SP, nascido em 13/01/2001, documento: CPF N° 151.368.394-22, RG N° 53.215.230-X, filho de Uigna Santos de Oliveira e de Paulo Roberto de Resende, endereço: Rua alvaro Azarias, 371 Loteamento São Pulo, nesta cidade, referência: 84-99666-8044

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: Homero Perazzo

HISTÓRICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE, em data de 09/06/2019, às 20h28min, conforme ficha de atendimento medico/ambulatorial do Hospital Regional de Catole do Rocha-PB e Declaração da Diretoria do Hospital Regional, informando que deu entrada naquele Hospital vítima de acidente com moto, este notificante quando dirigia a moto de marca YAMAHA/YBR 125R, ano/modelo 2008/2008, de cor vermelha, CHASSI N° 9C6KE092089193274, placas MYW-4942/RN, saindo de sua residencia com destino a casa de um amigo no bairro Luzia Maia, pela Rua Barão do Rio Branco, não percenbendo um redutor de velocidade(quebra mola), devido a rua ser de calcamento, após passar pela lombada veio a perder o controle de sua moto caindo ao solo, sofrendo escoriações pelo corpo, na tentativa de colocar a mão direita para evitar o impactor, sofreu uma fratura na referida mão, sendo socorrido por terceiros para o Hospital desta cidade. Por esse motivo comunica o fato e pede providencias. Nada mais a consignar.

Catolé do Rocha, 17 de outubro de 2019. Às 17:30 horas.

Breno Santos de Resende

Notificante

Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro

José Carlos da Silva Filho
Matrícula: 135602-0



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do trânsito ou ASL

0435350139

3 - CPF da vítima

151.368.394-22

4 - Nome completo da vítima

BRENO SANTOS DE RESENDE

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

BRENO SANTOS DE RESENDE

6 - CPF

151.368.394-22

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço

RUA ALVARO AZARIAS

9 - Número

371

10 - Complemento

11 - Bairro:

LOMAMENTO SÃO PAULO

12 - Cidade:

CATOLE DO ROC HA

13 - Estado

PB

14 - CEP

58.884-000

15 - E-mail:

runestorromyra@hotmail.com

16 - Tel (DDO):

184199666-8044

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:

 RECUZO 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)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito verificador)

(Informar o dígito verificador)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 3750

CONTA: 0641841

4

(Informar o dígito verificador)

(Informar o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização remanescente do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, referente ao édano, desde já e somente após a efetivação do crédito, não que total do valor recebido.

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

 Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indemnização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica preventiva, caso necessário, as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 cunhado(a):

Sim

Não

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

28 - Vítima:

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (não nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisso 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: CATOLE DO ROC HA - 05 DE DEZEMBRO de 2019

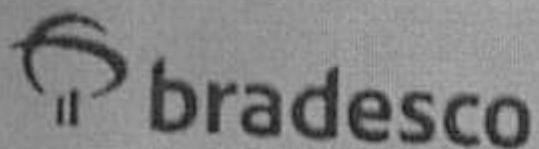
Breno Santos de Resende

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



BDN - Bradesco Dia e Noite
Deposito Conta Corrente

Data: 25/11/2019 Term: 063800 Hora: 13:08
N.Trans: 8703

Favorecido: Valor: 100,00
Banco: 237
Agencia: 3750 / NEXT
Conta: 0641841-4

Titular 1: BRENO SANTOS DE RESENDE

Sujeito a conferencia.

O deposito realizado durante o expediente bancario ao publico sera conferido e validado no mesmo dia, de acordo com os valores encontrados no interior do envelope.

Apos o expediente bancario e aos sábados, domingos e feriados, o deposito sera conferido no primeiro dia útil subsequente.

Cheque Expresso Bradesco.
Seu talão de cheques em segundos.
Sem pedir no balcão,
nem esperar pelo correio.

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, 07 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190679952

Vítima: BRENO SANTOS DE RESENDE

Data do Acidente: 09/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BRENO SANTOS DE RESENDE

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



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, 10 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190679952

Vítima: BRENO SANTOS DE RESENDE

Data do Acidente: 09/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), BRENO SANTOS DE RESENDE

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 09/06/2019, emitida pelo Dr. MORGANA RODRIGUES, CRM nº 8760 - PB, da Instituição HOSPITAL REGIONAL CATOLÉ DO ROCHA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190679952 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRENO SANTOS DE RESENDE **Data do acidente:** 09/06/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO (ESCORIAÇÕES) EM MEMBROS SUPERIORES E MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 2

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG 2

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0435350/19

Vítima: BRENO SANTOS DE RESENDE

CPF: 151.368.394-22

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/06/2019

Titular do CPF: BRENO SANTOS DE RESENDE

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

BRENO SANTOS DE RESENDE : 151.368.394-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/12/2019
Nome: BRENO SANTOS DE RESENDE
CPF: 151.368.394-22

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

BRENO SANTOS DE RESENDE

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA