



Número: **0823527-43.2015.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO SUMÁRIO**

Órgão julgador: **17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **22/09/2015**

Valor da causa: **R\$ 12.487,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JURACI DOS SANTOS (AUTOR)		FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO (ADVOGADO) LUARA GABRIELLE ALVES DOS SANTOS FIDELIS (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36417 935	09/11/2020 14:13	2763876_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 04 de Março de 2015

Carta nº: 6451467

A/C: JURACI DOS SANTOS

Sinistro: 3150190153
Vitima: JURACI DOS SANTOS
Data Acidente: 13/11/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01537/01538 - carta_01



Rio de Janeiro, 18 de Março de 2015

Carta nº: 6565380

A/C: JURACI DOS SANTOS

Sinistro: 3150190153
Vítima: JURACI DOS SANTOS
Data Acidente: 13/11/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01869/01870 - carta_02



Rio de Janeiro, 08 de Abril de 2015

Carta nº: 6722286

A/C: JURACI DOS SANTOS

Sinistro: 3150190153
Vitima: JURACI DOS SANTOS
Data Acidente: 13/11/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JURACI DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.012,50

Banco: 001

Agência: 000001234-3

Conta: 0000028548-X

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros
dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 =

R\$ 1.012,50

Multa:

R\$ 0,00

Juros:

R\$ 0,00

Total creditado:

R\$ 1.012,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00837/00838 - carta_15R



00030419



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3150190130 - 1
Nome do(a) Examinado(a): BRENO DIEGO ARAUJO DE SOUZA
Endereço do(a) Examinado(a): RUA RIO AMAJARI nº 506 - PROFESSORA ARACELI SOUTO MAIOR - BOA VISTA/RR
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 3537960 - SSP
Data local do exame: 27/03/2015 BOA VISTA/RR

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DA TIBIA ESQUERDA

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATADO CONSERVADORAMENTE COM AINH + APARELHO GESSADO ALTA MÉDICA DEFINITIVA

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatómicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITACAO MODERADA NA FLEXO EXTENSAO E ROTACAO DO TORNOZELO ESQUERDO

IV. 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(*)

☐ Vitima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

TORNOZELO ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

QUEIMADURAS PREVIAS EM MMII

Local e data de realização do exame médico legal:

RR - BOA VISTA, 27/03/2015

Médico Perito: JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ CRM: 2678/AM


Julio Cesar F. de Queiroz
Médico
CRM 2678-AM

Assinatura do perito Examinador - CRM



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:	01/04/2015
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.012,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JURACI DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01234-3

CONTA: 000000028548-X

Nr. da Autenticação DA81F3088AD6E92E





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO 3150190153

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

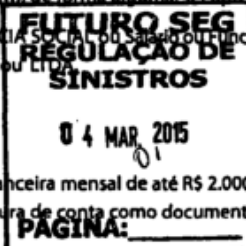
EU, JURACI DOS SANTOSPORTADOR(A) DO RG Nº 912178 EXPEDIDO POR SSP/PA EM 07/11/13 ECPF 440741074-48 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JURACI DOS SANTOS, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Saneamento ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1234-3 N° da CONTA (com dígito, se existir) 28.548-X

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

JOÃO PEREIRA, 02 de Março de 2015
LOCAL E DATA

Juraci dos Santos
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



el corrente



**FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS**

04 MAR. 2015

02

PÁGINA: _____





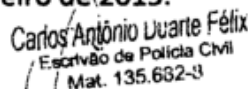
GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DA CAPITAL
Praça Firmino da Silveira, S/N, Varadouro – CEP. 58.010-170 – Fone. (83) 3218-5334

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 610/2015

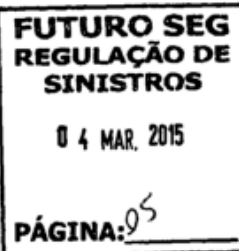
Aos vinte e sete dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e quinze, nesta cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, na Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Fernando Barbosa de Carvalho, comigo escrivão de seu cargo, ao final assinado, aí por volta das 15:40h, compareceu o (a) Senhor (a): **JURACI DOS SANTOS**, brasileiro, natural de João Pessoa/PB, casado, com 51 anos de idade, Agente de Controle Urbano, Alfabetizado, filho de Santana Firmino dos Santos, RG. 912.178-SSP/PB, residente na Rua Otávio Gadelha Seixas, nº 195, Bairro dos Novais, nesta capital, o (a) qual notificou o seguinte: QUE, no dia 13/11/14, por volta das 08:40h, quando conduzia a motocicleta de marca YAMAHA/FACTOR YBR 125K, cor vermelha, ano 2010, de placa NQE-7119/PB, chassi nº 9C6KE1220A0129740, pela Avenida Cruz das Armas, no sentido Cruz das Armas/Oitizeiro, ao chegar nas proximidades do prédio da antiga CEF, após atingir a traseira de um veículo, o notificante caiu ao solo, tendo este sofrido ferimento com lesão de tendão extensor do 3º quirodáctilo esquerdo, sendo conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena onde se submeteu a procedimentos médicos. Por este motivo notificou o fato. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 27 de fevereiro de 2015.


Notificante


Escrivão de Polícia Civil
Mat. 135.682-3

Escrivão



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150190153 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JURACI DOS SANTOS **Data do acidente:** 13/11/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/03/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NA MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO C

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: 3º QDE 75%

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
		Total	7,5 %	R\$ 1.012,50

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JURACI DOS SANTOS, portador
da carteira de identidade nº 912178-93 e inscrito no CPF/MF sob o nº
440.741.074-49, residente e domiciliado na RUA OTAVIO GADILHA
SILVEIRA, 195, OITIZEIRO, e
Cidade JOAS PESSOA, Estado PARAIBA, 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:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza
perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
(X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 Líder 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.

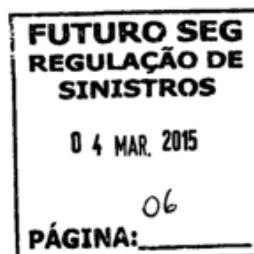
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não
significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de
impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Juraci dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

JOAS PESSOA 02/03/15.

Local e data



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150190153 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JURACI DOS SANTOS **Data do acidente:** 13/11/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO CONTUSO COM LESÃO E PERDA DE SUSTÂNCIA DO TENDÃO EXTENSOR DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: DEBILIDADE FUNCIONAL DO FECHAMENTO DO TERCEIRO DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: SUTURA E IMOBILIZAÇÃO. ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/03/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

UF do CRM do médico: PB

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

CRM do médico: 52.66379-4


UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



LAUDO DECLARATÓRIO



 <p>GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DIVISÃO MÉDICA</p>		
LAUDO MÉDICO		
INFORMAÇÕES PESSOAIS		
NOME DO PACIENTE	JURACI DOS SANTOS	
DATA DE NASCIMENTO	26/08/63	
NOME DA MÃE	SANTINA FIRMINO DOS SANTOS	
DADOS EXTRAÍDOS		
BOLETIM DE ENTRADA N.º	794.137	
DATA DO ATENDIMENTO	13/11/14	
HORA DO ATENDIMENTO	09:20	
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	
DIAGNÓSTICO (S)	Ferimento com lesão de tendão extensor do 3º quirodátilo esquerdo.	
CID 10	S66.3	
AVALIAÇÃO INICIAL:		
<p>Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de colisão entre moto e carro. Presença de ferimentos no dedos da mão esquerda. Torax e abdomen sem alterações. Glasgow 15. Ferimento de mão esquerda com lesão de tendão extensor do 3º quirodátilo da mão esquerda, houve perda de substância do tendão.</p>		
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:		
RX de mão direita AP/Obl		
RX de bacia AP		
RESULTADOS DOS EXAMES:		
Aspectos radiológicos normais.		
TRATAMENTO:		
Realizado limpeza, desbridamento, tenorrafia, sutura e curativo na mão esquerda.		
ALTA HOSPITALAR:	13/11/14	
DATA DA EMISSÃO:	18/02/15	
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>FUTURO SEG REGULAÇÃO DE SINISTROS</p> <p>04 MAR. 2015</p> <p>Dr. José de Almeida Braga CRM: 2329/PB</p> </div>

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DM, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JURACI DOS SANTOS

RG nº 912178, data de expedição 02/11/13, Órgão SSP/PB

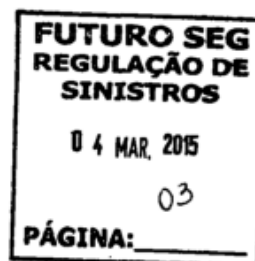
CPF nº 440.741.074-49, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA OTAVIO GADELHA SEIXAS</u>
Número	<u>195</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CITICINO</u>
Cidade	<u>JOÃO PESSOA</u>
Estado	<u>PARANÁ</u>
CEP	<u>58088-640</u>
Telefone de contato	<u>(83) 8890-4343/8788-8167</u>
E-mail	<u>irandpvt@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA, 02/03/15.

Assinatura do Declarante: Juraci dos Santos





A conta da sua
TV por assinatura.



TM Rio 2016

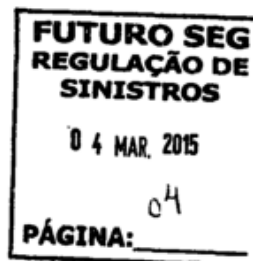


CTC RECIFE PE IPA PL9

SONIA MARIA CORDEIRO DELFINO
R OTAVIO GADELHA SEIXAS, 195
OITIZEIRO
58088-640 JOAO PESSOA PB



7213345630201280000060073830291014
POSTAGEM: 29/10/2014 VENCIMENTO: 08/11/2014





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DIVISÃO MÉDICA	
LAUDO MÉDICO	
INFORMAÇÕES PESSOAIS	
NOME DO PACIENTE	JURACI DOS SANTOS
DATA DE NASCIMENTO	26/08/63
NOME DA MÃE	SANTINA FIRMINO DOS SANTOS
DADOS EXTRAÍDOS	
BOLETIM DE ENTRADA N.º	794.137
DATA DO ATENDIMENTO	13/11/14
HORA DO ATENDIMENTO	09:20
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	Ferimento com lesão de tendão extensor do 3º quirodátilo esquerdo.
CID 10	S66.3
AVALIAÇÃO INICIAL:	
Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de colisão entre moto e carro. Presença de ferimentos no dedos da mão esquerda. Torax e abdomen sem alterações. Glasgow 15. Ferimento de mão esquerda com lesão de tendão extensor do 3º quirodátilo da mão esquerda, houve perda de substância do tendão.	
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:	
RX de mão direita AP/Obl	
RX de bacia AP	
RESULTADOS DOS EXAMES:	
Aspectos radiológicos normais.	
TRATAMENTO:	
Realizado limpeza, desbridamento, tenorrafia, sutura e curativo na mão esquerda.	
ALTA HOSPITALAR:	13/11/14
DATA DA EMISSÃO:	18/02/15
<div><div>FUTURO SEG REGULAÇÃO DE SINISTROS 04 MAR. 2015 Dr. José de Almeida Braga CRM: 2329/PB</div><div>PÁGINA: 08</div></div>	

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para OMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim Joro Pessoa - Para'ba - Cep:58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (33) 3216-5736 / 3216-5775

Boletim de Atendimento Emergencial: 794137

Identificação do paciente				
ID 807104	Nome JURACI DOS DOS SANTOS			Sexo Masculino
Data de nascimento 26/08/1963	Idade 51 anos 3 meses 21 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião EVANGELICA	Prontuário 0
Mãe SANTINA FIRMINO DOS SANTOS	Pai NAO INFORMADO			
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO			Responsável (Parentesco)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 88484176	DDD Fixo 83	Fone Fixo 87630515	
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Nº Cns 708603002861889		
Local de procedência CRUZ DAS ARMAS	Tipo BAIRRO		UF PB	
Email NAO INFORMADO	Naturalidade AREIA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58086640	Município de residência JOAO PESSOA	Logradouro Otávio Gadelha Seixas		
Número 107	Complemento	Bairro Oitizairo		
Admissão				
Data e Hora Prevista 13/11/2014 09:20:42	Número da pulseira 2884591	Convênio SUS		
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL			
Classificação de risco VERMELHA	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não	
Melo de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou AMB BOMBEIROS			
Sinais Vitais				
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []		Ultrasonografia []		
Dados clínicos				
Diagnóstico			CID	
Atendido por ROBERTA DE CASSIA SILVA BONATES			Tempo 04min 44seg	

Imprimir

**FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS**

04 MAR. 2015

PÁGINA: _____





DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

0012

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME: JORACI DOS SANTOS

912178 882 98

CPF: 440.741.074-49 DATA NASCIMENTO: 26/08/1963

SEXO: M

NOME: SANTANA FÁBIO DOS SANTOS

PROFISSÃO: AD

Nº IDENTIFICAD: 04616319338 DATA: 06/11/2018 13/04/2009

VÁLIDA EM TODAS AS HABITAÇÕES NACIONAIS 881434272

PROTEÇÃO PLASTIFICADA 881434272

NOME: JOAO VESSOA, PB DATA: 07/11/2013

Assinatura: *Roberto Carneiro* 60747241839 98027424041

DETRAN-PB (PARAIBA)

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS

04 MAR. 2015

10

PÁGINA: _____



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES				SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS DE TERCEIROS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE TRANSPORT	
DETRAN - PB		Nº 011712094496		PB Nº 011712094496	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO				DUT	
VIA - 1				*0007*	
0025342089-0		00/00000000		2014	
NOME: JURACI DOS SANTOS					
4407410-449		NOE7119/PB			
NOVO		PB		9C6KE1220A0129740	
PAS/MOTOCICLETA/AUTOMOTORA		COMBUSTIVEL		GASOLINA	
YAMAHA/FACTOR YBR125 K		ANO FAB.		2010	
2 P/124 /CT		CATEGORIA		PARTIC	
COTA UNICA		VENC. COTA UNICA		16/09/2014	
IPVA PAGO EM		PARCELAMENTO / COTAS		0	
PREMIO TARIFARIO (R\$)		PREMIO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
AAAAAA		AAAAAA		16/09/2014	
A.F. BANCO ITAUCARD S/A					
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO					
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA					
JOAO PERSSOA - PRON		16/09/2014		5506	
<p>ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.dpvatsegurodotransito.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204</p> <p>PREMIO TARIFARIO</p> <p>CUSTO DO BILHETE (R\$)</p> <p>SEGURO</p> <p>PAGA O</p> <p>16/09/2014</p> <p>SEGURODORA LIDER - DPVAT</p> <p>CNPJ 09.248.606/0001-04</p> <p>www.seguredoralider.com.br</p> <p>5506-104126-20140916</p>					

**FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS**

04 MAR. 2015

PÁGINA: _____





DECLARAÇÃO

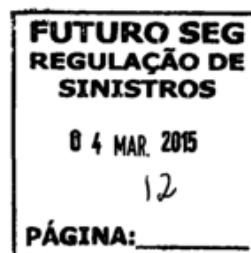
À SEGURADORA LIDER.

EU, SUMAI DOS SANTOS
PORTADOR DO CPF: 440.741.074-49 VENHO DECLARAR QUE
FUI A AGÊNCIA DO(A) Banco do Brasil E MINHA
CONTA: 28.543-X E AGÊNCIA 1234-3 ENCONTRA-SE ATIVA,
DESBLOQUEADA E SEM LIMITES PARA MOVIMENTAÇÕES FINANCEIRAS, SENDO ASSIM,
FICA POSSÍVEL O DEPOSITO REFERENTE A MINHA IDENIZAÇÃ DO DPVAT.

JOÃO PESSOA, 02 DE Março DE 2015.

Sumai dos Santos

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JURAC DOS SANTOS
 DATA DO ACIDENTE 13/11/14 CPF DA VÍTIMA 440.741.074-43
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO IRANILDO NUNES CLAUDINO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL () PARANTESCO COM A VÍTIMA
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA OTAVIO GADELHA SILVA
Nº 195 COMPLEMENTO 033 BAIRRO QUITIANDA
 CIDADE JOÃO PESSOA UF PB CEP 58.038-640
 E-MAIL IRANILDO@HOTMAIL.COM TELEFONE (83) 5890-4343

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) + DUT
- ☒ CARTA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTA DE TRABALHO OU CARTA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SUFRIDAS EM Ocorrência do acidente e do tratamento realizado (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☒ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIAS COMPROVADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA JURÍDICA
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO + CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE, OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTA DA IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTA DE TRABALHO OU CARTA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA JURÍDICA
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO + CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE, OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTA DE TRABALHO OU CARTA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SUFRIDAS EM Ocorrência do acidente e do tratamento realizado (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIAS COMPROVADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA JURÍDICA
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO + CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE, OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTA DE TRABALHO OU CARTA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA JURÍDICA
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO + CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE, OU CARTÃO BANCÁRIO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE - R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS)
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FOMULÁRIO
- PARA MANEJAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR: WWW.DPVAT.SEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGAR 0800 822 1204

PÁGINA: 13
 04 MAR 2015
 FUTURO SEG
 REGULAÇÃO DE SINISTROS

DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE: 2/03/15
 RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
 DATA: _____
 NOME: _____
 ASSINATURA: _____

FUTUROSEG - DEP. 008

