
Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190456306

Vítima: DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA

Data do Acidente: 04/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA

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, 19 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190456306

Vítima: DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA

Data do Acidente: 04/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 07 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190456306

Vítima: DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA

Data do Acidente: 04/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 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: **DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000003141-0**

Conta: **000001001160-4**

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



Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190456306

Vítima: DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA

Data do Acidente: 04/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA

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

| | |
|------------------|------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 675,00 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 237

Agência: 000003141-0

Conta: 000001001160-4

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,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 704.314.874-05 Nome completo da vítima: Douglas Michel de Oliveira Batista

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

Nome completo: Douglas Michel de Oliveira Batista CPF: 704.314.874-05

Profissão: autônomo Endereço: R. Ex. Joaquim de Silva Número: 120 Complemento: _____

Bairro: Jardim Venezia Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58.000-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (83) 99921-9283

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 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\$5.001,00 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 os bancos abaixo. Assinale uma opção):

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 31410 CONTA: 1001160 4

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

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

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

Local e Data: João Pessoa, 31/07/2019

Nome: Douglas Michel de Oliveira Batista

CPF: 704.314.874-05

(*) Assinatura de quem assina A ROGO.

Douglas Michel de Oliveira Batista

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

31 JUL 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07987.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07987.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:33 horas do dia 17 de julho de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Gerusa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula 1273396, ao final assinado, compareceu **Douglas Michel de Oliveira Batista**, CPF nº 704.314.874-05, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Autônomo, filho(a) de Michele de Oliveira Rodrigues e Dimas da Silva Batista, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 04/07/1999 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Escritor Joaquim da Silva, Nº 120, bairro Jardim Veneza, tendo como ponto de referência Próximo Ao Depósito de Bebidas Pingum, na cidade de João Pessoa/PB, telefôno(s) para contato (83) 98825-9157.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua. do Desenvolvimento, Próximo Ao Senai, João Pessoa/PB, bairro Bairro das Indústrias; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/02/19 20:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

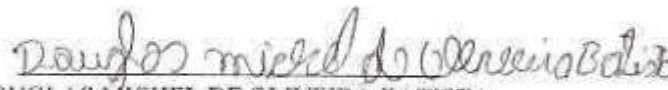
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

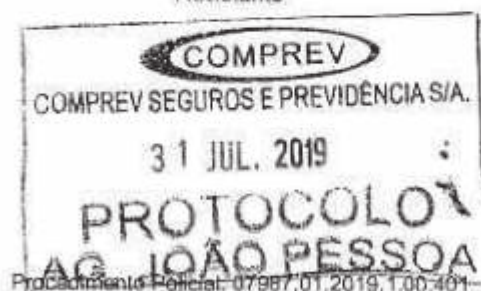
QUE NO DIA 04/02/2019, POR VOTA DAS 20:00 HORAS, VINHA TRAFEGANDO NA RUA. DO DESENVOLVIMENTO, NO BAIRRO DAS INDUSTRIAS, PRÓXIMO AO SENAI, NA NOTO DE MARCA-HONDA/CG 160 START, DE COR-PRETA, ANO-2018/2019, PLACA-OGA9041/PB, CHASSI: 9C2KC2500KR103701, CRLV EM NOME DA PESSOA DIMAS DA SILVA BATISTA, QUANDO FOI VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, SOCORRIDO PELO SAMU, PARA O COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY, SENDO SUBMETIDO A AVALIAÇÃO MÉDICA E EXAME DE IMAGEM QUE EVIDENCIOU FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO, SENDO CIRURGIADO NO DIA 13/02/2019, COM ALTA MÉDICA NO DIA 14/02/2019, PELA MÉDICA FABIANA FERNANDES DE ARAÚJO.

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

João Pessoa/PB, 17 de julho de 2019.


GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA
Agente de Investigação


DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: 704.314.874-05 CPF da vítima: 704.314.874-05 Nome completo da vítima: Douglas Michel de Oliveira Batista

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

Nome completo: Douglas Michel de Oliveira Batista CPF: 704.314.874-05

Profissão: autônomo Endereço: R. Ex. Joaquim de Silva Número: 120 Complemento:

Bairro: Jardim Venezia Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58.000-000

E-mail: Tel. (DDD): (83) 99921-9283

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 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\$5.001,00 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 os bancos abaixo. Assinale uma opção):

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 31410 CONTA: 1001160 4

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

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

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

Local e Data: João Pessoa, 31/07/2019

Nome: Douglas Michel de Oliveira Batista

CPF: 704.314.874-05

(*) Assinatura de quem assina A ROGO.

Douglas Michel de Oliveira Batista

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: COMPREV

CPF:

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

31 JUL 2019

2ª Nome: PROTOCOLO

CPF:

AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

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



**SAMU
192**
REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME.



**SAMU
192**
REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

Alta

traumático.

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 902/020, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2342727, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA** idade 19 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 04/02/2019, na R. do Desenvolvimento, Bairro: das Industrias - João Pessoa - aproximadamente às 20:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 12 de Fevereiro de 2019.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CPF: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

31 JUL 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03141-0

CONTA: 000001001160-4

Nr. Autenticação

BRDESCO0409201905000000000023703141000001001160236250 PAGO

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03141-0

CONTA: 000001001160-4

Nr. Autenticação

BRADESCO281020190500000000002370314100000100116067500 PAGO

356400000014204014900080469083201980240000201

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 027.588.743

ENERGISA PARAÍSA - 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. 18.215.821-2

DADOS DO CLIENTE

ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO
AV JOAO MACHADO 563 BL 127
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1313928-2

REFERÊNCIA

JUL/2019

APRESENTAÇÃO

09/07/2019

CONSUMO

128

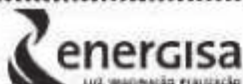
VENCIMENTO

16/07/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 112,30

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO

Rotelro: 04-001-039-2760

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 16/07/2019

VENCIMENTO

16/07/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 112,30

MATRÍCULA

1313928-2019-07-5



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Guilherme Flávio de A. Móbrega inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.97984 / 69, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Douglas Michel de Oliveira Patte inscrito (a) no CPF sob o Nº 704.314.874 / 05, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade da Vítima Douglas Michel de Oliveira Patte inscrito (a) no CPF sob o Nº 704.314.874 / 05, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____

e apresento **COMPREV** documentos comprobatórios:
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

☒ **Recuso informar**

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço informado, 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 João Machado</u> | | Número <u>553</u> | Complemento |
| Bairro <u>Centro</u> | Cidade <u>João Pessoa</u> | Estado <u>PB</u> | CEP <u>58000-000</u> |
| Email | | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD) <u>(83) 99921-9283</u> |

João Pessoa 10 de Maio de 2019
Local e Data

Guilherme Flávio de Amorim Móbrega
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, DIMAS DA SILVA BATISTA,
RG nº 2831175, data de expedição 29/12/2016 Órgão SSPB,
portador do CPF nº 050-215-296-37, com Domicílio na
cidade de SOO PESSOA, no Estado de PARAIBA, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Exniter Joaquim da Silva
nº 120, complemento, CASA, declaro, sob as penas da Lei, que
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima DOUGLAS MICHAEL DE OLIVEIRA BATISTA
cujo o condutor era DOUGLAS MICHAEL DE OLIVEIRA BATISTA

Veículo: Motocicleta
Ano: 2018/2019
Modelo: Honda CG 160 start
Placa: OGA 9041/PB
Chassi: 9C2KC 2500KR 103701
Data do acidente: 04/02/2019

Local e data: João Pessoa, 28/03/2019.

X Dimas da Silva Batista
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

1º OFFICIAL
DISTRICTAL

X _____
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status

CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRICTAL
COMARCA DA CAPITAL

Reconhecido por Autenticidade a firma de DIMAS DA SILVA
BATISTA, [35341], J. Pessoa-PB, 28/03/2019 16:35:55 Emol
R\$9,91 Farpen:R\$0,29 Fepj:R\$1,98, ISS:R\$0,50. Em test da
verdade. Tabela CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA. Selo
Digital AIJ77314-Tk8T Consulte em
<https://selodigital.tpb.jus.br>

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

31 JUL. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

| | | | | | |
|---|------------|--------------------------|-----------------------------|------------------------------------|--------|
| NOME: DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA | | | | PRONTUÁRIO Nº | |
| IDADE: 19A | SEXO: MASC | COR | CLÍNICA <i>Ortopedia</i> | ENF.: URPA | LEITO: |
| DATA DE ADMISSÃO: 04/02/2019 | | DATA DE ALTA: 13/02/2019 | | TEMPO DE PERMANÊNCIA | |
| DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura dos Ossos do Antebraço DIR</i> | | | | CID S52.4 | |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i> | | | | | |
| Códigos diagnósticos | | | | | |
| PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de antebraço demonstrando solução de continuidade óssea de radio</i> | | | | | |
| TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA | | | | | |
| ANATOMIA PATOLÓGICA | | | | | |
| INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO | | | | COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO | |
| RESULTADO BACTERIOLOGIA | | | | | |
| CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO () | | | | | |
| ÓBITO | | | | | |



RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de antebraço foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA:

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão. (DR. GUTENBERG)

14/02/2019

DATA

Dr. Valdeban Carvalho Jr.
Médico - CRM 7632
CNS 2082489086097

ASS. MÉDICO / C.R.M

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

CERTIDÃO

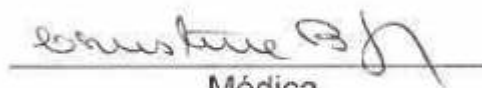
Nº. 0853/2019

Atendendo solicitação de **GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº 203224 e prontuário 2019.02.002819 pertencentes a **DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA** que foi atendido dia 04/02/2019 às 21H35min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro superior direito .

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos do antebraço direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 13/02/2019 com alta médica dia 14/02/2019.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 07 de junho de 2019


Médica
CRM/PB 4516



TURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 203224

Atc: ~~nao~~ Regula

Data: 04/02/2019

Hora: 21:35:38

Recepcionista: GABRIELA DA COSTA SER

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.02.000510

CNS: 703206607548498 Sexo: M IDENTIDADE: 3634503 Fone: 986002819

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 04/07/1999 Id: 19 ano(s)

End.: RUA ESCRITOR JOAQUIM DA SILVA, 120

Bairro: JARDIM VENEZA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MICHELE DE OLIVEIRA ROBRIGUES

Pai: DIMAS DA SILVA BATISTA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: MAE

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Endencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

VC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

QUEDA DE MOTO, COM POSSIVEIS FRATURAS EM MID

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de queda de moto há 1h. Apresentando dor e limitação de movimentos em braço (D) e perna (D). Sem sinais de TCE. Nega desmaio ou vômitos.

Diagnostico

Conduta

- RT, braço (D) e perna (D).

- Analgesia Opióide

Prescrição

Horario da medicacao

Dr. Arthur Ferreira
CRM-PB 10.449

Psicóloga 05/02/2019
Realizada visita de
avaliação e orientação

Carimbo da Psicóloga
psicólogo
000.12.1001 - 000.27.1111

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

| Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolução |
|------|--------------|------|---------|----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medi

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Douglas Michel **Data da Admissão:** 04.02.19

Prontuário: _____ **Idade:** _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ **Bairro:** _____

Cidade: _____ **Estado:** _____ **Fone:** _____ **Profissão:** _____

Sexo: F () M () **Cor:** _____ **Estado Civil:** _____ **Religião:** _____

Escolaridade: _____ **Data de Nascimento:** ____/____/____

QPD: Dor em pé e antebraço (D)

ADA: Tric com lesões em antebraço (D) e pé (D). Apresenta dor + edema e deformidade

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

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

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

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

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

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de T-

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas:

1. + onleprosa (D) (F)
2. 3. 4. MTS

Conduta:

1. Internamento VI prof
2. Cirurgica

| | | | | | |
|---|------------|------|----------------------|-----------|--------|
| Nome: DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA | | | | Registro: | |
| Idade: 19a | Sexo: MASC | Cor: | Clínica: Traumato | EMP: | LR: |
| Data: 13/02/2019 | | | Cirurgião: GUTENBERG | | |
| 1º Assistente: VALDEBAN R1 | | | 2º Assistente: | | |
| Anestesista: VIRGINIA | | | Instrumentador: | | |
| | | | | | |
| DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO | | | | | CID |
| Fratura dos Ossos do Antebraço Direito | | | | | S52.4 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO | | | | | CID |
| O mesmo | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S) | | | | | CÓDIGO |
| Osteossíntese do Antebraço | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não | | | | | |
| Descreva: | | | | | |
| Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não | | | | | |
| Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: | | | | | |
| 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico | | | | | |

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
Realizado garroteamento de membro superior
Assepsia + Antissepsia
Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em região posterior de antebraço dorsolateral de Thompson
Dissecção por planos até foco de fratura
Hemostasia com eletrocautério
Incisão subcutânea em borda da ulna
Dissecção por planos entre o extensor ulnar do carpo e flexor ulnar d
Hemostasia com eletrocautério

Achados:

Visualização de fratura da diáfise do rádio
Visualização de fratura da diáfise do ulna

Conduta:

Realizada manobra de redução para rádio
Redução de fragmentos ósseos do rádio
Aposição de 01 Placa DCP 8 FUIROS 3.5mm + 7 parafusos corticais
Realizada manobra de redução pra ulna
Redução de fragmentos ósseos do ulna
Aposição de 01 Placa 1/3 de cano 8 FUIROS 3.5mm + 8 parafusos corticais
Realizado RX controle
Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%

Fechamento:

Fechamento por planos de planos musculares, subcutâneo e pele
Curativo
Retirada de garrote de membro superior
Observada boa perfusão periférica
Tala axilopalmar gessada

OBS:

Data: 13 / 02 / 2019

Dr. Valdebar Carvalho
Médico - CRM 7692
MEDICO/CRM



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME:

Douglas Michell
de Oliveira,
Bomito

laudo médico
paciente vítima
de acidente de
motocicleta (sic) sofreu
fraturas de
2^o, 3^o, e 4^o me-
dostais do
com desmor-
namento de
coluna de 4^o em
04/02/2019

D. José Gutierrez Assunção e Carimbo

193 01 238
Hospital, Unimed 138

4599



2



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: _____

2 a insuficiência
cardíaca de
vários meses
provocando
pressão na
parte do
peito levando
a dor quan-
do apertava
chão ou via
cabeça fechada

Dr. José Sotomaior C. de Lima

Assinatura e Carimbo

HOSPITAL DE AGUDOS DE PARNAÍBA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



3



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: _____

do. Atualmen-
te o mesmo
não apresenta
condições
de trabalho.

CID S92.2
T93.2

✓ R 06/09/19

Dr. José Gutemberg C. de Lima

CRM 13.388

Hospital Santa Lúcia

✓ 15/09/19

Dr. José Gutemberg C. de Lima

CRM 13.388

Assinatura e Carimbo





COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
31 JUL. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

| | | | |
|---------------------------------|---|-------------------|------------|
| REGISTRO GERAL | 2.668.291 - 2 VIA | DATA DE EXPEDIÇÃO | 15/02/2011 |
| NOME | GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM NÓBREGA | | |
| FILIAÇÃO | LUIZ GONZAGA DE AMORIM MARIA DE FÁTIMA PINTO | | |
| NATURALIDADE | JOAO PESSOA-PB | | |
| DATA DE NASCIMENTO | 07/02/1985 | | |
| DOC ORIGIN | CASAM N.18758 37 FLS.058 LIV.063 | | |
| CARTORIO | 1º JOÃO PESSOA-PB | | |
| CPF | 011.197.984-69 | | |
| João Pessoa - PB | Assessoria de Segurança Social | | |
| LEI Nº 7.116 DE 29/09/83 | | | |

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A.
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190456306 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA **Data do acidente:** 04/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO E ULNA À DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS- PAG 8) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros superiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Total | | | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190456306 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA **Data do acidente:** 04/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO E ULNA À DIREITA.
FRATURAS DE 2º AO 4º METATARSOS DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS NO ANTEBRAÇO - PAG 8), DEMAIS CONSERVADOR PG. 5,6 (RELÓGIO).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA NO SINISTRO ATUAL EM 25% PARA MSD.

SINISTRO COM PAGAMENTO. REANÁLISE CONCLUÍDA COM O PAGAMENTO COMPLEMENTAR DE 10% PARA QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU RESIDUAL - PÉ DIREITO, CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DR. JOSÉ GUTEMBERG, PG. 1,2,3.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|------------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros superiores | 70 % | Em grau leve - 0 % | 0% | R\$ 0,00 |
| Perda funcional completa de um dos pés | 50 % | Em grau residual - 10 % | 5% | R\$ 675,00 |
| Total | | | 5 % | R\$ 675,00 |

PROCURAÇÃO

Outorgante: DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão OPERADOR, residente e domiciliado à Rua Escrito no papel PA SIA nº 320, bairro JARDIM VENEZA, Município de SODD PESSOA, Estado de(o) PARÁIBA, Cep: 58000-00, portador(a) do Rg nº 3654.503, SSP/PB e CPF nº 704.314.874-05

Outorgado: Guiliana Flávia de Amorim Nogueira, brasileiro(a), estado civil casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Cur. São Mateus, nº 553, bairro Centro, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 58000-00, portador (a) do RG nº 2668291, SSP/ PB e CPF nº 011197.984-69

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) Douglas Michel de Oliveira Batista, ocorrido em 04/10/2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza Invalidez

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.

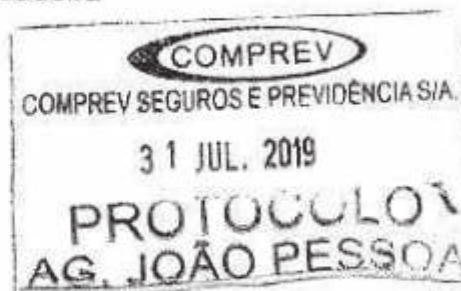
João Pessoa

28 de Março

de 2019.

Douglas Michel de O. Batista
Outorgante
CPF Nº 704.314.874-05

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0260403/19

Vítima: DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA

CPF: 704.314.874-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/02/2019

Titular do CPF: DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA 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

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA : 011.197.984-69

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

DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA : 704.314.874-05

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: 31/07/2019
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
CPF: 011.197.984-69

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/07/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0260403/19

Número do Sinistro: 3190456306

Vítima: DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA

CPF: 704.314.874-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/02/2019

Titular do CPF: DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 18/10/2019

Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

CPF: 011.197.984-69

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2019

Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ ACIDENTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima

Nome completo da vítima

704.314.874-05 Douglas Michel de Oliveira Patente

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MÉDIA DA PESSOA FÍSICA (TÍTULA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSPEP Nº 445/2012

Nome completo

Douglas Michel de Oliveira Patente

CPF 704.314.874-05

Profissão

autônomo

Endereço

R. Ex. Joaquim da Silva

Número

120

Complemento

Bairro

Jardim Beneza

Cidade

João Pessoa

UF

PB

CPF

56 000-403

E-mail

Tel (DDD)

(53) 99921-9283

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

RENDA MÉDIA:

☒ RECURSO INFORMAL

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPEANÇA (somente para as contas acima. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (337)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todas as opções)

Nome do BANCO:

26 AGR 2019

AGÊNCIA:

3141

CONTA:

1001160

AGÊNCIA:

CONTA:

1001160

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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 (justificar 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.

Fico, mesmo assim, obrigado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÔNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estatuto civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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:

Falecidos:

Vítima deixou herdeiros (ou herdeiras)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: João Pessoa, 31/07/2019

Nome: Douglas Michel de Oliveira Patente

CPF: 704.314.874-05

(*) Assinatura de quem assina a RDCG.

X Douglas Michel de Oliveira Patente

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

ghv

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome:

CPF:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU FOCO na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo do documento, antes do preenchimento e assinar a NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.