



Número: **0809002-80.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **11/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.462,50**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                     |                    | Procurador/Terceiro vinculado                                                             |                   |
|--------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA (AUTOR) |                    | GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM (ADVOGADO)<br>ENÉAS FLÁVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO (ADVOGADO) |                   |
| BRADESCO SEGUROS S/A (REU)                 |                    |                                                                                           |                   |
| Documentos                                 |                    |                                                                                           |                   |
| Id.                                        | Data da Assinatura | Documento                                                                                 | Tipo              |
| 37466317                                   | 04/12/2020 09:29   | <a href="#">2770473_CONTESTACAO_Anexo_02</a>                                              | Outros Documentos |



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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,

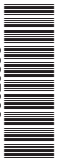
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14654944

Pag. 01771/01772 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020886





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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

Pag. 00677/00678 - carta\_25 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:  
704.314.874-05 Douglas Michel de Oliveira Batista  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA 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. Esc. 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).

### RENDAS 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:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou

pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

X Douglas Michel de Oliveira Batista

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (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 RGO, 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.

FPS.001 V001/2018





**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.**

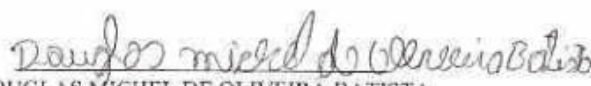
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 04/02/2019, POR VOTA DAS 20:00 HORAS, VINHA TRAFEGANDO NA RUA. DO DESENVOLVIMENTO, NO BAIRRO DAS INDÚSTRIAS, 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: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:  
704.314.874-05 Douglas Michel de Oliveira Batista  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA 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. Esc. 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).

### REDA 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:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder 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:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

X Douglas Michel de Oliveira Batista

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (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 RGO, 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.

FPS.001 V001/2018





**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  
R. Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - CEP 58053-900  
JOÃO PESSOA - PB

AHA

## DECLARAÇÃO

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 nº Registro: 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**

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB  
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



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

BRADESCO0409201905000000000023703141000001001160236250 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





## DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

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



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 236, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 18.215.825-0

| DADOS DO CLIENTE                                                                   |              |         | CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR |               |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------|----------------------------|---------------|
| ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO<br>AV JOAO MACHADO 863 BL 127<br>JOAO PESSOA |              |         | 5/1313928-2                |               |
| REFERÊNCIA                                                                         | APRESENTAÇÃO | CONSUMO | VENCIMENTO                 | TOTAL A PAGAR |
| JUL/2019                                                                           | 09/07/2019   | 128     | 16/07/2019                 | R\$ 112,30    |

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

| Destaque aqui                                                                                                   |               |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------|
| ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO<br>Roteiro: 04-001-039-2760<br>CONTA PAGA - Data de Pagamento: 16/07/2019 |               |                   |
| VENCIMENTO                                                                                                      | TOTAL A PAGAR | MATRÍCULA         |
| 16/07/2019                                                                                                      | R\$ 112,30    | 1313928-2019-07-5 |



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 09:29:31

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120409293143200000035747565>

Número do documento: 20120409293143200000035747565

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

**INFORMAÇÕES 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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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. Nobrega inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.597.984 / 69, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Douglas Michel de Oliveira Patete inscrito (a) no CPF sob o Nº 704.314.874 / 05, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade da Vítima Douglas Michel de Oliveira Patete inscrito (a) no CPF sob o Nº 704.314.874 / 05, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_

e apresento **COMPROV**  
COMPROV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

31 JUL. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

☒ 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<br><u>Rua João Machado</u> |                              | Número<br><u>553</u> | Complemento                                      |
| Bairro<br><u>Centro</u>             | Cidade<br><u>João Pessoa</u> | Estado<br><u>PB</u>  | CEP<br><u>58000-000</u>                          |
| Email                               | Telefone comercial(DDD)      |                      | Telefone celular (DDD)<br><u>(83) 99921-9283</u> |

João Pessoa 10 de Maio de 2019  
Local e Data

Guilherme Flávio de Amorim Nobrega  
Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017



## 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 050.215.246-37, com Domicílio na  
cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de PARAIBA, onde  
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Exenitor Joaquim da Silva  
nº 320, 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

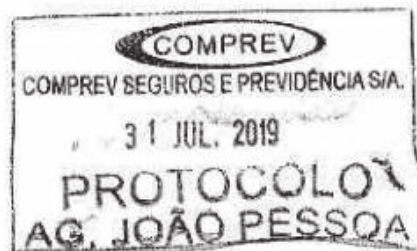
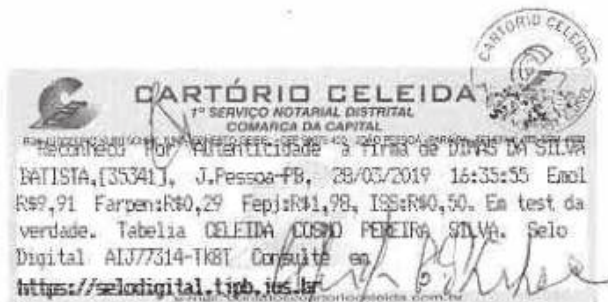
Assinatura do Declarante Proprietário

(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



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





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

|                                                                                                  |            |                          |                             |                                    |        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------|-----------------------------|------------------------------------|--------|
| NOME: <b>DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA</b>                                                  |            |                          |                             | PRONTUÁRIO Nº                      |        |
| IDADE: 19A                                                                                       | SEXO: MASC | COR                      | CLÍNICA<br><b>Ortopedia</b> | ENF.: URPA                         | LEITO: |
| DATA DE ADMISSÃO: 04/02/2019                                                                     |            | DATA DE ALTA: 13/02/2019 |                             | TEMPO DE PERMANÊNCIA               |        |
| DIAGNÓSTICO INICIAL<br><b>Fratura dos Ossos do Antebraço DIR</b>                                 |            |                          |                             | CID<br><b>S52-4</b>                |        |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO<br><b>O mesmo</b>                                                         |            |                          |                             |                                    |        |
| Códigos diagnósticos                                                                             |            |                          |                             |                                    |        |
| PRINCIPAIS EXAMES<br><b>Rx de antebraço demonstrando solução de continuidade óssea de rádio.</b> |            |                          |                             |                                    |        |
| TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA                                                                        |            |                          |                             |                                    |        |
| ANATOMIA PATOLÓGICA                                                                              |            |                          |                             |                                    |        |
| INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO                                                                 |            |                          |                             | COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO |        |
| RESULTADO BACTERIOLOGIA                                                                          |            |                          |                             |                                    |        |
| CONDIÇÕES DE ALTA<br>(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. Valdean Carvalho Jr.  
Médico - CRM 7632  
RQE 20024899006017

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

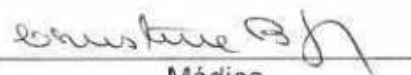
Nº. 0853/2019

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

Ato: ~~Não~~ 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

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

Num. Prontuario: 2019.02.000510

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 RODRIGUES

Pai: DIMAS DA SILVA BATISTA

Race: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: MAE

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

End. Residência: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO

Vitima de violência por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

VC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemia: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Queixa Principal

Observacao

QUEDA DE MOTO, COM POSSIVEIS FRATURAS EM MIB

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

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

Diagnostico

Conduta

- Rx. braço (D) e perna (D).  
- Avaliação Ortopédica

Prescrição

Horario da medicacao

Dr. Arthur Ferreira  
CRM 10.488

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

Carimbo da Psicóloga  
PANCATTO  
05/02/2019 - 09:29:31

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

| Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao |
|------|--------------|------|---------|----------|
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medi





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

|                                                                                                                                                                                                      |                                                                                        |               |            |                   |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------|-------------------|----------|
| Nome:                                                                                                                                                                                                | Douglas nichol                                                                         |               |            | 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:                                                                                                                                                                                                 | Dor com insensibilidade em antebraço (D) e pé (D). Apresenta dor + edema e queimadura. |               |            |                   |          |
| Medicações em uso:                                                                                                                                                                                   |                                                                                        |               |            |                   |          |
| <b>Interrogatório Sintomatológico:</b>                                                                                                                                                               |                                                                                        |               |            |                   |          |
| <b>Geral:</b> [ ] Febre [ ] Astenia [ ] Anorexia [ ] Perda de Peso ____ Kg em ____ [ ] Prurido [ ] Sudorese [ ] Calafrios [ ] Alopecia [ ] Adenomegalias [ ] Icterícia [ ] Tonturas [ ] Outros: ____ |                                                                                        |               |            |                   |          |
| <b>Pele:</b> ____                                                                                                                                                                                    |                                                                                        |               |            |                   |          |
| <b>Cabeça e Pescoço:</b> [ ] Cefaléia [ ] Espirros [ ] Rinorréia [ ] Obstrução Nasal [ ] Epistaxe [ ] Dor de Garganta [ ] Bócio [ ] Rouquidão [ ] Disfagia Audição: ____ Visão: ____                 |                                                                                        |               |            |                   |          |
| <b>AR e ACV:</b> [ ] Dor ____ [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise [ ] Dispneia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema ____ Outros: ____                                              |                                                                                        |               |            |                   |          |
| <b>ABD:</b> [ ] Dor ____ [ ] Pirose [ ] Solução [ ] Regurgitação [ ] Hematêmese [ ] Náuseas [ ] Vômitos [ ] Dispepsia [ ] Diarréia [ ] Melena [ ] Enterorragia [ ] Constipação [ ] Aumento de volume |                                                                                        |               |            |                   |          |
| <b>AGU:</b> [ ] Disúria [ ] Incontinência [ ] Retenção [ ] Poliúria [ ] Oligúria [ ] Noctúria [ ] Hematúria [ ] Mal Cheiro [ ] Corrimento [ ] Outras: ____                                           |                                                                                        |               |            |                   |          |
| <b>SME:</b> [ ] Dor ____ [ ] Rigidez pós-reposou [ ] Deformidades [ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos                                   |                                                                                        |               |            |                   |          |
| <b>SN e PSO:</b> [ ] Insônia [ ] Sonolência [ ] Convulsões [ ] Motricidade e Sensibilidade ____ [ ] Amnésia [ ] Libido [ ] Humor                                                                     |                                                                                        |               |            |                   |          |

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



**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: T+ onleptico (1) (F)  
T+ 20 2, 3º e 4º MTTs.

Conduta: (1) Internamento VI prof  
cirurgico



|                                                                                               |                   |      |                             |           |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------|-----------------------------|-----------|---------------|
| Nome: <i>DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA</i>                                               |                   |      |                             | Registro: |               |
| Idade: <i>19a</i>                                                                             | Sexo: <i>MASC</i> | Cor: | Clínica: <i>Traumato</i>    | EMP:      | LR:           |
| Data: <i>13/02/2019</i>                                                                       |                   |      | Cirurgião: <i>GUTENBERG</i> |           |               |
| 1º Assistente: <i>VALDEBAN R1</i>                                                             |                   |      | 2º Assistente:              |           |               |
| Anestesista: <i>VIRGINIA</i>                                                                  |                   |      | Instrumentador:             |           |               |
| <b>DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>                                                          |                   |      |                             |           | <b>CID</b>    |
| <i>Fratura dos Ossos do Antebraço Direito</i>                                                 |                   |      |                             |           | <i>S52.4</i>  |
| <b>DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO</b>                                                          |                   |      |                             |           | <b>CID</b>    |
| <i>O mesmo</i>                                                                                |                   |      |                             |           |               |
| <b>PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)</b>                                                           |                   |      |                             |           | <b>CÓDIGO</b> |
| <i>Osteossíntese do Antebraço</i>                                                             |                   |      |                             |           |               |
| 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                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>Posição e Preparo:</b>                                               |
| Paciente em decúbito dorsal sob anestesia                               |
| Realizado garroteamento de membro superior                              |
| Assepsia + Antissepsia                                                  |
| Aposição de campos cirúrgicos estéreis                                  |
| <b>Incisão:</b>                                                         |
| 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                                           |
| <b>Achados:</b>                                                         |
| Visualização de fratura da diáfise do rádio                             |
| Visualização de fratura da diáfise do ulna                              |
| <b>Conduta:</b>                                                         |
| 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 SJ a 0,9%                              |
| <b>Fechamento:</b>                                                      |
| Fechamento por planos de planos musculares, subcutâneo e pele           |
| Curativo                                                                |
| Retirada de garrote de membro superior                                  |
| Observada boa perfusão periférica                                       |
| Tala axilopalmar gessada                                                |
| <b>OBS:</b>                                                             |
|                                                                         |
|                                                                         |
|                                                                         |

Data: 13 / 02 / 2019

Dr. Valdeban Carvalho  
Médico - CRM 7692  
MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME:

Douglas Micheli  
de Oliveira,  
Bomito

laudo médico  
paciente vítima  
de acidente de  
motocicleta (sic) sofreu  
do fêmur e  
2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> e 4<sup>o</sup> me-  
stivando-se  
com desor-  
tamentos de  
coluna de 4<sup>o</sup> em  
04/02/2019

Assinatura e Carimbo

Dr. José Guterres  
193 08 28  
Hospital Mangabeira



2



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: \_\_\_\_\_

2 a infância  
sua de do  
você sempre  
provocando  
pressão na  
planta do  
pé levando  
a dor quan-  
do apertava  
chão ou usa  
calçado fecho

Dr. José Guilherme C. de Lima

Assinatura e Carimbo

HOSPITAL MANGABEIRA

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





3



## RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: \_\_\_\_\_

do. Atualmen-  
te o mesmo  
nas apresenta  
condições  
de Tricla.

CID S92.2  
T93.2

✓ R 06/09/19

Dt. José Gutemberg C. de Lima

089.00.738

Hospital Complexo J. JP

✓ 75457C

Dt. José Gutemberg C. de Lima

089.00.738

Assinatura e Carimbo





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

**VÁLIDA 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<br>MARIA DE FÁTIMA PINTO |                   |            |
| NATURALIDADE     | JOÃO PESSOA-PB                                  |                   |            |
| DOC. CIVIL       | CASAM N.18758 37 FLS.058 LIV.063                |                   |            |
| CPR              | CARTÓRIO 1º JOÃO PESSOA-PB<br>011.197.984-69    |                   |            |
| JOÃO PESSOA - PB | 07/02/1985                                      |                   |            |

Assinatura: [Assinatura]  
Assessoria de Segurança Social  
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

**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<br>COMPROVADOS                           | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda funcional completa de um dos<br>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:** VÍTIMA 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 GUTENBERG, 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 OPERACÕES, residente e domiciliado à Rua Escurto paguim R. SILVA nº 320, bairro JARDIM VENEZA, Município de SÃO PEDRO, Estado de(o) PARÁIBA, Cep: 58000-00, portador(a) do Rg nº 3.654.503, SSP/PB e CPF nº 304.314.874-05

**Outorgado:** Guilherme Flávio de Amorim Melo, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Cur. João Machado, nº 553, bairro Centro, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 58000-00, portador (a) do RG nº 2.668.291, SSP/PB e CPF nº 011.197.984-69

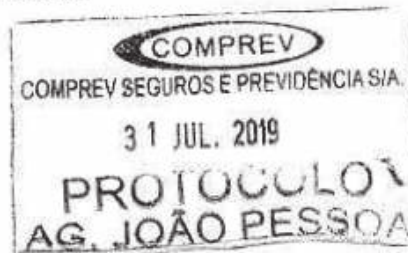
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) Douglas Michel de Oliveira Batista, ocorrido em 04/02/2019, 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.

X. Douglas Michel de O. Batista  
Outorgante  
CPF Nº 304.314.874-05

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

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/02/2019

**Titular do CPF:** DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA

### 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](http://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

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 04/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DOUGLAS MICHEL DE OLIVEIRA BATISTA

### 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](http://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: ☐ DIÁRIOS (GASTOS 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 MENSAL DA PESSOA FÍSICA (ÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSPEP 119-465/2012

Nome completo:

Douglas Michel de Oliveira Patente

CPF:

704.314.874-05

Profissão:

Autônomo

Endereço:

R. Esc. Joaquim da Silva

Número:

120

Complemento:

Bairro:

Jardim Zeneza

Cidade:

João Pessoa

UF:

PB

CEP:

58.000-000

E-mail:

Telefone:

(53) 99921-9283

Declaro, sob as penas da lei, que sou o(a) titular, residente no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - SEPRELUMA (SEPRELUMA)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anotar uma opção)

☒ Bradesco (337)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (304)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

26 AGO 2019

AGÊNCIA:

3141

0

CONTA:

1001160

4

AGÊNCIA:

CONTA:

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 não é possível a realização de exame médico de laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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.

Foi motivo assinalado, solicitado 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. 19, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÔRGÃO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado 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 tenha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (ou nascitor)? ☐ 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 a apresentar 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 RDO:  
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**  
2ª Nome: **PROTÓCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

(\*) A vítima/beneficiário não habilitado deverá escolher outra pessoa habilitada, 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 teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

001/2018