



Número: **0849762-71.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.062,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SEVERINO JOSE DOS SANTOS (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)	
		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37360942	02/12/2020 10:51	2770862_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200221259

Vítima: SEVERINO JOSE DOS SANTOS

Data do Acidente: 03/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEVERINO JOSE DOS SANTOS

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 15881056

Pag. 00651/00652 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200221259

Vítima: SEVERINO JOSE DOS SANTOS

Data do Acidente: 03/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SEVERINO JOSE DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovação de registro de acidente declarado	Apresentar a cópia simples de documento que contenha o nome completo da vítima e confirme o acidente declarado, tais como, atendimento pelo Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto ou SAMU, Inquérito Policial, Laudo de Necropsia, e/ou Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, pois o registro de ocorrência policial entregue foi efetuado apenas com base na declaração do interessado, sem a presença da autoridade policial no momento do acidente.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação 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. 00967/00968 - carta_03 - INVALIDEZ

00030484



Carta nº 15866933





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200221259 Vítima: SEVERINO JOSE DOS SANTOS

Data do Acidente: 03/05/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SEVERINO JOSE DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação 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. 00999/01000 - carta_03 - INVALIDEZ

00050500



Carta nº 16093043





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

026.661.564-35 Severino José dos Santos

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

5 - Nome completo:

6 - Profissão:

7 - Endereço:

8 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

026.661.564-35
Rua Fernando Cabenda Coelho 343
Alto Boa Vista Guarabira PB 58200-000
(83) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO A INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA

(informe 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:

AGÊNCIA: 0042

CONTA: 92969

8

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 em minha 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 agora, a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Se o 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 a 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar:

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou:

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou:

☐ 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 comprovarem 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

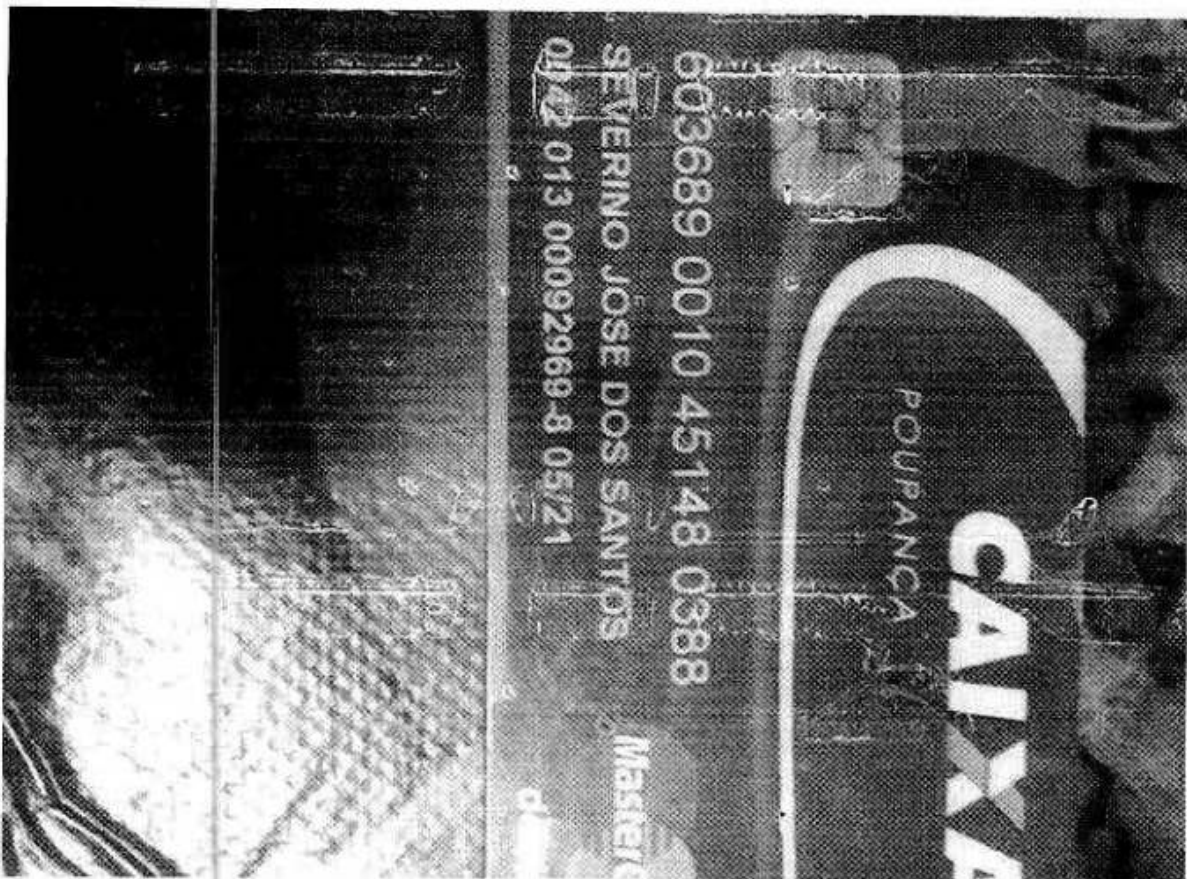


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 10:51:51

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012021051516460000035649989

Número do documento: 2012021051516460000035649989

Num. 37360942 - Pág. 4





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 030981.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 030981.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil João Paulo B. de Azevedo, matrícula 1549324 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 12:20 min do dia 09/06/2020, na Delegacia Online, **SEVERINO JOSE DOS SANTOS**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão AGRICULTOR, natural de João Pessoa, nascido(a) em 22/04/1957, idade 63, estado civil Solteiro (a), de cor Parda, filho(a) de MARIA DO CARMO DE CARVALHO e JOSE HERMENEGILDO DOS SANTOS, CPF 026.661.564-35, residente e domiciliado(a) no(a) RUA FERNANDO DE LACERDA COELHO, nº 141, bairro ALTO DA BOA VISTA, na cidade de Guarabira/PB, CEP: 58200000, telefone(s) 83986634900, registrou o seguinte:

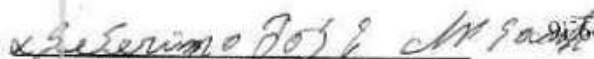
Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 03/05/2020 13:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: RUA JARDIM, PRIMAVERA, Guarabira/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Conduzia sua moto HONDA CG 150 FAN ESI, ANO/MOD 2012, COR PRETA, PLACA NQB 6533/PB, CHASSI9C2KC1670CR487620, em nome do DECLARANTE, quando vinha pilotando a moto momento em que outra moto não identificada colidiu de frente, perdendo o controle e caiu ao chão sendo socorrido pelo BOMBEIROS para o hospital Regional e em seguida para o Hospital Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde foi atendido.

Sendo o que havia a constar, cientificado 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 fê.



SEVERINO JOSE DOS SANTOS

9876403EA9B9887863AE0D7FE712231

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle, www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Nº 030981.01.2020.0.00.704 1/1



Declaração a Líder DPVAT

Prezados informo que devido o período de pandemia, as delegacias do Estado da Paraíba não estão fazendo Boletim de Ocorrência de forma presencial. Para que não venham a prejudicar as vítimas de quaisquer que seja as ocorrências, foi criado o Bo emergencial conforme print que segue não se trata de Bo online. Tal documento tem a mesma veracidade de um BO feito em uma delegacia física.



Todas as ocorrências registradas passam por análise da delegacia física, e o BO é encaminhado para o e-mail do declarante com protocolo e senha para consultar a veracidade do mesmo. O Bo impresso vem com QRCOD e numeração para consultar a veracidade.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

026.661.564-35 Severino José dos Santos

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

5 - Nome completo:

6 - Profissão:

7 - Endereço:

8 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

026.661.564-35
Rua Fernando Cabenda Coelho 343
Alto Boa Vista Guarabira PB 58200-000
(83) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA

(informe 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:

AGÊNCIA: 0042

CONTA: 92969

8

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 agora, a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Se o 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 a 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar:

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou:

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou:

☐ 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

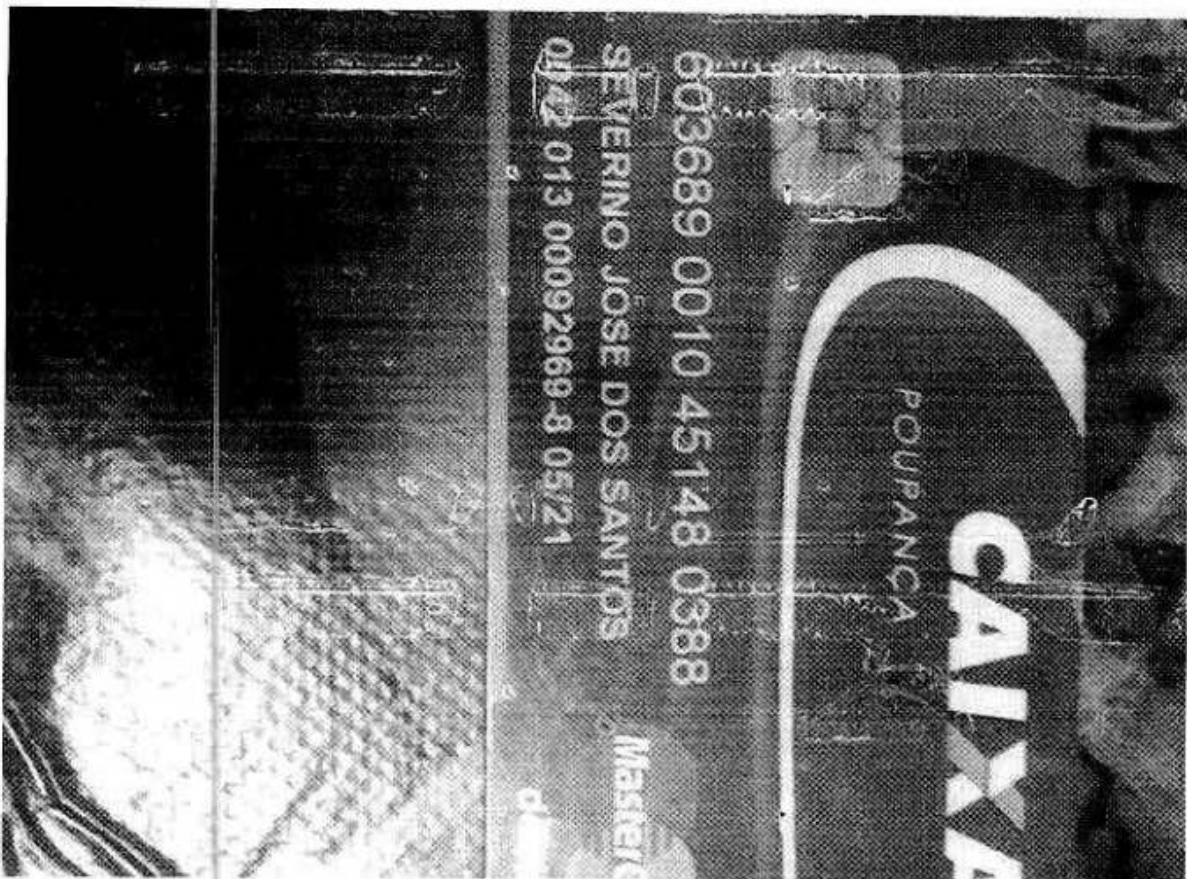
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019







FLUXO DE REFERÊNCIA INTRA E INTER REGIONAL

FICHA DE ENCAMINHAMENTO Nº: _____ CLÍNICA: _____
DO HOSPITAL: Regional de Guarabira
PARA O HOSPITAL: Insulinha João Pessoa
MÉDICO ASSISTENTE: _____ DATA: 03 / 05 / 2020

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

NOME: Silveira José dos Santos SEXO: M
PROFISSÃO: _____ DOCUMENTO: _____ Nº _____ IDADE: 63a
ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____
MUNICÍPIO: Guarabira ESTADO: PB

ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS SUMÁRIOS:

Paciente vítima de colisão moto x moto, com
lesão externa em dorso de pé (E), com lesão
dos extensores dos dedos.

MEDICAMENTOS PRESCRITOS:

Dipirona 2g
Tenox com 40mg
Cefalotina 2g
SAT 5.000 U.I

Obs: bem com o curativo em
21.03.2020, sem lesões
intensas.

DIAGNÓSTICO

PROVÁVEL: Lesão dos extensores dos dedos do pé (E). CID: _____

ASSINATURA DO PROFISSIONAL (CARIMBO): _____

Dr. José Jandá
Cirurgião Geral
CRM-RN 8364 / CRM-PB 11751



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GCV. TARCISIO EURITY
UR: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
00391384 JOAO PESSOA Fone: (83) 324-1980
RAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 316194 Atd: Nao Regulado
Data: 03/05/2020
Hora: 16:35:58
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE ARAUJO
Clinica: ORTOPEdia

ADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1

Nome: SEVERINO JOSE DOS SANTOS Num. Prontuario: 2020.05.000170

Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 026.661.564-35

INS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 620008 Fone: 988429602

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 22/04/1957 Id: 63 ano(s)

Ind.: RUA FERNANDO LACERDA COELHO, 141

Bairro: ALTO DA BOA VISTA Cidade: GUARABIRA UF: PB

Mae: MARIA DO CARMO DE CARVALHO Pai: JOSE HERMENEGILDO DOS SANTOS

Local: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Nome: SEVERINO JOSE DOS SANTOS

Rel/Doc. Responsavel: 988429602 / IDENTIDADE: 620008

Procedencia: HOSPITAL HRG

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NTO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

TC: 620008
DATA: 04/05/2020
Hora: 15:36

PRÉ-CONSULTA

Nível de Classificação de Risco:

PA: FR:

TC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

TA - Abd: C2%:

Queixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

2020-05-03
Ortopedia - Traumatologia
Dr. Jacara Fernandes Florencio

as: interconsulta
p/ 4to cur.





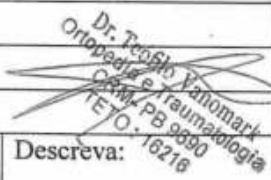
FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Sereia José dos Santos</u>		Data da Admissão: <u>1/1/</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Endereço: _____	
Bairro: _____		Cidade: _____	
Estado: _____		Fone: _____	
Profissão: _____		Sexo: F () M () Cor: _____	
Estado Civil: _____		Religião: _____	
Escolaridade: _____		Data de Nascimento: <u>1/1/</u>	
QPD: <u>Luas extensoras a. (e)</u>			
HDA: <u>Intervenção P/ Hto</u>			
<u>durante.</u>			
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 [] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____			
ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume			
AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____			
SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposou [] Deformidades [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos			
SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade [] Amnésia [] Libido [] Humor			

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



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Governador José Carlos Góes</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>04/01/20</i>	Cirurgião: <i>Dr. Teófilo</i>			1º Assistente: <i>Dr. João</i>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Lesão externa de partes moles no pé (E)</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>Lesão ligamentar?</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>EMC + desbridamento + reparo de lesão tendínea</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim		 Dr. Teófilo Vanomark Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 9990 RTO 16218	
		2 () Não			
Biópsia de Congelação:		1 () Sim			
		2 () Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO JOSE DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00042

CONTA: 000000092969-8

Nr. da Autenticação B3B89B5946A1D97E





DRAG CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo B1
Classe RES M7 C B1 / Subclasse BAIXA RENDA
Licença MINHOFASCO
Ratão: 18-22 - TE: 3255 Nº Vendedor: 00000572999



5/1251913-8

⑤

R\$ 93.47



03/04/2020



Mar / 2020



131kWh

4,58 KWH
MÉDIA DIÁRIA
LITURA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

[illegible]

CC: Uso de Classificações da terra	TOTAL	62,47	100,00	27,15	100,00	0,96	4,43
------------------------------------	-------	-------	--------	-------	--------	------	------

[illegible]

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Mês	Consumo (kWh)
Jan	60
Fev	58
Mar	48
Abr	46
Mai	54
Jun	51
Jul	42
Ago	41
Set	38
Out	39
Nov	43
Dez	51

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	%
Consumo de Gel. da Empresa (R\$)	17,44	17,44%
Consumo de Energia	23,44	23,44%
Servidão Transmissão	2,44	2,44%
Energia Solar	2,44	2,44%
Imposto de Cidades e Encargos	62,31	62,31%
Outros Demais	7,44	7,44%
Total	92,47	100,00%

PRÓXIMA LEITURA

Consumo de Energia de Distribuição (R\$) 1/2000 (R\$ 20,00)

PRÓXIMA LEITURA

29/04/2020

INDICADORES DE QUALIDADE

ÍTEMS	GENRAL	AFORADO TRIMEST.	ANUAL	UNITE DETERIAÇÃO
Maneio de caixa e balanço em R\$	5,78	0,00	75,00	23,33
Previsão de fluxo de caixa em R\$	5,63	0,00	8,00	19,05
Diagrama de fluxo de caixa em R\$	3,74			
Quanto ao sistema de controle de custos em R\$	12,22			

ATENÇÃO

- Para saber mais sobre a Energia, vá ao site www.energia.com.br ou baixe o App Energia ON e Whatsapp (81) 88130-1040

ENERGISA PARAGUAI DISTRIBUCION DE ENERGIA SA. D-220, Km.35 - Ciudad Recoleta - Asunción, Paraguay. Tel: 594.71.890
C.V.P. 09.085.123.0001.40 - Fax: 594.71.890.0001

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 041.379.270 - Emissão: 27/03/2020
Esta NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA fica disponível para consulta e pagamento a partir de 27/03/2020

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190.00009 02624 912008 13834.793178 5 82140000009347

PASADOR MARNALVA RICARDO LEITE - CPF/CNPJ: 072.338.884-06
RUA FERNANDO LACERDA COELHO, 141 - ALTO BOA VISTA
GUARABITA / PB CEP: 58200000

Nossa Nr. 2624012013864765	Nº Documento 201251913202003	Data de Vigência 31/01/2021	Valor do Documento R\$ 03,47	Valor Pago
-------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	------------

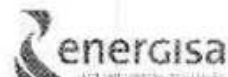


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via do boleto.

Boleto para pagamento da nota fiscal emitida pela ENERGISA PARAIBA Nº 044.628.269



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.821-2

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698281-1

REFERÊNCIA

MAI/2020

APRESENTAÇÃO

21/05/2020

CONSUMO

176

VENCIMENTO

28/05/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 147,62

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 27/05/2020				
Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-45				
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 58000-000				
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440009756463	001698281202005	28/05/2020	R\$ 147,62	
BENEFICIÁRIO ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 10:51:51

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120210515164600000035649989>

Número do documento: 20120210515164600000035649989



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/81810/SCAWEB/DOCDORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.633/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 453.536.024/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Severino José dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 026.661.564/35

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Severino José dos Santos

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 026.661.564/35, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal:

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Mangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 986634900</u>

Local e Data:

João Pessoa - PB 22/06/2020

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 JOSE EDUARDO DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. - CATEGORIA DE
 1054562 SSP PB

CPF
 455.536.024-91 DATA NASCIMENTO
 02/04/1967

RAÇÃO
 JOSEIA GERVASIO DA SILVA

PERMITEÇÃO
 00000000000000000000000000000000

Nº RENOV. 60724153162 VALIDADE 10/11/2015 1ª EMISSÃO 06/04/1989

VALIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1009001575

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
 SOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO
 11/11/2014

ASSINATURA DO TITULAR
 Rodrigo Carneiro/Ass 60378988469
 98029545609

PRIMEIRO PLASTIFICAR
 1009001575



[illegible]

SÉGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014792897007 — BILHETE DE SEGURO DPVAT

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204**

VEICULO	DPI	CNPJ	Emissão	DATA EMISSÃO
1	02666156435		08/05/2019	08/05/2019
RENDAVAIS	MARCA / MODELO			
156830286	FONDA / CG 150 FAN EST			
ANO FAB	DT INSC			
2012	9			
9C2KC1670CR487620				
PRÊMIO TARIFÁRIO				

CÓDIGO DO SEGURO				

SEGURADORA LÍDER - DPVAT				
CNPJ 09.345.876/01-92				

42030-0938001-0190508

PROCURAÇÃO

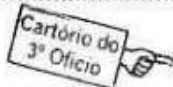
Outorgante: Severino José dos Santos, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua Fernanda Lacerda Cepêlo 141, bairro Alto da Boa Vista, Município de Guarabira, Estado de(o) PA, Cep. 53200000, portador(a) do Rg nº 620.008, SSP/PA e CPF nº 026.661.564-35

Outorgado: Jose Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal 1.ª Etapa Duarte 151, bairro Mangabeira, Município de Guarabira, Estado de (o) PA, Cep. 53056-384, portador (a) do RG nº 105462, SSP/PA e CPF nº 455.536.024-91

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) Severino José dos Santos, ocorrido em 03/05/20, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza embargos

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.

Guarabira, 09, de Junho de 2020.



Severino José dos Santos
Outorgante
CPF nº 026.661.564-35

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200221259 **Cidade:** Guarabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO JOSE DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/05/2020 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DO PÉ ESQUERDO (LISFRANC / LESÃO DOS EXTENSORES)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO + SUTURA) E ALTA MÉDICA. PÁG 1 A 4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações: INDENIZAÇÃO EM SINISTRO ANTERIOR EM 50% DO PÉ DIREITO.

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 pés	50 %	Em grau intenso - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

