



Número: **0847571-53.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **24/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.293,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EDSON XAVIER DE SOUSA (AUTOR)	NAYANNA CAROLINE DE AMORIM (ADVOGADO) ENÉAS FLÁVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO (ADVOGADO) GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
37973 578	17/12/2020 12:32	<u>2774239_CONTESTACAO_Anexo_02</u>



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, 13 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200173870 Vítima: EDSON XAVIER DE SOUSA

Data do Acidente: 27/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a). EDSON XAVIER DE SOUSA

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, contados 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 n° 15771055



220 011339/01340 - carta 01 - INVA IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 12:32:15
<http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012171232150210000036219738>
Número do documento: 2012171232150210000036219738

Nº 37973578 - Pág. 1



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, 13 de Maio de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200173870 Vítima: EDSON XAVIER DE SOUSA

Data do Acidente: 27/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDSON XAVIER DE SOUSA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com o nome completo e correto da vítima, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está incorreto.
------------------------------	---

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. 01419/01420 - carta_03 - INVALIDEZ



00030710

Carta nº 15772124



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 12:32:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121712321502100000036219738>
Número do documento: 20121712321502100000036219738

Num. 37973578 - Pág. 2



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, 15 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200173870 Vítima: EDSON XAVIER DE SOUSA

Data do Acidente: 27/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDSON XAVIER DE SOUSA

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\$ 3.206,25

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 completa da mobilidade de um tornozelo 25%
Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **EDSON XAVIER DE SOUSA**

Valor: R\$ 3.206,25

Banco: 341

Agência: 000005579

Conta: 0000026236-0

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale a 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,





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, 13 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200173870 **Vítima: EDSON XAVIER DE SOUSA**

Data do Acidente: 27/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a). EDSON XAVIER DE SOUSA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 13/08/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Bac 01083/01084 - carta 09 - INVAI IDEZ



Carta n° 16029483



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 12:32:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012171232150210000036219738>
Número do documento: 2012171232150210000036219738

Num. 37973578 - Pág. 4



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - NP do sinistro ou AGI:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <i>Edson Xavier de Souza</i>		
5 - Nome completo: <i>Edson Xavier de Souza</i>				
7 - Profissão: <i>Morador/a</i>	8 - Endereço: <i>Sítio Cruz das Almas</i>	9 - Número: <i>5/N</i>	10 - Complemento: <i>Caparaó</i>	6 - CPF: <i>567.579.054-34</i>
11 - Bairro:	12 - Cidade: <i>Caaparaó</i>	13 - Estado: <i>MG</i>	14 - CEP: <i>58326-000</i>	15 - E-mail: <i>8396621-9283</i>
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:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00				
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)				
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: <i>Banco Itaú</i>		
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	(Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	(Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)				
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.				

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascitur (não nascer)? <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
<input type="checkbox"/> Não						33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.						

34
Informação
de que
a vítima
não possuía
benefícios
não扶助

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Itaúna MG 30/05/2020*

41 - Assinatura da vítima/bem:

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 14091.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 14091.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:25 horas do dia 10 de dezembro 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 José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu Edson Xavier de Sousa, CPF nº 567.579.054-34, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Borracheiro, filho(a) de Maria Zulmira de Matos Sousa e Egidio Xavier de Sousa, natural de Macau/RN, nascido(a) em 10/08/1966 (53 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Cruz de Almas, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Posto Fiscal, na cidade de Caaporã/PB, telefone(s) para contato (83) 98726-6952.

Dados do(s) Fatos:

Local: Be 101, Entrada Para Engenho Velho, João Pessoa/PB, bairro Costa e Silva; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/10/19 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 27/10/2019, POR VOLTA DAS 17:00, ESTAVA CAMINHANDO AS MARGENS DA RODOVIA BR 101, ALTURA DO BAIRRO DO COSTA E SILVA, NESTA CAPITAL, QUANDO FOI ATROPELADO POR UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E EM SEGUIDA TRANSFERIDO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S52, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EDUARDO PAZ LYRA.

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, 10 de dezembro de 2019.

JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

EDSON XAVIER DE SOUSA
Noticiante

Procedimento Policial: 14091.01.2019.1.00.401

1/1





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - NP do sinistro ou AGI:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <i>Edson Xavier de Souza</i>		
5 - Nome completo: <i>Edson Xavier de Souza</i>				
7 - Profissão: <i>Morador/a Sítio Cruz das Almas</i>	8 - Endereço: <i>Rua das Flores, 12 - Caapirão</i>	9 - Número: <i>5/N</i>	10 - Complemento: <i>Caapirão</i>	11 - Bairro: <i>Caapirão</i>
12 - Cidade: <i>Caapirão</i>	13 - Estado: <i>CE</i>	14 - CEP: <i>58326-000</i>	15 - E-mail: <i>8396621-9283</i>	16 - Tel.(DDD): <i>83 96621-9283</i>

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: *Banco Itaú*

AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	(Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	(Informar o dígito se existir)
---	--------------------------------	---	--------------------------------

AGÊNCIA: *5571* CONTA: *26 236* D

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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascitur (não nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	---	--	--	---

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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.

34 Informação de que a vítima tem benefícios não扶助化
--

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Jacó Pessoa, 31/05/2020*

41 - Assinatura da vítima/bem:

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

PME: EDSON XAVIER DE SOUZA				PRONTUÁRIO N°	
ADE: 53 A	SEXO: F	COR:	CLÍNICA: Ortopedia	ENF.:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: 27/10/2019			DATA DE ALTA: 08/11/2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA
AGNÓSTICO INICIAL: <i>Fratura dos Ossos do Antebraço DIREITO</i>					CID: S52
AGNÓSTICO DEFINITIVO: <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES: <i>Rx de antebraço demonstrando solução de continuidade óssea de rádio e ulna</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
NATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDICÕES DE ALTA: <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		() REMOVIDO	() A PEDIDO	() CURADO	()
OBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de antebraço direito foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas, 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: ATB, AINE E ANALGÉSICO

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 07 dias para revisão. (DR. RODRIGO AMARAL)

Eduardo Paz Lyra
Médico Residente de
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11467

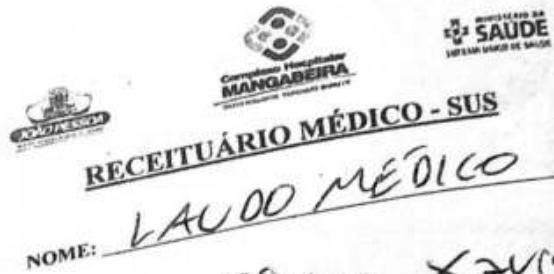
08/11/2019

DATA

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





NOME:

Edson Xavier

O Sr Edson Xavier
de Souza, 53 anos,
Barreiros (SC). Sobe e
desce escadas com dificuldade.

Foi operado de artrose do
cotovelo esquerdo (1) e foi
operado dia 01/11/19.

Apresenta edema e
dificuldade importante de
amplitude de movimento.
possui mobilidade de inter-

ção dorsal.

Necessita de mais
06 (seis) meses de
reparo plástico

laboras ..

10/12/19

Assinatura Dr. Rodrigo Castilho do Amaral
Ortopedista / Traumatologista
CRM-PB 4847 - SBOT 8331



ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.206,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDSON XAVIER DE SOUSA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 05579

CONTA: 000000026236-0

Autenticação:

CEACF6A1B5C39BF7188AD286CE783E69952BB4FF9DCB7B48DAFCBB93359AA9CD



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 12:32:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121712321502100000036219738>
Número do documento: 20121712321502100000036219738

Num. 37973578 - Pág. 10

ROSELANE FERREIRA DOS SANTOS
SIT CRUZADAS KM'S SIN. ÁREA RURAL
CAAPORÁ, PB CEP: 58920000 (AG: 18)

energisa

Ligação: MONOFASICO
Cta/Suc: P25 MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA REVOA
Referência: 2.19-107-2005
Medidor: 00008715905

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-200 km 25-Creto Redentor-José Bonifácio-PB-CEP:58071-000
CNPJ:09.195.161/001-40 Insc Est:13015802-0
Nº do Plano Contrato: Energisa N° 014720411
Cód. para Déb. Automatizado: 00013716798

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mai / 2019	10/05/2019	10/06/2019	081.469.734-95 nsc Est:

UC (Unidade Consumidora):

5/1371675-8

Canal de contato

- T2278 Sociedade Energia Elétrica - TSEE foi criado pelo Lei nº 10.433, de 28 de abril de 2002.
Junta-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais no: www.vacinabrasil.org.br

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
10/04/19 10649 10/05/19 11190				
242				
Demonstrativo				
CC/ Descrição	Quantidade	Tarifa	Base Cálculo	Alm. (em R\$) Base Cálculo (em R\$) Cálculo (R\$)
			Tributos Totais (R\$) ICMS/R\$ 10% PIS/Cofins/R\$ 0,0714% (R\$ 762,96)	
0801 Consumo até 20KWh-BR	30.000,00	0,785190	8.55 8.55 27 7.21 8.55 0,03 0,36	
0801 Consumo - 31 a 120KWh-BR	77.000,00	0,438910	34,11 34,11 27 9,24 34,11 0,13 1,53	
0801 Consumo - 101 a 220KWh-BR	120.000,00	0,738270	98,00 98,00 27 23,76 98,00 0,65 2,94	
0801 Consumo acima de 220KWh-BR	22.000,00	0,814860	17,92 17,92 27 4,64 17,92 0,18 0,80	
0801 Adm. B. Análise			0,00 0,00 27 0,00 0,00 0,00 0,00	
0810 Contas	43,23	46,92	27 1,71 44,13 0,07 1,15	
154				
154				
0805 Multa 2020/03		4,87	0,13 0 0,00 0,20 0,00 0,00	
0808 PARCELAMENTO DE DEBITO 04/06		0,95	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0204 COMPENSACAO POR INDICADOR 06/2019		0,07	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0906 ATUALIZACAO MONETARIA 03/2019		0,07	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0806 Devolucao Subsidio	-22,92	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00	
CC/ Cálculo do Classificado do item TOTAL		241,84	192,41 29,57 129,71 0,62 0,87	
Tarifa M. Tributos	A1639KWh	0,192990	A16100KWh 0,220370	A16223KWh 0,425410 Atéma de 220KWh 0,870490

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
EXETO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE R/11
3056-884 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1782
Fax: () - CEP: 5

Folha Nr: 173917 Add: Nao Freq/loc.
Data: 27/10/2019
Hora: 00:14:36
Recepção/Analista: SUELI MOREIRA TORRES
Clínica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE
Nome: EDSON XAVIER DE SOUZA
Nome Social: NAO INFORMADO CPE:
CNS: SEN CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: 6 Fone: 986278052
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 06/03/1966 Id: 53 anos
End: RUA /PROJETADA, 0
Pais: DISTRITO INDUSTRIAL Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: MARIA ZULIMA XAVIER DE SOUZA Pais: EDSON XAVIER DE SOUZA
Prof: PREIR Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: SOLTEIRO/A
Ocupação: BORRACHEIRO
TÉRMACOES DE ENTRADA
Rep.: EDSON XAVIER DE SOUZA
Tel. Doc. Responsavel: 986278052 / SEM DOCUMENTO: 0
Localização: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA
Última de acidente por: NAO
Última de violência por: NAO
Caso Policial

CONDICÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PFE-CONSULTA
Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA:	FR:	[X] Aparentemente Bem	[] Grave
FC:	TP:	[] Politraumatizado	[] Convulsão
Peso:	Altura:	[] Hemorragia	[] Disponível
Cicatriz:	TMC:	[] Diarreia	[] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[X] Regular	[] Choquado
		[] Vomito	

Observações

Principais

AMINHADO DO HEMISFL CONFORME A PUNCTUACAO

História - Exame Físico - Anota do Vendimento médico

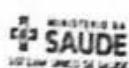
Diagnóstico

Conduita

Prognóstico

Horário da Admissão

Scanned by CamScanner



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	EDSON KNIER GE VOSA	Registro:		
Idade:	Sexo:	Cat. Clínica: CPO	EMP:	LR:
Data:	07/11/11	Cirurgião: Dr. Rodolfo Araújo	1º Assistente:	Enfermeiro 23
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador		
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Horário:	I	T

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Fratura exp. do osso do crânio
BIL

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

O UNICO

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

Osteomíctise

Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim Descreva:
2 () Não

Riópsia de Congelação: 1 () Sim
2 () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Outro durante Ato Cirúrgico

Rua: Rua José Costa Duarte, 51 - EP 58056-384 Mangabeira - João Pessoa - PB

Scanned by CamScanner



DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em ORN sob alívio - relaxado
- Aspiração + antiséptico + copoção de sucos vitais.

Incisão:

- Fita tourniquet sobre o esôfago e cérvix
- Incisão para ilíus

Achados:

- Fístulas peritoneais do bônus e ilíus

Conduta:

- Realizados enxertos de fundo da próstata no bônus + opacifico e placas de ferro - ou suturas intramurais
- Realizados enxertos de fundo da próstata no ilíus (cavidade盆腔) + placas de ferro de 10mm: ranhuras arteriais
- Ressecção do vaso sanguíneo da próstata
- Retirada da próstata extirpada
- Curativa
- Talo fálico salvo

Fechamento:

OBS:

Dr. Leonardo Miranda

CRM 3277 PB

Médico Cirurgião

medicomedicina.com.br

MÉDICO CRM

Data: 07/11/14

Rua Ag. Estrela, 169 Centro - Bento Gonçalves - RS - 96200-000 - Fone: (51) 3322-2930

Scanned by CamScanner



000000109308

ESQUERDO



HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA

ADSON XAVIER DE SOUZA ID: 000000109308

26.10.2019 IDADE: 53 SEXO: M

TECNICO: Hora: 19:51:39

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 12:32:15

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121712321502100000036219738>

Número do documento: 20121712321502100000036219738

Num. 37973578 - Pág. 15

000000109308

ESQUERDO

PERFILE

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 12:32:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121712321502100000036219738>
Número do documento: 20121712321502100000036219738

Num. 37973578 - Pág. 16

000000109308

DIREITO

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA
ADSON XAVIER DE SOUZA ID: 000000109308
26.10.2019 IDADE: 53 SEXO: M
TECNICO: Hora: 19:51:39

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 12:32:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121712321502100000036219738>
Número do documento: 20121712321502100000036219738

Num. 37973578 - Pág. 17

000000109300

DIREITO

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA
ADSON XAVIER DE SOUZA ID: 000000109300
20/10/2010 IDADE: 65 SEXO: M
TECNICO Hora: 19:51:00

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 12:32:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121712321502100000036219738>
Número do documento: 20121712321502100000036219738

Num. 37973578 - Pág. 18



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

Receituário

Paciente: ADSON XAVIER DE SOUZA
Data: 26/10/2019 21:06:01

Sexo Masculino CPF:Não Informado

Idade:53 BAE:1199558

ENCAMINHAMENTO TRAUMINHA-----ORTOPEDIA

PCTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTOCICLETA, TRAZIDO PELO SAMU
QUEIXA-SE DE DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO ANTEBRAÇO DIREITO E TNZ ESQ
RELATO DE INGESTA ALCOOLICA

EFO
- FERIMENTO PUNTIFORME NO ANTEBRAÇO DIREITO, EDEMA E DEFORMIDADE
- PULSOS DISTAIS OK
- EDEMA E DOR NO TNZ ESQ, ADM REDUZIDA

R: [REDACTED] FX DO MALEOLO LATERAL WEBER A + fx DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO
HD:FX EXPOSTA DO ANTEBRAÇO DIREITO + FX FECHADO DO TNZ EQ

CD: A1B / SAT / TALA BOTA + TALA AXILO PALMAR
ENCAMINHO AO TRAUMINHA CONFORME PACTUAÇÃO

*Dr. Teófilo Vanomark
Ortopedia e Traumatologia
CNPJ: PB 9690
ETO: 16216*

Dr. TEOFILo VANOMARK CHAVES BEZERRA
9690/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

CNES: 2593262 - FONE: (**83) 3216-5736 / 3216-5775

Scanned by CamScanner





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: LAUDO MÉDICO

O Sr. Edson Xavier de Souza, 54 anos, encontra-se com cerca de 09 meses de P.O. de fratura do 1/3 proximal dos ossos do antebraço direito. Apresenta sequelas de sequelas pós-treinamento com possível lesão de interesses dorsais ou subdorsais. Apresenta atrofia muscular, com más em grossa diretamente diminuta, de prona-supinação e de fôrmas para apresentar.

→ Continua no verso

Assinatura e Carimbo



O mesns reforçar ser
correchins.

Pelo que o acima
informou estabelece pelo
serviço médica do INSS
está possibilidade de
possentadoria por invalidez

CID.: + - 92.4
+ - 92.9
5 - 52.9.

Dr. Rodrigo Castro da Fonseca
Ortopedista / Traumatologista
CRM PB 4847 SBOT 6331

04/08/2020





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 12:32:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121712321502100000036219738>
Número do documento: 20121712321502100000036219738

Num. 37973578 - Pág. 22



EPF- 567- 579. 054- 34

QUALIFICAÇÃO CIVIL	
Nome <u>Edson Xavier de Souza</u>	
Loc. Nasc.	<u>Macau</u>
Filiação	<u>Edson Xavier de Souza</u> <u>Maria Lúmara de Matos Souza</u>
Doc. N° e S.:	<u>001.002.675 SDS/RN Exp. 09.04.2003</u>
ESTRANGEIROS	
Chegada ao Brasil em	/ / Doc. Ident. N°
Exp. em	/ Estado
Obs.:	<u>DRT 1C</u>
Data Emissão <u>20.09.2007</u>	
Assinatura do Funcionário <u>Ma. J. P.</u>	
ALTERAÇÕES DE (Com relação nome, est.)	
Nome .....	.....
Doc. .....	.....
Nome .....	.....
Doc. .....	.....
Nome .....	.....
Doc. .....	.....
Est. Civil .....	.....
Doc. .....	.....
Nome .....	.....
Doc. .....	.....
Bat. Civil .....	.....
Doc. .....	.....
Nascimento .....	.....
Doc. .....	.....



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200173870 Cidade: João Pessoa Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: EDSON XAVIER DE SOUSA Data do acidente: 27/10/2019 Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO E DA URNA DIREITOS.
FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO MEMBRO SUPERIOR E CONSERVADOR DO TORNOZELO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E TORNOZELO 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E sequelas: TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total		23,75 %	R\$ 3.206,25	



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 12:32:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121712321502100000036219738>
Número do documento: 20121712321502100000036219738

Num. 37973578 - Pág. 24



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200173870

Data da solicitação: 30/07/20
00/MM/AA

Nome do beneficiário: Edson Xavier de Souza

CPF do beneficiário: 567 571 054-34

Nome do solicitante: Giullyena Flávia de Amorim Nóbrega

CPF do solicitante: 011 197 984-69

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 9992-9283 Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCÓRDIA DA NEGATIVA

DISCÓRDIA DO VALOR RECEBIDO

DISCÓRDIA DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: _____

(DESCRIVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

A Seguradora.

Solicito à Seguradora Líder reanálise do sinistro 3200173870, pois conforme laudo médico ora juntado a vítima se encontra em graves sequelas em seu membro superior direito, necessitando que seja submetido à perícia médica para melhor análise do caso.

Local e Data
Local e Data
Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0135817/20

Número do Sinistro: 3200173870

Vítima: EDSON XAVIER DE SOUSA

Data do acidente: 27/10/2019

CPF: 567.579.054-34

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDSON XAVIER DE SOUSA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/07/2020
Nome: EDSON XAVIER DE SOUSA
CPF: 567.579.054-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/07/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

EDSON XAVIER DE SOUSA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 12:32:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121712321502100000036219738>
Número do documento: 20121712321502100000036219738

Num. 37973578 - Pág. 26