



18/01/2021

Número: **0806866-40.2020.8.15.0731**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Cabedelo**

Última distribuição : **08/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SILVIO ROSENDO RODRIGUES (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38484 858	18/01/2021 16:05	2777274_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, 20 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200296970

Vítima: SILVIO ROSENDO RODRIGUES

Data do Acidente: 17/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SILVIO ROSENDO RODRIGUES

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 nº 16050253

Pag. 00793/00794 - 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, 25 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200296970

Vítima: SILVIO ROSENDO RODRIGUES

Data do Acidente: 17/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SILVIO ROSENDO RODRIGUES

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

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. 00997/00998 - carta_03 - INVALIDEZ

00030499



Carta nº 16063948





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 ASE

3 - CPF da vítima

058.692.674-73

4 - Nome completo da vítima

Silvio Rosendo Rodrigues

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

5 - Nome completo

Silvio Rosendo Rodrigues

6 - CPF

058.692.674-73

7 - Profissão

Recurso

8 - Endereço

R- Mar da Isabela

9 - Número

219

10 - Complemento

11 - Bairro

Intermares

12 - Cidade

Cabedelo

13 - UF

PB

14 - CEP

58102-093

15 - E-mail

16 - Tel (DDD)

(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:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ R\$1.700 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☒ CONTA POUPANÇA (informar o tipo ou banco e número - incluir o nome qualificado)

☐ CONTA CORRENTE (informar o tipo ou banco)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0617

CONTA:

34102

6

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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização (ou reembolso do Seguro DPVAT) e que eu não tenho direito, reconhecendo e dando, desde já e sem reserva, a satisfação 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 assumindo a responsabilidade 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 (assinale 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 acima citado, 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 e exames da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito conforme (art. 134/74, art. 17, § 1º) da Lei nº 24.645/74 (Lei de Autorização) não significa nenhuma concordância com a futura avaliação médica e consequente admissão ou contestação da responsabilidade.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Causa 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 nascituro falecido?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a quem for beneficiário que se apresentar e procurar esta instituição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão na declaração não obrigará a seguradora a pagar a indenização ou valor devido, 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:

João Pessoa - PB 31/08/2020

41 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





agência - 0617
op. 013
conta - 000 14102-6





2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima: 084893184-09	4 - Nome completo da vítima: Rebeca Thais Alves Paula
----------------------------	------------------------------------	--

5 - Nome completo: Rebeca Thays Alves Paula				6 - CPF: 084.893.184-09	
7 - Profissão: Receio		8 - Endereço: Sm. do Lago Montenegro		9 - Número: 415	
10 - Complemento: Casa		11 - Bairro: Monte Castelo		12 - Cidade: Campana Grenck	
13 - Estado: PR		14 - CEP: 58406-100		15 - E-mail:	
16 - Tel. (DDD):					

17 - Nome completo do Representante Legal:	
18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR	☐ R\$1.00 A R\$1.000,00	☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	☐ ACIMA DE R\$5.000,00

☐ **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: NU PAGAMENTO S.A

AGÊNCIA: CONTA: 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 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.

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

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 nascituro (vairasos)?	☐ Sim ☐ Não	31 - Vítima teve irmãos?	☐ Sim ☐ Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - 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.

3

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a-rro)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2# | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 053034.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 053034.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettowen Cravalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 10:13 min do dia 29/07/2020, na Delegacia Online, **SILVIO ROSENDO RODRIGUES**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão AUTONOMO, natural de Pedras de Fogo, nascido(a) em 25/09/1982, idade 37, estado civil Solteiro (a), filho(a) de MARIA CECILIA DA CONCEIÇÃO e SEVERINO ROSENDO RODRIGUES, CPF 058.692.674-71, residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Mar da Irlanda, nº 219, complemento CASA C, bairro Intermare, na cidade de Cabedelo/PB. CEP: 58102091, telefone(s) 839, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 17/05/2020 17:30h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: PB 018, JACUMA, Conde/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Conduzia sua moto YAMAHA YS 150 FAZER ED, ANO/MOD 2015/2015, COR PRETA, PLACA PCN 5436/PB, CHASSI 9C6KG0660F0043181, em nome de EDUARDO JOSE DA COSTA, CPF de nº 01307287484, quando o pneu dianteiro estourou perdeu o controle da moto caindo ao solo, sendo socorrido por terceiros para o Complexo Hospitalar de Mangabeira.

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, expede a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.


SILVIO ROSENDO RODRIGUES

2E983CFB6D29AA39E6C2D4577DE51A9

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@sedspb.gov.br.



Nº 053034.01.2020.0.00.704 1/1





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 ASE

3 - CPF da vítima

058.692.674-73

4 - Nome completo da vítima

Silvio Rosendo Rodrigues

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

5 - Nome completo

Silvio Rosendo Rodrigues

6 - CPF

058.692.674-73

7 - Profissão

Recurso

8 - Endereço

R- Mar da Isabela

9 - Número

219

10 - Complemento

11 - Bairro

Intermares

12 - Cidade

Cabedelo

13 - UF

PB

14 - CEP

58102-093

15 - E-mail

16 - Tel (DDD)

(83) 9 8663-4900

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:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ R\$1.700 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☒ CONTA POUPANÇA (comprovante anexo ou fotocópia autêntica - consulte o nome da agência)

☐ CONTA CORRENTE (fotocópia de fotocópia)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0617

CONTA:

34102

6

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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha totalidade, o valor da indenização (benefício do Seguro DPVAT) e que eu não tenho direito, reconhecendo e dando, desde já e sem reserva, a satisfação 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 assumindo a responsabilidade 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 (assinale 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 acima citado, 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 não submeter a avaliação médica e o laudo da Seguradora a qualquer verificação ou quantificação das lesões, perícias ou exames de diagnóstico de acordo com o artigo 134/74, art. 13, § 1º, do Decreto (que esta autorização não significa nenhuma concordância com a futura avaliação médica ou com o resultado do laudo do IML).

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Causa 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 nascituro falecido?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a qualquer beneficiário que se apresentar e provar esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão na declaração não obrigará a Seguradora a pagar o valor devido, 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:

João Pessoa - PB 31/08/2020

41 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 16:05:41

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011816054075800000036698161

Número do documento: 21011816054075800000036698161

Num. 38484858 - Pág. 7



agência - 0617
op. 013
conta - 000 14102-6



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:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SILVIO ROSENDO RODRIGUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00617

CONTA: 000130014102-6

Nr. da Autenticação 10B0A5E6C32A5EFE





SQ: 090.059.813

02/01/2020

115644

DESTINATÁRIO



CTC RECIFE PE PL7
SILVIO ROSENDO RODRIGUES
R MAR DA ISLANDA 219 C
INTERMARES
58102-091 CABEDELO PB



7213099639711040000011564430020120



BOLETO PARA PAGAMENTO



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
RUA 230, KM 25 - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA - PB - CEP 58071-880
CPF: 06.986.183/0001-40 - INSC. EST. 5.915.620-9

DADOS DO CLIENTE

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

CD - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698281-1

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUL/2020	20/07/2020	186	27/07/2020	R\$ 155,48

Seu código de barras é 51502440010503502

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 28/07/2020				
Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-45				
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA - PB - CEP 00000-000				
Nosso Número:	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440010503502	0000000000202007	27/07/2020	R\$ 155,48	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				06.986.183/0001-40
BR230 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA - PB - CEP 58071-880				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 16:05:41

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011816054075800000036698161>

Número do documento: 21011816054075800000036698161



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 / Outros 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/BIBLIOTECAWEB/COCORIGINALASPX?TIPO=1&CODIGO=28636>

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 RESEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Cesar Duarte
inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754 / 74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Silvio Rosendo Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 058.692.674 / 71
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Silvio Rosendo Rodrigues
inscrito (a) no CPF sob o Nº 058.692.674 / 71 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>Trangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 31/08/2020

Alexandra Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME Silvio Rosendo Rodrigues				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 37 A	SEXO MASC	COR	CLÍNICA: Ortopedia	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 17/05/2020		DATA DE ALTA 21/05/2020		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura do 2 Metacarpo DA MAO direita + fratura Escafoide					CID S.62.0
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES Rx demonstrando solução de continuidade óssea					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO				COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de **Fratura do 2 Metacarpo DA MAO direita + fratura de Escafoide** foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de **REDUÇÃO INCRUENTA + FIXAÇÃO PERCUTÂNEA**. 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 **60** 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 local. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: **PROFENID, CIPROFLOXACINO**

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.
Ao ambulatório do **Complexo Hospitalar Mangabeira** em **7** dias para revisão. Dr. TEMISTOCLES

Assinatura
Médico
CRM - PB - 13.125

21/05/2020

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 16:05:41

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011816054075800000036698161>

Número do documento: 21011816054075800000036698161

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
55256-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 318199 Atd: Na
Data: 17/05/2020
Hora: 20:47:16
Recepcionista: GILMAR DE SOUTO CAVALNTI
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: SILVIO ROSENDO RODRIGUES

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2020.05.001055

Nome Social: NAO INFORMADO CPF:

CNS: 704801586038249 Sexo: M IDENTIDADE: 6857306 Fone: 988679157

Natural: PEDRAS DE FOGO/PB Data Nasc.: 25/09/1982 Id: 37 ano(s)

End.: AVENIDA MAR DA IRLANDA, 219

Bairro: INTERMARES Cidade: CABEDELO UF: PB

Mae: MARIA CECILIA DA CONCEICAO

Pai: SEVERINO ROSENDO RODRIGUES

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: COZINHEIRO

Estado Civil: SEPARADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: SILVIO ROSENDO RODRIGUES

Tel/Doc. Responsavel: 988679157 / IDENTIDADE: 6857306

Endecencia: RUA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[X] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[X] Regular [] Chocado

Principa

[] Vomito
Observacao

VITIMA DE COLISAO MOTO X MOTO NEGA VOMITO
DESMALCO COM ESCORIACOES (SIC)

NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS (SIC)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Vitima de colisao moto x moto. TE O. Encl,
por, abdome e pelvis. Inj.

Exame Fisico: em conduta de urgencia a idosa
e monitora de movimento

Exame Fisico: | Horario da medicacao

Exame Fisico: em pelvis e p.e.

Daniel Amorim
Urologia
CRM-PB 9370 CRM-PE 25.288

CP: @Avaliacao em
OHO
OHO 0.6. Adm. Unidade de
urgencia





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Silvio Rosendo Data da Admissão: 17/05/2021
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1/1955

QPD: FR - LUXAÇÃO DE PUNHALETO -

HDA: CAVALO DE MÃO (F) E FR

DE OMBRO

PLA VITRÃO DE ALUMINUM

VALENDO 1/1/1955

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

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

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

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

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

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

Temístocles de A. R. Filho
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PB: 7018 / TEOT: 15747 / RQE: 6245

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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

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

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

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: *fd hansen B. parasit*

Conduta: *Antib. B. parasit*

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



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Silvio Roberto Rom</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <u>17/05/2021</u>	Cirurgião: <u>D. Z. Rom</u>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
Fx - Lesão nervosa -					
sítio + Fx					
Dx - lesão 120					
MSE					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
0					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
SOMA. PTO. cirurgia					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim					Descreva:
2 (X) Não					
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					

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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Plt 1ª PPH SOB Anestesia
Antisséptica + Cap

Incisão:

Não

Achados:

Vozes Anestesia

Conduta:

X Plt com PPH
X PPH de Luxe 503
Phorocision
X Fixação Phorocision de
mas (E)
X anestes + PPH

Fechamento:

OBS:

Sem DPM

Data:

17/05/2020

MÉDICO/CRM

Histórias de R. Filho
 Cirurgião de Otorrinolaringologia
 CRM-PB 101710 / EOT 1547 / RDE 916

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



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA JUSTICA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO
SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICACAO

NOME
ALEXANDRA CESAR DUARTE

CPF
2627728 **SEX** **F**

LN **046.503.734-74** **Data Nascimento** **21/08/1982**

PARENTES
ALEXANDRE S.R. AMARAL
DUARTE
MARCIA CESAR DUARTE

PERMISSAO **ACC** **CAT/MS**
0 **0** **0**

Nº Registro **01851268064** **VALIDADE** **16/08/2018** **EMISSAO** **29/04/2001**

Assinatura
Alexandra Cesar Duarte

CPF **046.503.734-74** **Data Emissao** **17/02/2018**

Assinatura **64548354744**
78027919545

894056231





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **058.692.674-71**

Nome: **SILVIO ROSENDO RODRIGUES**

Data de Nascimento: **25/09/1982**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **18/03/2003**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **13:26:25** do dia **11/08/2020** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **5F32.2F03.675F.E8C6**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
(/Servicos/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

IDENTIFICADORA: 6857306 DATA DE EXPIRAÇÃO: 30.05.2001

NOME: SILVIO ROSENDO RODRIGUES

PAIS: Brasil

Nome: Severino Rosendo Rodrigues

Mãe: Maria Cecília da Conceição

NATURALIDADE: Pedras de Fogo-PB DATA DE NASCIMENTO: 25.09.1962

CPF: 000.000.000-00 C.N. 3442, I. 12, P. 142, Cart. de

Varice-Igamba-PB

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 2004



PROCURAÇÃO

Outorgante John N. Almeida Pacheco brasileiro(a) estado brasil
 civil profissão autônomo residente e domiciliado à Rua 211 C
San Carlos nº 211 C bairro Am. Termas
 Município de Carapicuíba Estado de (e) SP Cep. 58.302-091
 portador(a) do Rg nº 6857305 SSP/PE e CPF nº 058.692.671-73

Outorgao: Alexsandra Benay Duarte brasileiro(a),
estado civil casada profissão advogada residente e domiciliado(a) à
Rua Príncipe Fiscal de Costa Duarte, 157 bairro Mangabeiras
Município de João Pinheiro Estado de (o) PA Cep. 58056-384
portador (a) do RG nº 2657718 SSP/ PA e CPF nº 046.502.754-74

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) Silene Rosemundo Rodrigues ocorrido em 17/05/20, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza Im Vagante

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 08, de agosto de 2020

CARTÓRIO
VEIRA BATISTA

Outorgante
CPF Nº

Obs.: Rescindere firma em uso por autenticidade ou veracidade



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0232858/20

Vítima: SILVIO ROSENDO RODRIGUES

CPF: 058.692.674-71

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 17/05/2020

Titular do CPF: SILVIO ROSENDO
RODRIGUES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

SILVIO ROSENDO RODRIGUES : 058.692.674-71

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 19/08/2020
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/08/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200296970 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVIO ROSENDO RODRIGUES **Data do acidente:** 17/05/2020 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS 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: FRATURA DE 2º METACARPO DA MÃO DIREITA.
FRATURA ESCAFOIDE DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MÃO DIREITA.

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 DE MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações: ANEXO P1.

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 uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

