



Número: **0807245-45.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **30/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDGLEY DE ANDRADE SANTOS (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	Tipo
38493 553	18/01/2021 21:10	2778237_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, 07 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200239304

Vítima: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS

Data do Acidente: 11/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDGLEY DE ANDRADE 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,

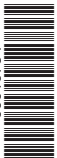
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15918756

Pag. 01467/01468 - carta_01 - INVALIDEZ

00010734





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 Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200239304

Vítima: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS

Data do Acidente: 11/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDGLEY DE ANDRADE SANTOS

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000002441-4

Conta: 000010021057-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, 18 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200239304 Vítima: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS

Data do Acidente: 11/01/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDGLEY DE ANDRADE SANTOS

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 18/08/2020, 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

Pag. 00885/00886 - carta_09 - INVALIDEZ

00030443



Carta nº 16043450





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE		
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima: 007.868.314-99	4 - Nome completo da vítima: Edgley de Andrade Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR DUSEP Nº 466/2012		
5 - Nome completo: Edgley de Andrade Santos		6 - CPF: 007.868.314-99
7 - Profissão: Servidor público	8 - Endereço: R. Amoldo Campelo	9 - Número: 80
11 - Bairro: Gramma	12 - Cidade: João Pessoa	13 - Estado: PM
15 - E-mail:	14 - CEP: 58067-207	16 - Tel. (DDD): 83.99921-9283

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:		19 - Profissão do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:		
Declara, 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"/> RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 A R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 A R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUQUANÇA (somente para os bancos abaixo. Anote a opção) <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: 2442 (4) CONTA: 21057 (9)		
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)		

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 (assinale uma das opções):

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ou Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <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 <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____
30 - Vítima deixou nascituro(s) (se houver)? <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

34 - Assinatura da vítima/beneficiário: _____	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____	38 - 1ª Nome: _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: _____	37 - (2ª) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: _____	CPF: _____
		Assinatura da testemunha
		39 - 2ª Nome: _____
		CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário: _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

FP5.001 V002/2019



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0021 - 2020	Responsável pelo Levantamento do Acidente: ALEX GOMES MENDES	Posto/Graduação: CB/PM
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Rua Francisco Porfírio Ribeiro	Hora 17:40	Bairro Mangabeira
Município: João Pessoa	U.F. PB	
Data da Ocorrência 11/01/2020	Dia da Semana Domingo	C/S Vítima (QT) Com 01
Tipo de Acidente Atropelamento	Tipo de pavimento Asfalto	Condições da Pista Seca
Condições do Tempo Bom	Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 veículo	Controle do tráfego Pista Simples

PEDESTRE

Nome Edgley de Andrade Santos	Sexo Masculino	Nascimento 30/11/1978	RG 1847749
Endereço Rua Arnaldo Campelo, nº80 Paque do Sol - João Pessoa PB - Tel.(083)98784-7385			
1ª Habilitação -	Categoria -	Registro CNH N.º -	U.F. -
Ex.méd./Dia -	Data Vencimento -	Usava cinto -	Usava Capacete -
Exame de Embriaguez Alcoólica Não Realizado		Destino do Condutor Socorrido ao Ortotrauma	

VERSÃO DO PEDESTRE

Condutor declarou que: Encontrava-se de frente ao "PR" quando o VI atingiu-o, acontecendo o sinistro.

CONDUTOR 01

Nome João Teixeira de Matos	Sexo Masculino	Nascimento 22/07/1961	RG 701503
Endereço -			
1ª Habilitação -	Categoria -	Registro CNH N.º -	U.F. -
Ex.méd./Dia -	Data Vencimento -	Usava cinto -	Usava Capacete -
Exame de Embriaguez Alcoólica Sim(1,24mg/l)		Destino do Condutor Permaneceu no local	

VEÍCULO 02

Marca/Modelo GM/Corsa	Espécie Automóvel	Placa IKG - 8690	Categoria Particular	Município Novo Hamburgo	U.F. RS
Nome do Proprietário -					
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º -	Renavan N.º -	Data da Emissão -		

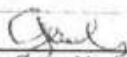
Condições do Veículo Antes do Acidente
Nada constatado

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Versão prejudicada, pois até a presente data o condutor não compareceu para prestar os devidos esclarecimentos.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: **26/01/2020**



CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE Ocorrência DE ACIDENTE DE TRâNSITO - BOAT Nº /2020			
VÍTIMA 01			
Nome	Edgley de Andrade Santos	Sexo	Masculino
Nascimento	30/11/1978	Viagava no Veículo Nº	
Endereço	Rua Arnaldo Campelo, nº80 Paque do Sol - João Pessoa PB - Tel.(083)98784-7385		
Condição da Vítima	Conduzida Para	Usava Cinto	Usava Capacete
Pedestre	Hospital Ortotrauma	-	-
CONSTATADO			
<p>Constatado quando do levantamento que: No sitio do acidente, ocorreu na faixa direita da via A no sentido Valentina/Mangabeira, não há marcas de frenagem e ou derrapagem, não foi possível arrolar testemunhas no local. O pedestre sofreu escoriações no pé esquerdo sendo socorrido ao Ortotrauma pela AR 56 do Corpo de Bombeiros, responsável CB Melo Mat. 522.178-1, C1 nada sofreu e submeteu-se ao teste de alcoolemia do alco-sensor IV de série nº e teste nº1379 cujo resultado foi 1,24mg/l, sendo dada voz de prisão pela Ten. Debora de Mat. 528.613-1 que encaminhou o acusado para os procedimentos legais na Central de Flagrantes. V1 removido ao BPTIran para complemento de laudo, como também lavrado os Ait's pelos Art. 165, 162 I e 230 V do CTB para o C1.</p> <p>João Pessoa – PB, 16 de janeiro de 2020.</p>			
 Alex Gomes Mendes – Cb/PM Responsável pelo Levantamento			

BATALHÃO DE TRâNSITO VIASÃO E RODOVIÁRIO
 Cópia de Conformidade com o Original
 EM: 21/1/2020
 ASSINADO





COMANDO DE POLÍCIA DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT




CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0021/2020

DANOS NO V1									
Marca/Modelo: GM/CORSA		Placa: IKG - 8690		Responsável pelo Preenchimento: CB ALEX			Data: 11/01/2020		
AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE									
PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE									
Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Painel corta-fogo		X		12	Longarina traseira esquerda		X	
02	Longarina dianteira esquerda		X		13	Assoalho porta malas ou caçamba		X	
03	Caixa de roda dianteira esquerda		X		14	Longarina traseira direita		X	
04	Estrutura da soleira esquerda		X		15	Caixa de roda traseira direita		X	
05	Air Bags frontais		X		16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
06	Air Bags laterais		X		17	Estrutura da soleira direita		X	
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X		18	Estrutura da coluna central direita		X	
08	Estrutura da coluna central esquerda		X		19	Estrutura da coluna dianteira direita		X	
09	Estrutura da coluna traseira esquerda		X		20	Assoalho central direito		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X		21	Caixa de roda dianteira direita		X	
11	Assoalho central esquerdo		X		22	Longarina dianteira direita		X	
Total Geral (Sim + NA)							00		
Observações: DANO DE PEQUENA MONTA									
AVALIAÇÃO POR DANO:									
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1 -> DANO DE PEQUENA MONTA									
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6 -> DANO DE MÉDIA MONTA									
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6 -> DANO DE GRANDE MONTA									

EXATIDÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 08.134.1223

João Pessoa – PB, 16 de janeiro de 2020.


Alex Gomes Mendes - Ch/PM
Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0021/ 2020

AMARRAÇÕES

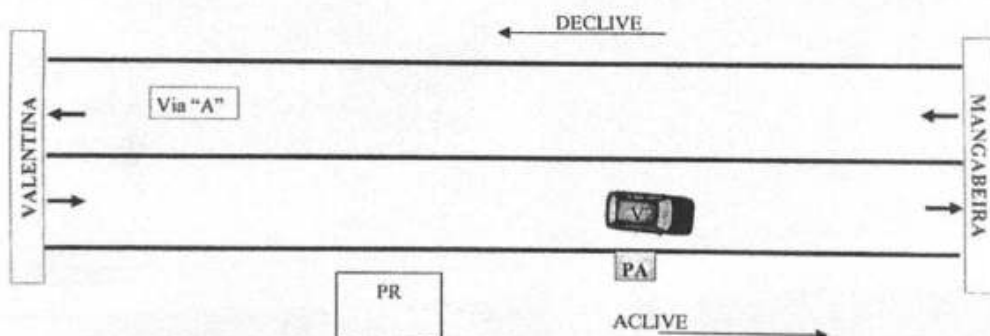
VIA "A" - Rua Francisco Porfírio Ribeiro 10,00metros

PR (Ponto de Referência) Casa Nº 3149

PA (Ponto de Amarração) Guia do meio fio

V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Direito 00.60 e Traseiro Direito 00.90 metros para (PA)

V2 (Veículo 02)



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBJETIVO: ESCALA

AVARIAS



V1

Alex Gomes Mendes Ch PM
Responsável pelo Levantamento

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 21:10:01
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 04/12/2020





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0021/ 2020

FOTOS DO V1

FRENTE (V1)



TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



2

Alex Gomes Mendes Cb PM
Responsável pelo Levantamento





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	007.868.314-99	Edgley de Andrade Santos	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR DUSEP Nº 466/2012			
5 - Nome completo:	6 - CPF:	7 - Profissão:	
Edgley de Andrade Santos	007.868.314-99	Servico geral	
8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:	11 - Bairro:
R. Amoldo Campelo	80	APT 003/B6-9	Gramma
12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	15 - E-mail:
João Pessoa	PM	58067-207	
16 - Tel. (DDD): 83.99921-9283			

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:		19 - Profissão do Representante Legal:	
18 - CPF do Representante Legal:			
Declara, 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"/> RECLUSO 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:			
<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUQUANÇA (somente para os bancos abaixo. Anote uma opção)			
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (BB) <input type="checkbox"/> Itaú (IT) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (CEF)			
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (BB) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (CEF)			
AGÊNCIA: 2442 (4)		CONTA: 21057 (9)	
(informar o dígito se existir)		(informar o dígito se existir)	
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE			
Declara, 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 (assinale uma das opções):			
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou			
<input type="checkbox"/> O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou			
<input checked="" type="checkbox"/> O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.			
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.			

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
23 - Estado civil da vítima:	24 - Data do óbito da vítima:	25 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ou Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo			
26 - Se a vítima deixou companheiro(a):	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	28 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
29 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	30 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	31 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	32 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
33 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	34 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	35 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	36 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Estou diante 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.			

37 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - Nome:	39 - Nome:
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	CPF:	CPF:
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha	Assinatura da testemunha
40 - Local e Data:	41 - Assinatura do Procurador (se houver)	
	42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	

FP5.001 V002/2019

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	16/07/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02441-4

CONTA: 000010021057-0

Nr. da Autenticação A2B85C6F0B2B3353





CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

Rua Feliciano Cirma, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM O
SERVIDOR DE ATENDIMENTO
MATRÍCULA

70102333

REFERÊNCIA

JAN/2020

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

KIAYTON ROCHA DO NASCIMENTO

R: ARNALDO CAMPELO, 80 - AP003/BL.D - GRAMAME JOAO
PENSOA PB 58067- 207

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável
		Residencial	Comercial	Outros	
0001.093.650.0242.003	0003	1	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação	Água	Situação Esgoto
Y11X159165	26/10/2011	EXT L.ACR	CERTADO	POTENCIAL	
ANTERIOR	1 ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA	
959	965	6	31	02/02/2020	
HIST. CONS./ANOR.	LEIT.	QUALID.	ÁGUA-ANEXO 20	PORT. 05/2017 MS.	
DEZ/2019	0	PARÂMETROS	EXIG. ANALIS.	CONFORMES	
NOV/2019	6	TURBIDEZ	268	272	266
OUT/2019	2	CLORO	268	272	272
SET/2019	2	COL. TERMOT	0	0	0
AGO/2019	2	COR	73	93	91
JUL/2019	2	COL. TOTALS	268	272	268
MEDIA(W)	2	DADOS REFERENTES A:	NOV/2019		

DATA DA IMPRESSÃO: 03/01/2020		HORA DA IMPRESSÃO: 09:29:01	
DESCRIÇÃO		CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ÁGUA		6 M3	37,91
ESGOTO			
ACRESCIM(S) MES(ES) ANT.	06/2019 07/2019 08		2,30
JUROS DE MORA	06/2019 07/2019 08/2019		





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

6882064

REFERÊNCIA

FEV/2020

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

ANTONIO JOAQUIM DE MORAIS

PC VENANCIO NEIVA, 21 - BAIRRO CENTRO SANTA RITA

PB 58300- 000

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
003.001.055.0175.000		000	0	1	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto		
Y12N426776	11/12/2012	EXT LACR	LIGADO		LIGADO		
ANTERIOR		ATUAL	CONSUMO (M3)		NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA	
500		507	7		29	10/03/2020	
HIST. CONS./ANOR.		LEIT.	QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.				
			PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
JAN/2020		1	30	TURBIDEZ	79	93	
DEZ/2019		3		CLORO	79	93	
NOV/2019		1	30	COL.TERMOT	0	0	
OUT/2019		1		COR	20	93	
SET/2019		1		COL.TOTAIS	79	93	
AGO/2019		1	30	DADOS REFERENTES A: DEZ/2019			
MEDIA(M)		1					

DATA DA IMPRESSÃO: 11/02/2020

HORA DA IMPRESSÃO: 11:44:21

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	7 M3	67,65
ESGOTO		
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		





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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Guilherme Davis de Amorim Nêves inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.197.984 / 69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Bedley de Andrade Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.868.314 / 99, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Bedley de Andrade Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.868.314 / 99, 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 de 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>Av. João Machado</u>		Número <u>553</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58000-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD)
			<u>83-99921-9283</u>

João Pessoa, 22 de 05 de 2020
Local e Data

Guilherme Davis de Amorim Nêves
Assinatura do Declarante

SLDRL-001 V001/2017



EFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

PLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

RUP: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

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

FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 293692

Atd: Nao Regulad

Data: 12/01/2020

Hora: 18:41:13

Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER SA

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2020.01.001229

Nome: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS

Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 007.868.314-99

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1847749 Fone: 987847385

Natural: PICUI/PB Data Nasc.: 30/11/1978 Id: 41 ano(s)

End.: RUA ARNALDO CAMPELO (LOT PRQ DO SOL), 80

Bairro: GRAMAME Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: JOSEFA MACEDO DE ANDRADE SANTOS

Pai: GERALDO GALDINO DOS SANTOS

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: SERVICOS GERAIS (SEXO MASCULINO)

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS

Doc. Responsavel: 987847385 / IDENTIDADE: 1847749

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: BOMBEIRO

Vitima de acidente por: VITIMA DE ATROPELAMENTO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Altura:

Imagem: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[X] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO, APRESENTANDO TRAUMA EM MIE E ESCORIAÇÕES PELO CORPO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente chegou se lesionou com o no SNG. Sol. Aa

Diagnóstico 12/01/2020 08:00 Conduta

Prescrição

Paciente relatou trauma SNG e lesão na perna esquerda.

Dr. Suelio

Ricardo R. Chacovich
RESIDENTE EM ORTODONTIA / CRM-PA 8801

CRM-PA 8801



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO Burity

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

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

FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 294740

Data: 15/01/2020

Hora: 20:25:33

Recepcionista: GILMAR DE SOUTO CAVALNT

Clinica: ORTOPEDIA

Atd: Nao Regu

DADOS DO PACIENTE

Nome: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS

Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 007.868.314-99

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1847749 Fone: 987847385

Natural: PICUI/PB Data Nasc.: 30/11/1978 Id: 41 ano(s)

End.: RUA ARNALDO CAMPELO (LOT PRQ DO SOL), 80

Bairro: GRAMAME Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: JOSEFA MACEDO DE ANDRADE SANTOS

Pai: GERALDO GALDINO DOS SANTOS

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação: SERVICOS GERAIS (SEXO MASCULINO)

Escolaridade: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS

T Doc. Responsavel: 987847385 / IDENTIDADE: 1847749

Procedencia: HOSPITAL CHMGTB

Medeiro Lator

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Quixa 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

Prescricao

| Horario da medicacao





Nome: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS				Registro:	
Idade: 41 a	Sexo: M	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: 22/01/2020			Cirurgião: DR MILTON		
1º Assistente: <i>KLENO R1</i>			2º Assistente:		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura do Maléolo Lateral Esquerdo</i>				S82.6	
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
<i>Osteossíntese do Tornozelo</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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





Nome: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS				Registro:	
Idade: 41 a	Sexo: M	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: 22/01/2020			Cirurgião: DR MILTON		
1º Assistente: <i>KLEENIO R.</i>			2º Assistente:		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura do Maléolo Lateral Esquerdo</i>					<i>S82.6</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Osteossíntese do Tornozelo</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

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

Incisão:

Incisão em região lateral do tornozelo
Dissecção por planos até foco de fratura

Achados:

Visualização de fratura do maléolo lateral

Conduta:

Realizada manobra de redução
dução de fragmentos ósseos com uso de intensificador de imagem
Aposição de 01 Placa 1/3 tubular 3.5mm de 8 furos + 06 parafusos corticais + 01 parafusos esponjoso
Realizado RX controle
Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%

Fechamento:

Fechamento por planos de planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo

Tala bota gessada

Retirado garrote em MIE

OBS: paciente com deformidade previa em tibia esquerda, decorrente de um trauma há +/- 19 anos.

Data: 22/01/2020 / /

MÉDICO/CRM

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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
Paciente em decúbito dorsal sob anestesia	
Realizado garroteamento de membro inferior	
Assepsia + Antissepsia	
Aposição de campos cirúrgicos estéreis	
Incisão:	
Incisão em região lateral do tornozelo	
Dissecção por planos até foco de fratura	
Achados:	
Visualização de fratura do maléolo lateral	
Conduta:	
Realizada manobra de redução	
Redução de fragmentos ósseos com uso de intensificador de imagem	
Aposição de 01 Placa 1/3 tubular 3.5mm de 8 furos + 06 parafusos corticais + 01 parafuso esponjoso	
Realizado RX controle	
Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%	
Fechamento:	
Fechamento por planos de planos musculares, subcutâneo e pele	
Curativo	
Tala bota gessada	
Retirado garrote em MIE	
OBS: paciente com deformidade previa em tibia esquerda, decorrente de um trauma há +/- 19 anos.	
Data: 22/01/2020 / /	
	MÉDICO/CRM
Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB	




LAUDO MÉDICO

O Sr. EDGLEY DE ANDRADE SANTOS, 41 anos, Auxiliar de serviços gerais, portador do RG: 1847749 SSP-PB, encontra-se inválido por tempo INDETERMINADO de exercer suas atividades laborativas.

Diagnóstico – Osteomielite Crônica da Tíbia Esquerda, Secundária a Sequela de Fratura exposta dos ossos da perna esquerda.

CID: M76.9 e T93.2

João Pessoa, 18 de Dezembro de 2019.


Raimundo Vasconcelos Jordão
CRM-1456

Dr. Raimundo Vasconcelos Jordão
CRM 1456
CLINOR LTDA, João Pessoa-PB







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: 3200239304

Data da solicitação: 20/07/20
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Edgley de Andrade Santos

CPF do beneficiário: 007.868.314-27

Nome do solicitante: Guiliana Flávia de Amorim Nogueira

CPF do solicitante: 011.197.984-69

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 99921-9283 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

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

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

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

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

Infama a seguradora que a vítima Edgley de Andrade Santos recebeu valor que não condiz com as sequelas suportadas, ficando com o membro inferior torto, com dificuldades para caminhar, necessitando ser submetido a perícia médica para melhor análise do seu caso.

20/07/2020

Local e Data

Guiliana Flávia de Amorim Nogueira
Assinatura do solicitante ou de quem assina a 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).



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.668.291 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 15/02/2011

NOME GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM NÓBREGA

FILIAÇÃO LUIZ GONZAGA DE AMORIM
MARIA DE FÁTIMA PINTO

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
JOÃO PESSOA-PB 07/02/1985

DOC ORIGEM CASAM N.18758 37 FLS.058 LIV.063

CPF CARTORIO 1º JOÃO PESSOA-PB
011.197.984-69

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29.08.63

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

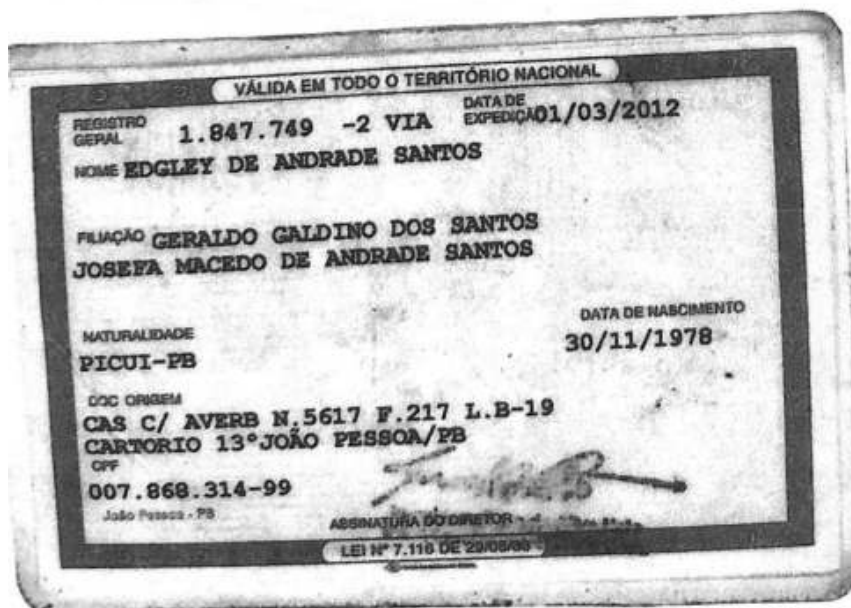
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL V-02
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA P-236
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Giullyana Flávia de Amorim Nóbrega
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200239304 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS **Data do acidente:** 11/01/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALEOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: OBS: PAG. 3/4/5

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





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: 3200239304

Data da solicitação: 20/07/20
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Edgley de Andrade Santos

CPF do beneficiário: 007.868.314-27

Nome do solicitante: Guiliana Flávia de Amorim Nogueira

CPF do solicitante: 011.197.984-69

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 99921-9283 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

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO 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:

(DESCREVER)

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

Infama a seguradora que a vítima Edgley de Andrade Santos recebeu valor que não condiz com as sequelas suportadas, ficando com o membro inferior torto, com dificuldades para caminhar, necessitando ser submetido a perícia médica para melhor análise do seu caso.

João Pessoa, 20/07/2020.

Local e Data

Guiliana Flávia de Amorim Nogueira.
Assinatura do solicitante ou de quem assina a 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).



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Edgley de Andrade Santos
 Nacionalidade: Brasileiro
 Estado Civil: Divorciado
 Identidade: 1.847.749
 CPF: 007.868.314-99
 Profissão: Servico geral
 Endereço: R. Arnaldo Campelo, nº 80 Apt 003 Bl. 13
 CEP: Gramma - Jand Pessoa PB 58067-207
 Telefone: (83) 98784-7385. 98787-7660.

OUTORGADOS: Giuliana Flávia de Amorim, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 13529, portadora do CPF/nº 011197984/69 e Enéas Flávio Soares de Moraes Segundo, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 14318, portador do CPF/nº 05631026406, com endereço profissional na Praça Venâncio Neiva, nº 21, CEP 58300-800, Centro de Santa Rita. Telefone: (83) 3032-1329.

Pelo presente Instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador os outorgados acima qualificados, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo aos outorgados poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima:

Edgley de Andrade Santos

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Jand Pessoa - 11-03-2020

Local e data

Edgley de Andrade Santos

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

2º OFÍCIO DE NOTAS
 RECONHECIMENTO DE FIRMA 2020-012471
 Reconheço por autenticidade a firma de
 EDGLEY DE ANDRADE SANTOS
 Dou fé, em testemunho de verdade, João Pessoa - PB, 11/03/2020 12:11:07
 EMCL: R\$ 10,22 FEPJ: R\$ 2,04 FARPEN: R\$ 0,30 ISS: R\$ 0,01
 SELO DIGITAL: AJW06359-TC1K
 Confira a autenticidade em <https://reconhecer.fpb.jus.br>
 RIBELEY ALMEIDA DE LIMA - ESCRIVENTE AUTORIZADO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0187423/20

Número do Sinistro: 3200239304

Vítima: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS

CPF: 007.868.314-99

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/01/2020

Titular do CPF: EDGLEY DE ANDRADE SANTOS

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 10/08/2020
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
CPF: 011.197.984-69

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/08/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

