



Número: **0881909-87.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **13/12/2019**

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	
JUAREZ ANASTACIO DE LIMA (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38516 472	19/01/2021 12:24	2778510_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, 24 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190597205

Vítima: JUAREZ ANASTACIO DE LIMA

Data do Acidente: 15/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JUAREZ ANASTACIO DE LIMA

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 15010690

Pag. 01305/01306 - 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, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190597205

Vítima: JUAREZ ANASTACIO DE LIMA

Data do Acidente: 15/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JUAREZ ANASTACIO DE LIMA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JUAREZ ANASTACIO DE LIMA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000044**

Conta: **0000095075-2**

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

055.937.374-01

Luarez Anastácio de Lima

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

5 - Nome completo:

Luarez Anastácio de Lima

6 - CPF:

055.937.374-01

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

R. Daniel Toscano

9 - Número:

578

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Mataraca

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58282-000

15 - E-mail:

183986634900

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☒ CONTA POUPANÇA

(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:

AGÊNCIA: 0044

CONTA: 95075

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.

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) ao nascer?

☐ 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.

34

Assinatura legível da vítima ou do beneficiário

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 22/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 11825.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 11825.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:27 horas do dia 10 de outubro 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 **Juarez Anastacio de Lima**, CPF nº 055.937.374-01, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Creuza Maria da Conceição e Joaquim Anastacio de Lima, natural de Mataraca/PB, nascido(a) em 14/08/1985 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Daniel Toscano, Nº 578, bairro Centro, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Mataraca/PB, telefone(s) para contato (83) 98872-0085.

Dados do(s) Fatos:

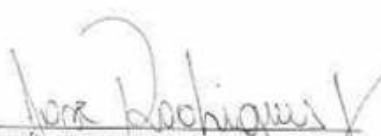
Local: Rodovia Pb 065, Mataraca/pb, Mataraca/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/06/19 22:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

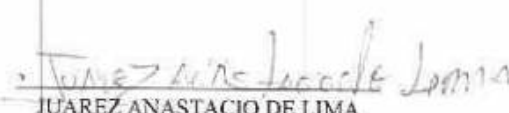
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 15/06/2019, POR VOLTA DAS 22:00, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA TITAN DE COR PRETA, ANO 2004, PLACA MMY-9653/PB, CHASSI 9C2KC08504R002904, NA RODOVIA PB 065, ALTURA DA CIDADE DE MATARACA/PB, QUANDO UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO SAIU DE UMA VIA VICINAL E CRUZOU EM FRENTE A ESTE NOTIFICANTE, VINDO A PROVOCAR UMA COLISÃO; QUE FOI SOCORRIDO AO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E EM SEGUITA ENCAMINHADO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE CHEGOU NO DIA 16/06/2019, POR VOLTA DAS 06:29, SENDO ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM 16/06/2019, CONFORME CERTIDÃO 1564/2019 ASSINADO PELA MEDICA ROSSANA DE FATIMA ARAUJO BARBOSA.

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 fê.

João Pessoa/PB, 10 de outubro de 2019,


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


JUAREZ ANASTACIO DE LIMA
Noticiante

Procedimento Policial: 11825.01.2019.1.00.401

22 OUT. 2019

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A

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 ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

055.937.374-01

Luarez Anastácio de Lima

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

5 - Nome completo:

Luarez Anastácio de Lima

6 - CPF:

055.937.374-01

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

R. Daniel Toscano

9 - Número:

578

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Mataraca

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58282-000

15 - E-mail:

183986634900

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☒ CONTA POUPANÇA (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:

AGÊNCIA: 0044

CONTA: 95075

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.

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) ao nascer?

☐ 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.

34

Assinatura legível da vítima ou do beneficiário

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 22/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







CERTIDÃO

Nº. 1564/2019

Atendendo solicitação de **MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº237879 e Prontuário Nº 2019.06.1709 pertencentes ao paciente **JUAREZ ANASTACIO DE LIMA** foi atendido dia 16/06/2019 às 06h29min, vítima de colisão de moto x carro, apresentando trauma em membros inferior esquerdo.

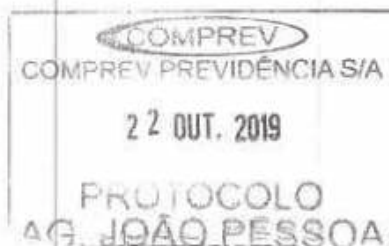
Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 16/06/2019. Com alta médica dia 29/06/2019.

E para constar eu Rossana de Fátima Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 13 de setembro de 2019

Rossana de Fátima de A. Barbosa
Médica de Vigilância à Saúde
CRM-PB - 3533

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533



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: 31/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JUAREZ ANASTACIO DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00044

CONTA: 000000095075-2

Nr. da Autenticação E14A7F8A3663A75C





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

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 06

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/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoais, 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 COAP¹.

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 6.131/58.

Pelo exposto, eu Jose Eduardo da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Luarez Anastacio de Lima Inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.937.374/01

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Luarez Anastacio de Lima

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.937.374/01, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recusa 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: Rua Agente Fiscal Jose G. Duarte

Número: 157

Complemento: _____

Bairro: Mangabeira

Cidade: João Pessoa

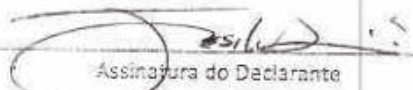
Estado: PB

CEP: 58056-384

E-mail: _____

Tel. (DDD) (83) 986634900

Local e Data: João Pessoa - PB 22/10/19


Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017



REFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO SURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 237879 Atd: Nao Regul.
Data: 16/06/2019
Hora: 06:29:37
Recepcionista: HELENA MARIA HONORATI
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: JUAREZ ANASTACIO DE LIMA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.06.001709

CNS: 702608291406648 Sexo: M IDENTIDADE: 2818650 Fone: 988720085

Natural: MATARACA/PB Data Nasc.: 14/08/1985 Id: 33 ano(s)

End.: RUA DANIEL TOSCANO, 578

Bairro: CENTRO Cidade: MATARACA UF: PB

Mae: CREUZA MARIA DA CONCEICAO

Pai: JOAQUIM ANASTACIO DE LIMA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: TRABALHADOR BRACAL SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO

Resp.: ESPOSA - TEREZA REGINA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL SENADOR H. LUCENA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO X MOTO/CONDUTOR - 15/06 - 22H

Vitima de violência por: RODOVIA 065 - PX. HOSPITAL DE MATARACA

[] Caso Policial

RE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Choc S/A

[] Regular

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

COLISAO MOTO X CARRO. TRAUMA EM MIE

PACIENTE ENCAMINHADO DO REATUAL CONFORME PACTUACAO

22 OUT. 2019

PROTOCOLO
MG. JOAO PESSOA

Historia Exame Fisico - (hora de atendimento medico)

* PACIENTE ORIENTADO DO HOSP. DE TRAUMA SE
HISTORIA LUCENA, COM FRATURA CLAVICULAR NO 25 AN
CIRURGIA DO HOSPITAL DE TRAUMA OBTIDA AS

Diagnostico 22:00h. e se fratura clavicular no 25 AN
sintomas HOSP AS 06:29 L. com sintomas

Prescricao ATIV E FISIOTERAPIA COM BOMAS (E) OUT FARMACOS
DORAS DE FRATURA E TRAUMA DE PE EXPOSTA DE
ampliar, HOSP TA, em (08:00h) 12

Exame: PE EXPOSTA DE FRATURA (E)
* CO: 1 SIT OF AN PE NO
2 CEFALALGIA 24 AN AN



ORTOPEDIA

*08:44: L. O PAU... NO BLOCO CIRURGICO DA OUTA

AGUARDANDO, ANESTESISTA CHEF

FOI FEITO COMPARO COM O ANESTESISTA

QUE ESTA NO HOSP. DR. EVERTON DA

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

QUE SE ENCONTRA NO RELEVO, O =

DIZIA QUE "ESTA DESLIZANDO" ONTEM

HOSPITAL (DA NOITE) E NAO VEM FAZ

PROCEDIMENTO, POR ESTA AGUARDANDO

RENDENDO CHEGAR, AINDA NAO CHEG

O DR. EVERTON PUIS QUE NAO

FAZER A ANESTESIA POR ESTA AGU

O SEU MEDICAMENTO. ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

AGUARDANDO DSD. DA 07:30 L

Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

O PAU...

Temistocles de A. R. Filho
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PB 76187/15747 / RQE 525

Temistocles de A. R. Filho
CRM 7618

ORTOPEDIA 09:30L

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

O DR. EVERTON MULLI-

PROCEDIMENTO REALIZADO

PLAQUETIZANDO O PAU

COMO NAO POSSO FAZER

ANESTESIA DO PAC

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia

[] Transferido

Temistocles de A. R. Filho
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PB 76187/15747 / RQE 525

[] UTI

[] Alta a pedido

[] Enfermaria

Temistocles de A. R. Filho
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PB 76187/15747 / RQE 525

[] SVO []

*Tereza Regina de Araujo Leite

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medi





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: _____		Data da Admissão: ____/____/____	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Religião: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: ____/____/____
Escolaridade: _____			
QPD: _____	HDA: _____		
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso [] Prurido [] Sudorese [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: [] Dor [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise [] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema [] Outros: _____			
ABD: [] Dor [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume			
AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outros: _____			
SME: [] Dor [] Rigidez pós-reposou [] Deformidades [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos			
SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade [] Amnésia [] Libido [] Humor			

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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

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

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____

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





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Amory Monteiro de Lima</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>16/06/19</i>	Cirurgião: <i>Dr. Tenuoches</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário:	I: T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>fx. exportar de mui da</i>					
<i>pura (E)</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>fx. angio de fx. exportar de</i>					
<i>mui da pura (E)</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico				1 () Sim	
				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.





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		PRONTUÁRIO Nº	
RAÇA	SEXO	CLÍNICA	LEITO
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA	TEMPO DE PERMANÊNCIA
DIAGNÓSTICO INICIAL		CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO			
OUTROS DIAGNÓSTICOS			
PRINCIPAIS ELAÇÕES			
PROCEDIMENTO REALIZADO			
TERAPIA FARMACOLÓGICA			
ANATOMIA PATOLÓGICA			
INFECÇÃO P.O.	☐ SIM ☐ NÃO	COLETA DE MATERIAL	☐ SIM ☐ NÃO
RESULTADO BACTERIOLÓGICO			
CONDIÇÕES DE ALTA			

RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPIA, COMPLICAÇÕES
Paciente com fratura de osso da perna (R) em tto. com fixador externo. Após 30 dias de tratamento, o tto. com o fixador é considerado concluído.	

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

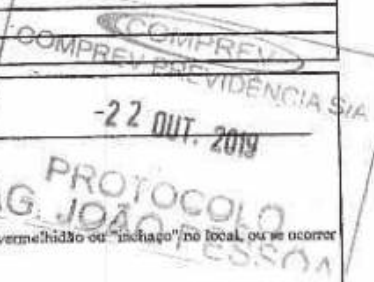
DIETA:	livre
REPOUSO:	Relativo em casa por 30 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar a ferida com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.	
MEDICAÇÕES PARA CASA:	

RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
	Ao Ambulatório de _____ em 30 dias para revisão.

23/06/19
DATA

ASS. MÉDICO/CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2818650 DATA DE EXPEDIENTE 19 SET 2000

ANASTACIO DE LIMA

Anastacio de Lima

Esposa Maria da Conceição

Matraca PB 14.08.1985

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. 3078-Fla. 168, Liv. 06.

ASSINATURA DO EMPREGADO

22 OUT 2019

AG. JOÃO PESSOA



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



MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 9521781977
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. REG. 20141500002876-4 EXERCÍCIO
1 0082384289-4 00/00000000 2014

NOME

JOSE ANASTACIO DE LIMA

CPF / CNPJ

02816206440

PLACA

MMY9653/PB

PLACA ANT. / UF

NOVO

PB 9C2KC08504R002904

CHASSI

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/CG 150 TITAN ES

ANO FAB.

2004 2004

ANO MOD.

CAP. POT. / CIL.

2 P/149 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

27/02/2014

VENC. / COTAS

1º

FAIXA I.R.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

0

2º

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

***SEGURO PAGO ON 27/02/2014

OBSERVAÇÕES

REST. BEN. TRIBUTÁRIO

DOCUMENTO É PORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

MATARA

367



28/02/2014

2143

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE DO POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 9521781977 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE ANASTACIO DE LIMA

EXERCÍCIO

CPF / CNPJ

PLACA

02816206440

MMY9653/PB

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PB Nº 9521781977

2014 28/02/2014

VIA JOSE ANASTACIO DE LIMA

PLACA

RENAVAM

MARCA / MODELO

ANO FAB.

CIL. TAR.

Nº CHASSI

1 02816206440

MMY9653/PB

0082384289-4

PRÊMIO TARIFÁRIO

150 TITAN E

PNB (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

2004

9

9C2KC08504R002904

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO (R\$)

PAGAMENTO SEGURO

PAGO ON

COTA ÚNICA

PARCELADO

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04
2143-0916549-20140228

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



DE VIA TERRESTRE, DE FURTO DAS CHAVES, A FLAGRANTE TRANSMISSÃO DO PNEU.
O SEGURO DE DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS PROPRIETARIOS DE VEICULOS, DE ACORDO COM A LEI Nº 2.194 DE 18.12.1974.

NA EVENTUALIDADE DE SINISTRO, DEBEM-SE A UMA SEGURADORA CONSORCIADA.

LIMITES MAXIMOS DE INDENIZACAO POR PESSOA VITIMADA:

MORTE	INVALIDEZ PERMANENTE	DANS
ATE R\$ 13.000,00	ATE R\$ 13.000,00	ATE R\$ 2.700,00

DOCUMENTACAO BASICA NECESSARIA PARA PEDIDO DE INDENIZACAO:

MORTE: REGISTRO DE OCORRENCIA EMPIRICA PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CERTIDAO DE BOM E PROVA DA QUALIDADE DE BENEFIARIO.

INVALIDEZ PERMANENTE: LAUDO DO INSTITUTO MEDICO LEGAL DA JURISDICAO DO ACIDENTE OU DA RESIDENCIA DA VITIMA, COM VERIFICACAO DA EXISTENCIA E QUANTIFICACAO DAS LESOES PERMANENTES, TOTAIS OU PARCIAIS DE ACORDO COM AS PORCENTUAGENS DA TABELA, CONSTATADA OCORRENCIA A LEI Nº 19.714, E REGISTRO DA OCORRENCIA EMPIRICA PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE.

DESPESAS DE ADMISSAO MEDICA E SUPLEMENTARES - DANI: PROVA DAS DESPESAS MEDICAS EFETIVAS, PROVA DE QUE AS DESPESAS OCORRERAM DO ATENDIMENTO A VITIMA DO ACIDENTE ENVOLVENDO VEICULO AUTOMOTOR DE VIA TERRESTRE, E REGISTRO DE OCORRENCIA EMPIRICA PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, DO QUAL DEVERA CONSTAR, OBRIGATORIAMENTE, O NOME DO HOSPITAL, AMBULATORIO, OU MEDICO ASSISTENTE QUE TIVER PRESTADO O PRESTADO ATENDIMENTO A VITIMA.

AS SEGURADORAS PODERAO SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, NOS TERMOS DO ARTIGO 20 DO ANEXO A RESOLUCAO CNRP Nº 144, DE 04 DE DEZEMBRO DE 2008.

PRazo PARA LIQUIDACAO DE SINISTRO: TIRADA DAS COPIAS DA APRESENTACAO DA DOCUMENTACAO NECESSARIA.

CENTRAL DE ATENDIMENTO DOS CONSORCIOS - DPVAT: TEL. 0800-0221704.

BOSEP - ATENDIMENTO AO PUBLICO: TEL. 0500-0211464.

SITE PARA ESCLARECIMENTOS SOBRE SEGURO DPVAT: <http://www.dpvatseguro.com.br>

OBSERVAÇÕES:

PARA CALCULO DO TOTAL A PAGAR DA RENO:

1. APLICAR O PORCENTUAL DO ICF SOBRE O PREMIO TAFARIADO ACRESCIDO DO CUSTO DO SINISTRO

2. O PREMIO TOTAL A PAGAR E IGUAL A SOMA DO PREMIO TAFARIADO + CUSTO DO SINISTRO + ICF

O SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CATEGORIE POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A VEICULOS TRANSPORTADOS OU NÃO - DPVAT E PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO ANUAL DE VEICULOS

INQUE O SEU SEGURO OBRIGATORIO - DPVAT JUNTAMENTE COM A PRIMEIRA COTA DO DUCTA UNICA DO IMPOSTO DE PROPRIEDADE DE VEICULOS AUTOMOTORES - IPVA, O VERBAMENTO DO IMPOSTO E DO SEGURO OCORREM SEMPRE NA MESMA DATA.

E IMPORTANTE RESSALTAR QUE, SE O SEGURO OBRIGATORIO NAO FOR PAGO, O VEICULO NAO ESTARA DEVIDAMENTE AUTENTICADO PARA A REGISTACAO CONTINUA ANUAL.

60% DO VALOR E CUSTO POR CUSTO DO VALOR DO PREMIO DO SEGURO OBRIGATORIO, PAGO, E REPARACAO AO FUNDO NACIONAL DE SAUDE - FNS, DO MINISTERIO DA SAUDE, PARA CUSTEIO DA ASSISTENCIA MEDICO-HOSPITALAR AS VITIMAS DE ACIDENTES DE TRAFEGO (PARAGRAFO UNICO DO ART. 27 DA LEI Nº 8.213 E 273, ALTERADO PELO PARAGRAFO UNICO DO ART. 76 DA LEI Nº 9.095).

6% DO VALOR DO PREMIO DO SEGURO OBRIGATORIO E DESPESAS AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRAFEGO - DENATRAN, PARA APLICACAO EM PROGRAMAS DESTINADOS A PREVENCAO DE ACIDENTES DE TRAFEGO (PARAGRAFO UNICO DO ART. 76 DA LEI Nº 9.095 - CODIGO DE TRAFEGO BRASILEIRO).

Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 08.248.808/0001-04

Rua Senador Dantas, 74 - 5º andar

Centro - Rio de Janeiro

www.seguradoralider.com.br

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SEGURO OBRIGATORIO

IPVA - 1ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190597205 **Cidade:** Mataraca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUAREZ ANASTACIO DE LIMA **Data do acidente:** 15/06/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR 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 DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 5/7_CIRURGIA.

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



PROCURAÇÃO

Outorgante: Juarez Anastácio de Lima, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Trabalhador rural, residente e domiciliado à Rua Daniel Toscano, nº 578, bairro centro, Município de Mataraca, Estado de(o) PB, Cep: 58.292-000, portador(a) do Rg nº 9.818.650, SSP/PB e CPF nº 055.937.374-01.

Outorgado: José Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal José Duarte, nº 157, bairro Mamãozinho, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58.056-784, portador(a) do RG nº 1054562, SSP/PB e CPF nº 455.536.021-91.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Juarez Anastácio de Lima, ocorrido em 15/06/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza imprudência.

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.

Mataraca, 29 de Julho de 2019.

 JUAREZ ANASTÁCIO DE LIMA
Outorgante
CPF Nº 055.937.374-01

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DE MATARACA/PB
RUA DANIEL TOSCANO, 234 - CENTRO

RECONHEÇO, por Autenticidade a Firma de:
JUAREZ ANASTÁCIO DE LIMA
Em test. ME Boite, Mataraca, 29/07/2019
Titular: Maria José do Nascimento
Selo Digital AIW18877-KJNN



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367997/19

Vítima: JUAREZ ANASTACIO DE LIMA

CPF: 055.937.374-01

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 15/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JUAREZ ANASTACIO DE LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

JUAREZ ANASTACIO DE LIMA : 055.937.374-01

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: 22/10/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

JOSE EDUARDO DA SILVA

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

