
Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190467433

Vítima: ALBERTO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 17/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALBERTO PEREIRA DA SILVA

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

Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190467433

Vítima: ALBERTO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 17/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ALBERTO PEREIRA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190467433

Vítima: ALBERTO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 17/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALBERTO PEREIRA DA SILVA

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 joelho 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: ALBERTO PEREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003571

Conta: 00000033807-4

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190467433 **Cidade:** Itapororoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALBERTO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 17/04/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO JOELHO ESQUERDO: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR (2+/4+), ATROFIA DA MUSCULATURA DISTAL DA COXA EM 2,5 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 30°, DEAMBULA COM DIFICULDADE, DOR A PALPAÇÃO EM FACE MEDIAL DO PLANALTO TIBIAL, AFIRMA DIFICULDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO INFERIOR ESQUERDO DEVIDO A LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA MODERADA EM JOELHO ESQUERDO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/08/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 055 645 404 92 Nome completo da vítima: Alto Pereira da Silva

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

Nome completo: Alto Pereira da Silva CPF: 055 645 404 92
Profissão: agricultor Endereço: P.R. Mangueira Número: 5X Complemento: Casa
Bairro: rua rural Cidade: Nova Olinda Estado: P.B. CEP: 58798000
E-mail: alto.pereira@hotmail.com (83) 982616835 Tel. (DDD): 999 4415 20 3p

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 35 41 CONTA: 033 802 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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 que os 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não afilhado

Local e Data: Maracá 12/05/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190467433
Nome do(a) Examinado(a): Alberto Pereira da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Pv Manguezar, S/N
Area Rural Nova Olinda PB CEP: 58798-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 311712
Data local do acidente: [17/04/2019]
Data local do exame: [30/08/2019] Pombal [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 17/04/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO GESSO INGUINO MALEOLAR POR 45 DIAS COM RETIRADA DA CARGA SOBRE O MEMBRO. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.
Complicações: PACIENTE APRESENTA AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR, DEAMBULA COM DIFICULDADE, DOR A PALPAÇÃO EM FACE MEDIAL DO PLANALTO TIBIAL, ALEM DE AFIRMAR DIFICULDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO INFERIOR ESQUERDO DEVIDO A LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO.
Data da Alta: 17/04/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME DO JOELHO ESQUERDO: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR (2+/4+), ATROFIA DA MUSCULATURA DISTAL DA COXA EM 2,5 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 30°, DEAMBULA COM DIFICULDADE, DOR A PALPAÇÃO EM FACE MEDIAL DO PLANALTO TIBIAL, AFIRMA DIFICULDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO INFERIOR ESQUERDO DEVIDO A LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**ATROFIA DA MUSCULATURA DISTAL DA COXA EM 2,5 CM
DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II
DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 30°**

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

☐ () "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

JOELHO - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☒ (X) 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3ª Delegacia Regional de Polícia Civil
17ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia Distrital de Itaperanga



GOVERNO
DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº. 627/2019.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito

DATA DO FATO: 17 / Abril / 2019 HORAS: 11h10

SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL.POL. Gleberson Fernandes da Silva

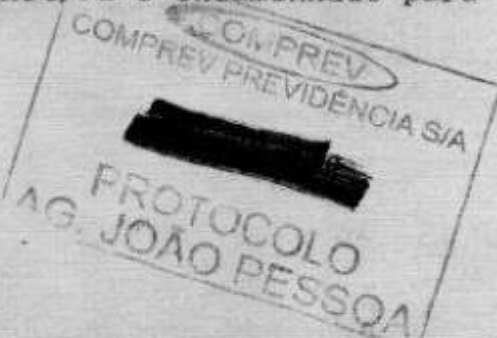
Notificante/Vítima:

ALBERTO PEREIRA DA SILVA, natural de PRINCESA ISABEL-PB Casado, Agricultor, nascido no dia 24.05.79, filho de Alcides Pereira da Silva e Benedita Pereira da Silva, RG 3.117.112/PB e CPF 055.645.404-92, residente distrito de Mangueira, zona rural de Nova Olinda/PB.

HISTÓRICO DO FATO:

O (a) notificante, após cientificado (a) das penalidades cominadas ao art. 299 do CPB, declarou o seguinte:

Que no dia e horas acima citadas, saiu de sua residência para o Recado, conduzindo a moto HONDA NXR160 BROS ESD, cor vermelha, Ano 2015, placa QFJ8388/PB e chassi 9C2KD0800FR053083, em nome de JOSE NILTON UMBELINO e em uma curva colidiu com outro veículo, sendo então socorrido por seu cunhado JURANDI UMBELINO DA SILVA, para o Hospital Regional Venceslau Lopes em Piancó/PB e encaminhado para um Ortopedista em Itaperanga/PB.

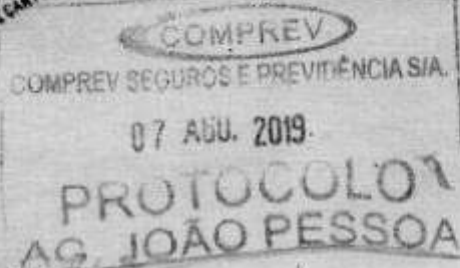


Itaperanga, Pb, 02 de Maio de 2019.

Notificante/Vítima: Alberto Pereira da Silva

Escrivão Plantonista: _____

PCD. Silva Rodrigues
Esc. Pol. Itaperanga
CNPJ 02.041.000



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 055 645 404 92 Nome completo da vítima: Alto Pereira da Silva

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

Nome completo: Alto Pereira da Silva CPF: 055 645 404 92
Profissão: agricultor Endereço: P.R. Mangueira Número: 5X Complemento: Casa
Bairro: rua rural Cidade: Nova Olinda Estado: P.B. CEP: 58798000
E-mail: alto.pereira@hotmail.com (83) 982616835 Tel. (DDD): 999 4415 20 3p

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 35 41 CONTA: 033 802 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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 que os 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não afilhado

Local e Data: Taperoana 12/05/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

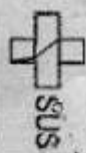
2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



HOSPITAL REGIONAL
WENCESLAU LOPES
PLANÇO - PB

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Cnes: 2600331

CNPJ: 06.778.268/0031-86

NOME: HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES

ENDEREÇO: AV. JOAO AGRIPINO FILHO, 302

CIDADE: PLANÇO 58765-000

ESTADO: PARAIBA

UF: 25

Atendimento: ATENDIMENTO DE URGENCIA

Paciente: ALBERTO PEREIRA DA SILVA

Mae: BENEDITA PEREIRA DA SILVA

Pa: ALCIDES PEREIRA DA SILVA

Nascimento: 24/05/1979 Idade: 39

Cor: BRANCA

Sexo: M

Profissao: AGRICULTOR(A)

Endereco: MANGUEZA

Bairro:

Cidade: NOVA OLINDA - PB - 58798-000 - 2510204

Naturalidade: PRINCESA ISABEL - PB

Identidade: 3117112

CNS: Reg Nasc.: 3117112

CPF: Recepcionista: DELANIA

Data / Hora: 17/04/2019 12:37:56

Ficha Número: 57454

PESO:

PA:

TEMP:

Hora Atendimento

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

paciente em estado de choque com

em estado de choque com

paciente em estado de choque com

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

análise de sangue

RESULTADOS

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

Material 989 + 20 02 45:24

CARÁTER DO ATENDIMENTO

- ☐ 01 - ELETIVO
- ☐ 02 - URGÊNCIA
- ☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- ☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- ☐ 05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRANSITO
- ☐ 06 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

CID-10

ENCAMINHAMENTO

- ☐ 1. PRESCRITA
- ☐ 2. APLICADA
- ☐ OBSERVAÇÃO
- ☐ OUTRO HOSPITAL
- ☐ RESIDÊNCIA
- ☐ ÓBITO
- ☐ INTERNAÇÃO
- ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1.	03	01	06	00	61
2.	03	01	10	00	32
3.	02	04	06	01	33

Ass. dos Profissionais Assistenciais - carimbo

Médico / Cfm / Cms

CBO

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polígar Direito

Ass. Revisor Técnico - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

J-TILATIL+AD EV } 14:00
 J-SIKINGA 0210ML }
 1-ESCALPE 23

Francisco Gomes.
 Perito Souza
 Tec. de Entomologia
 CORDON / PB 10212317

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

11/04/2019

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
 07 A5U. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOAO PESSOA

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: 04/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALBERTO PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03571

CONTA: 000000033807-4

Nr. da Autenticação 59491B43E44F9AD6

ALBERTO PEREIRA DA SILVA
LOC POV MANGUEZAR, S/A - AREA RURAL
NOVA OLINDA/PE CEP 579000 (AG - 54)

Ligação: MONOFÁSICO
Cl/Soc: RES MTC 01 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Retro: 2 - 130 - 450 - 2330 Referência: Abr/2019
Jorn: 00308222151 Emissão: 04/04/2019

Energisa

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R:291 Km25 - Cx Postal 10001-40 - CEP 81071-400
CNPJ: 08.085.180/0001-40 - Ins. Est. 19.115.823-0

Nota Fiscal/Consumo: Empresa Eletrônica F022 020 759
Cód. para F. de Aut. Aut. 008 1202636

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Abr/2019	04/04/2019	08/05/2019	016.545.404-02

UC (Unidade Consumidora): 5/1202636-5

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos:
Conforme previsto na Lei 12.007 de 28 de junho de 2008, informamos a quitação dos débitos referentes aos faturas emendas, reajustes de energia elétrica desta unidade consumidora vencidas no ano de 2017 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as respectivas declarações emitidas nos anos de 2017 e anteriores.

Se conhece as novas redes sociais? Siga a gente no Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn e YouTube para acompanhar as nossas novidades, como dicas de economia e segurança, orientações sobre serviços, informações sobre investimentos, oportunidades de trabalho e muito mais!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
08/03/18	8883	31/03/19	8948	1	15	28

Demonstrativo						
Quantidade	Tarifa	Valor	Est. Cons.	Aut. Imposto	Sanc. Cx.	Pag. (R\$)
Tributos		MVA (CNPJ) 1048		Pis. Sefropt (1,0048%) 4,8650%		
0901	Consumo em kWh	16,5	0,57	0	0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0907	CONTRIB. LUMP. SUCA	5,49	0,00	0	0,00	0,00
0904	JUROS DE MORA 02/2019	0,28	0,00	0	0,00	0,00
0905	MULTA 02/2019	0,46	0,00	0	0,00	0,00

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
07 AGO. 2019
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MUNICÍPIO DE CAMARÁ
TERMO DE REGISTRO DE VOTO
NÚMERO DE REGISTRO DE VOTO: 1424948517

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

CPF: 039.247.064-09 DATA NASCIMENTO: 13/04/1978

PLACAO: ADELSON DOS SANTOS

ODETE RODRIGUES DA SILVA

PERNAMBUCO

DATA REGISTRO: 04/19/2017 **VALIDADE: 26/06/2022** **CHAMATAÇÃO: 14/06/2007**

ASSINATURA DO CANDIDATO

LOCAL: SERRA TALHADA, PE **DATA REGISTRO: 21/06/2017**

PERNAMBUCO

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA ELMO O. FISHER, 22 - CENTRO
ITAPORANGA / PE CEP: 55700-000 (AQ: 194)

Ligação: MONOFÁSICO
Circuito: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Potência: 7 - 124 - 25 - 3110 Referência: Mai/2018
Medidor: 00008957427 Emissão: 13/05/2019

Energisa

ENERGISA PERNAMBUCO - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-230, Km 25 - Canto Redentor - J. S. Pessoa / PE - CEP 55071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 18.015.825-0

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 024.749.417
Cód. para Dth Automática: 0000000000

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Mai / 2019	13/05/2019	11/06/2019	039.247.064-09 Var. Fix

UC (Unidade Consumidora): 5/28252-5

Canal de contato
JURA-SE AO MOVIMENTO O YACINA BRASILEIRO - Saiba mais em
www.gov.br/yacina

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 11/04/19 Leitura: 2746	Data: 13/05/19 Leitura: 3436	1	188	93
Demonstrativo				
CCI Descrição	Quantidade	Taxa de Venda	Valor	Valor
0001 Consumo em kWh	188,00	0,84336	158,54	158,54
0001 Adic. E. Arreata	1,18	0,13	0,15	0,15
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0007 CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA	16,72	0,00	0,00	0,00
0004 JUROS DE MORA 04/2019	0,35	0,00	0,00	0,00
0005 MULTA 04/2019	2,63	0,00	0,00	0,00

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
07 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/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 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 Edson Rodriguez dos Santos

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 039 242 064 1 02 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Alberto Pereira da Silva Inscrito (a) no CPF sob o Nº 055 645404 92

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Alberto Pereira da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 055 645404 1 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 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 Eurico Figueiredo</u>	Número: <u>22</u>	Complemento: <u>Coro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Tapoรงga</u>	Estado: <u>PR</u>
E-mail: <u>edson.assessoria@l.com (83) 982616835</u>	CEP: <u>53 780000</u>	Tel.(DDD): <u>99742/520 24</u>

Local e Data: Tapoรงga 15/05/2019

Edson Rodriguez dos Santos

Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

07 AGO. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

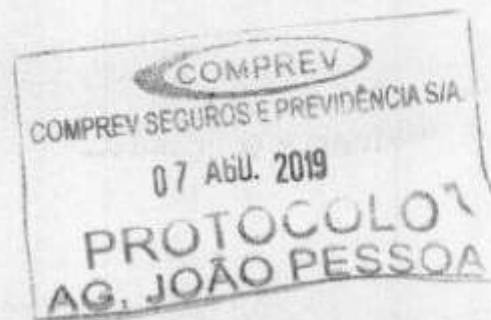
Relatório Médico

Alberto Pereira da Silva

Paciente vítima de acidente de trânsito no dia 17/04/2019. Apresentou como lesões fratura de platô tibial esquerdo e lesão ligamentar. Realizou imobilização gessada por 45 dias. Realizou 20 sessões de fisioterapia. Apresenta como sequelas atrofia muscular de membro inferior esquerdo, com grande perda de massa muscular em coxa esquerda, diminuição de movimentos de flexão e extensão em membro inferior esquerdo, com edema e dor recorrentes. Alta médica a partir desta data.

01/08/2019

Dr. Alberto Pereira da Silva
Médico
CRM-PB 11400




HOSPITAL REGIONAL
WENCESLAU LOPES
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO
REQUISICÃO DE EXAMES (BPA-C / BPA-I)**
UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):
NOME: HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES
CÓDIGO DA UNIDADE: 5673
CNPJ: 08.778.268/0031-86
ENDEREÇO: AV. JOÃO AGRIPIÑO FILHO, 302 **BAIRRO:** OURO BRANCO **CEP:** 58765-000
MUNICÍPIO: PIANCÓ
ESTADO: PARAÍBA
UF: PB
PACIENTE
NOME: Alberto Pereira da Silva
IDADE: 39 anos
PROFISSÃO: Advogado
DOCUMENTO: _____

ENDEREÇO: Manhã
BAIRRO: _____

CEP: _____

MUNICÍPIO: Monte Gordo
ESTADO: Pernambuco
UF: PE
CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: 253020
CNS: _____

DATA DO NASCIMENTO: 25/05/79
DATA DO ATENDIMENTO: 12/04/19
CARÁTER DO ATENDIMENTO: _____

RAÇA/COR: Branca
SEXO: M
DADOS CLÍNICOS
MATERIAL A EXAMINAR
EXAMES SOLICITADOS

<u>RA Joelma E</u>		COMPREV		COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A					
		07 AGO 2019		PROTÓCOLO		AG. JOÃO PESSOA			

CIB - 10
PROFISSIONAL
CBO
CNS
CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL
ASSINATURA DO PACIENTE
OU POLEGAR DIREITO
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO
ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO
**PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA**



Dr. Gaudencio Filho
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 7519

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente **ALBERTO PEREIRA DA SILVA** é portador de **FRATURA DO PLANTO TIBIAL ESQUERDO**. Indicado tratamento conservador com gesso tipo coxo-podálico. Paciente deverá afastar-se de suas atividades laborais por um período de 120 (cento e vinte) dias. Tempo necessário para consolidação da fratura e reabilitação na fisioterapia.

CID 10: S82.1

Itaporanga-PB, 22/04/2019

Dr. Gaudencio Mendes de S. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7519

Dr. Gaudencio Mendes de Sousa Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7519

Consultório - Clínica Valle Imagem
Rua José Barros, S/N sala 09 - Bairro Centro
CEP 58780-000 - Itaporanga - Paraíba - PB
📍 gmortopedia 📞 @gmortopedia

☎ 3451-2858
☎ 99948-8622 WhatsApp
🌐 www.gmortopedia.com.br

Paciente: ALBERTO PEREIRA DA SILVA
Nº do Pedido: 30461
Idade: 39 Anos
Convênio: PARTICULAR
Data: 22/04/2019
Médico Solicitante: NAO INFORMADO

RAIO X DO JOELHO

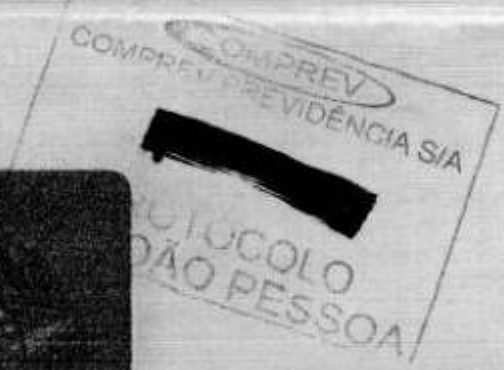
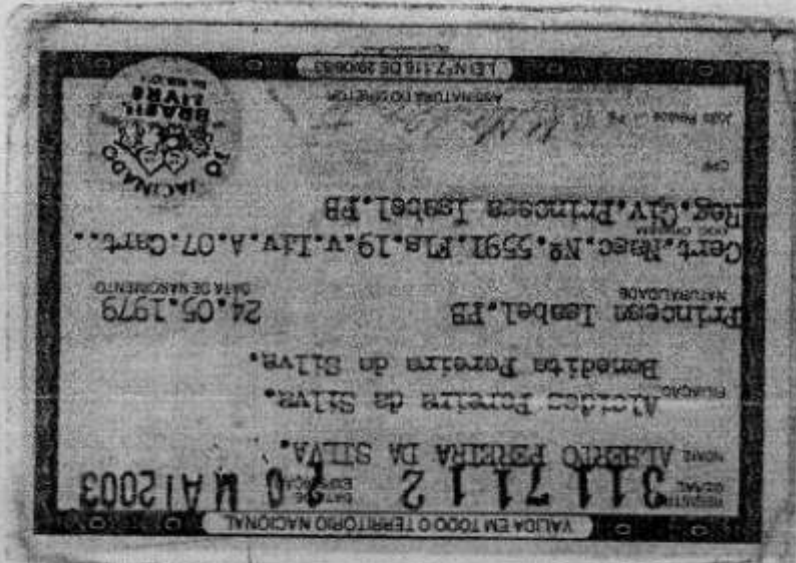
Fratura de platô tibial, notadamente em eminência intercondilar, aspecto que pode estar associado a lesão ligamentar. Correlacionar com Ressonância Magnética.

Corticais e interlinhas articulares conservadas.

Ausência de sinais de fraturas ou de lesões ósseas destrutivas focais.

Aspecto normal das partes moles periarticulares.

Emerson Claudino
Médico Radiologista
CRM: 8342



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MUNICÍPIO DE CAMARÁ
TERMO DE REGISTRO DE VOTO
NÚMERO DE REGISTRO DE VOTO: 1424948517

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

CPF: 039.247.064-09 DATA NASCIMENTO: 13/04/1978

PLACAO: ADELSON DOS SANTOS

ODETE RODRIGUES DA SILVA

PERNAMBUCO

DATA REGISTRO: 04/19/2017 **VALIDADE: 26/06/2022** **DATA EMISSÃO: 14/06/2017**

ASSINATURA DO CANDIDATO

LOCAL: SERRA TALHADA, PE **DATA EMISSÃO: 21/06/2017**

PERNAMBUCO

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA ELMO O. FISHER, 22 - CENTRO
ITAPORANGA / PE CEP: 55700-000 (AQ: 194)

Ligação: MONOFÁSICO
Circuito: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Potência: 7 - 124 - 25 - 3110 Referência: Mai/2018
Medidor: 00008957427 Emissão: 13/05/2018

Energisa

ENERGISA PERNAMBUCO - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-230, Km 25 - Canto Redentor - J. S. Pessoa / PE - CEP 55071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 18.015.825/0

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 024.749.417
Cód. para Dth Automática: 0000000000

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Mai / 2019	13/05/2018	11/06/2019	039.247.064-09 Var. Fix

UC (Unidade Consumidora): 5/28252-5

Canal de contato
JURE-SE AO MOVIMENTO O YACINA BRASILEIRO - Saiba mais em
www.gov.br/yacina

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 11/04/18 Leitura: 2746	Data: 13/05/18 Leitura: 3436	1	188	93
Demonstrativo				
CCI Descrição	Quantidade	Taxa de Venda	Valor	Valor
0001 Consumo em kWh	188,00	0,84336	158,34	158,34
0001 Adic. E. Arreata	1,18	0,13	0,15	0,15
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0007 CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA	16,72	0,00	0,00	0,00
0004 JUROS DE MORA 04/2019	0,35	0,00	0,00	0,00
0005 MULTA 04/2019	2,63	0,00	0,00	0,00

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
07 ABL. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETTRAN - PB Nº 013931353035

CERTIFICADO DE REGISTRO E RENOVAMENTO DE VEÍCULO

1 0106211241-2 00/00000000 2018

JOSE NILTON UMBELINO

89300629468 QFJ8388/PB

NOVO 9C2KD0800FR053083

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL

HONDA/NXR160 BROS ESD 2015

2 2/162 /CI PARTIC CATEGORIA VERMELHA

00/00/0000 1º

0 PARCELAMENTO / COTAS 2º

0 3º

00/00/0000 13/07/2018

0

NOVA OLINDA - PB

31623 13/07/2018 35335

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU INJUNTO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013931353035 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

2018 13/07/2018

1 89300629468 QFJ8388/PB

1062112412 HONDA/NXR160 BROS ESD

2015 9C2KD0800FR053083

PRÊMIO TARIFÁRIO

*** (R\$) *** DCM/TRAN (R\$) *** CUSTO DO SEGURO (R\$)

*** (R\$) *** CUSTO DO BILHETE (R\$) *** CUSTO DO SEGURO (R\$)

SEGURO PARCELADO DATA DE QUITACÃO 13/07/2018

SEGURO PARCELADO DATA DE QUITACÃO 13/07/2018

SEGURO PARCELADO DATA DE QUITACÃO 13/07/2018

CNPJ 09.266.6050001-04

35335-0955061-20180713



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
27 AUL. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

PROVIDENCIA S/A
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

CARTA A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT

Itaporanga/PB, 04 de Agosto de 2019.

BENEFICIÁRIO: Alto Pereira da Silva

CPF: 055 645 404 92

Senhor Analista,

Com base na resolução SUSEP nº 332 de 09/12/2015, § 4º (O procurador a que se refere o parágrafo anterior deve ter poderes específicos reclamar o DPVAT, inclusive para apresentar e firmar documentos, direito que lhe é assegurado pela legislação).

Eu: Edilson Rodrigues dos Santos, brasileiro, casado, autônomo, portador do CPF: 039.247.064-09, podendo ser localizado na Rua: Euvídio Figueiredo, nº 22, Centro, Itaporanga/PB, bem como ser contratado pelo telefone (83) 999471520 e/ou endereço eletrônico sertão.assessoria@hotmail.com, atuando como bom e fiel Procurador do beneficiário: Alto Pereira da Silva, portador do CPF: 055 645 404 92.

Senhor Analista, venho respeitosamente solicitar a Vossa Senhoria, com base no Art: 92 e 94, do Código de Ética Médica (Art. 92: assinalar laudos periciais, auditorias ou verificação médico-legal quando não tenha realizado o exame pessoalmente. Art 94: intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado reservando suas observações para relatório), que o beneficiário acima identificado seja encaminhado ao setor de perícia e que o parecer relativo as suas seqüelas não sejam classificadas, apenas por médicos que não o examinem-no pessoalmente, por isso, ratifico meu pedido com respaldo no Art. 5º da Lei 6.194 de 19 de dezembro de 1974 (Art. 5º o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado), a fim de garantir um direito ao qual se faz jus.

O documento segue assinado por mim, EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS.

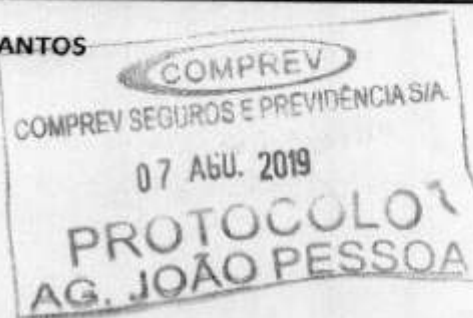
O referido é verdade. Dou fé.

Certo de atendido, agradeço antecipadamente.

Edilson Rodrigues dos Santos

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

CPF: 039.247.064-09



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190467433 **Cidade:** Itapororoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALBERTO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 17/04/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO JOELHO ESQUERDO: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR (2+/4+), ATROFIA DA MUSCULATURA DISTAL DA COXA EM 2,5 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 30°, DEAMBULA COM DIFICULDADE, DOR A PALPAÇÃO EM FACE MEDIAL DO PLANALTO TIBIAL, AFIRMA DIFICULDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO INFERIOR ESQUERDO DEVIDO A LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA MODERADA EM JOELHO ESQUERDO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/08/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190467433 **Cidade:** Itapororoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALBERTO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 17/04/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @PG 1. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190467433 **Cidade:** Itapororoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALBERTO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 17/04/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @PG 1. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: Alberto Pereira da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão agente de trânsito, residente e domiciliado à Rua Av. Mangueira, nº 51, bairro Paraíso, Município de Nova Olinda, Estado da (o) Paraná, Cep: 58.798.000, portador(a) do Rg nº 311.7112, e CPF nº 035.645.404.92.

Outorgado: Edson Rodrigues dos Santos, brasileiro(a), estado civil casado, profissão autônomo, residente e domiciliado(a) à Rua Luís de Figueiredo, nº 22, bairro Centro, Município de Itaporanga, Estado da (o) Paraná, Cep: 58.780.000, portador (a) do RG nº 56.152.141, e CPF nº 039.242.064.09.

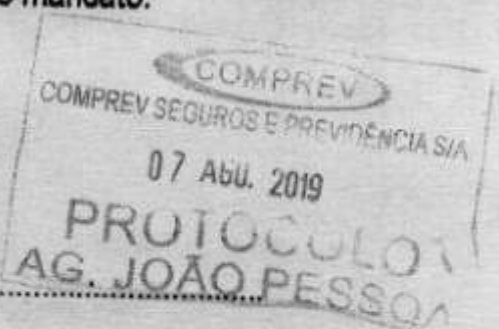
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Alberto Pereira da Silva, ocorrido em 17/04/2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza criminal.

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.

ITAPORANGA 02 de maio de 2019.

X Alberto Pereira da Silva
Outorgante

CPF Nº 035.645.404.92



Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

Reconheço a firma por AUTENTICIDADE de ALBERTO PEREIRA DA SILVA

ITAPORANGA/PR, 2 de maio de 2019.

Em test. Edson Rodrigues dos Santos da verdade

Maria Rodrigues Custódio (Escrivente)

Selo Digital - AIN77516-BK5H

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

