



Número: **0850322-13.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **13/10/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70956 010	27/03/2023 11:51	2880050_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros Documentos

BANCO BRADESCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO: 320023828501

VALOR TOTAL: 2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02108

CONTA: 000000065663

Número da Autenticação





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: 070.235.084-22 4 - Nome completo da vítima: Jesimar Gabriel das Santos

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

Nome completo: Jesimar Gabriel das Santos
Profissão: Freteiro
Salgadinho Albandra
R. Prof. Elpidio Dantas
PR 58320-000
E-mail: (83)98663-4900
CPF: 070.235.084-22
Número: 437
Complemento: _____

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 R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos citados. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Somente para bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 21083 CONTA: 65663

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 não submeter a avaliação médica às regras da Superintendência para a verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 234/73, art. 2º, §1º. Declaro ainda que esta autorização não significa prestação de comodidade com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou Civil) Divorciado Separação 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 sim, filhas, viúvas, vivos: _____ falecidos: _____ 30 - Se sim, irmãos, viúvos, vivos: _____ falecidos: _____ 31 - Se sim, irmãos, viúvos, vivos: _____ falecidos: _____ 32 - Se sim, irmãos, viúvos, vivos: _____ falecidos: _____

Estou ciente de que a seguradora não pagará, sob nenhuma hipótese, a indenização do Seguro DPVAT por morte, quando houver divulgação de informações e comprovação desta 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 - _____
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 06/10/2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019



EMPRESA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
ALHANDRA / PB CEP: 58320000 (AG: 19)



Ligação: MONOFÁSICO
Civ/Ínc: RES MTC 81 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Fôno: 5-20-300-5980 Referência: Jan/2020
Vendedor: 00009431236 Emissão: 10/01/2020

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-230, Km 25 - Crato Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58271-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc Est: 16.015.620-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº007/006730
Cód. para Deb. Automático: 9999258418

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI
Jan / 2020 10/01/2020 07/02/2020 437.445.074-43
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/425841-8

Casa de contato
Atualize o 1.º e regularize suas contas em 30 dias, podemos negociar para você começar de ano novo numa boa!

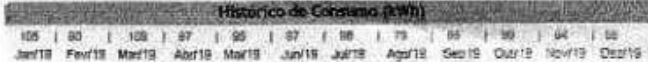


Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias		
Data 10/12/19	Leitura 8914	Data 10/01/20	Leitura 9308	1	92	21

Descrição	Consumo	Tarifa	Valor	Consumo	Tarifa	Valor			
Demonstrativo									
Tributo Total (R\$) (CAB) (R\$) (CAB)									
0101 Consumo em kWh	62,000	0,708940	72,29	72,29	35	18,07	72,29	0,72	2,30
0201 Adic. E. Amarela			1,78	1,78	35	0,44	1,78	0,21	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0104 JUROS DE MORIA 12/2019			0,36	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0205 MULTA 12/2019			1,66	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0206 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2019			0,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL 78,81 74,87 18,51 74,87 0,73 3,40
Taxa de Tributos 0,545400

Méda Média Média Média Q (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
93 17/01/2020 R\$ 76,81



RESERVADO AO FISCO
96e7.09ff.dbac.0cf7.8fe8.378c.94d0.a24d.

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Limite da ANEEL	Apareado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIÁRIO	0,00	NOMINAL 220	Serviços de Dist. de Energia Elétrica	18,72	25,88
TRIMESTRAL	0,00		Consumo de Energia	25,57	33,57
SEMANAL	0,00	CONTRATADA LIMITE SUPERIOR 200 LIMITE SUPERIOR 221	Serviço de Transmissão	7,57	10,00
TRIMESTRAL	0,00		Serviços de Sistemas	0,56	0,73
ANUAL	0,00	Impostos, Custos e Encargos	24,25	31,70	
QUINZENAL	0,00	Outros Serviços	0,00	0,00	
DIÁRIO	0,00		Total	76,81	100,00



BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
C0190.00009 02624.912008 10771.557179 4 81370000007681

PASSADOR: JOSUE AMANCIO DOS SANTOS - CPF/CNPJ: 437.445.074-43
RUA MAJ ELPIRIO DANTAS, 437 - SALGADINHO - ALHANDRA / PB CEP: 58320000

Nº do Inv.	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
29249120010771557	000425841202001	17/01/2020	R\$ 76,81	

ESTABELECIMENTO: ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 09.095.183/0001-40
B-230, Km 25 - Crato Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58271-680
Agência / Código do beneficiário: 3064-3/2447-3





Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS	1218773	26/01/2020 07:35:18	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
23/09/1986	33a 4m 3d	Masculino	(83) 993743584
Mãe		CNS	Prontuário
SEVERINA GABRIEL RIBEIRO		206945803540009	
Endereço	Bairro	Município	UF
PROJETADA, 937	SN	ALHANDRA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X OBJETO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA	8252/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
26/01/2020 07:35:18		26/01/2020 09:36:11	

ANAMNESE

ORTOPEDIA RELATO DE QUEDA DE MOTO (BATEU NUMA CERCA) NA CIDADE DE PITIMBU. REFERE DOR NA PERNA DIREITA E REG. DO PESCOÇO NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA EX. FIS.: BEG, CONSCIENTE E ORIENTADO MID: FERIMENTO NA FACE MEDIAL DO TERÇO MEDIO DA PERNA DIREITA COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA. PULSOS TIBIAL POSTERIOR E PEDIOSO PRESENTES. SEM ALTERAÇÕES DA SENSIBILIDADE OU MOBILIDADE DOS DEDOS DO PÉ DIREITO. SEM SINAIS DE TVP OU COMPARTIMENTAL FERIMENTO NA REG. DO PESCOÇO RX: FRATURA DO TERÇO DISTAL DA TIBIA E FÍBULA DIREITA HD: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA PCT COM ALTA DAS DEMAIS ESPECIALIDADES CD: CURATIVO + IMOBILIZAÇÃO ANALGESIA + CEFALOTINA 2G ENCAMINHO PARA ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME PACTUAÇÃO

MEDICAÇÃO

OK CEFALOTINA 2G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 2000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 1 DIA(S)
MORFINA 1MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

PROCEDIMENTO

TALA INGUINO PODÁLICO, (OBSERVAÇÕES:: MID)

CID10

S82.3 - Fratura da extremidade distal da tibia

Conduta

Em observação

Dr. Tiberio Vanomark Chaves Bezerra
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 8252/PB

Enfermeiro

TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA
(CRM: 8252/PB)

Boletim registrado por: VALCELIA ESTRELA RODRIGUES COSTA em 26/01/2020 07:35:22



Receituário

Paciente: JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS Idade:33
Data: 26/01/2020 09:35:30 Sexo:Masculino CPF: Não informado BAE:1218773

ORTOPEDIA

RELATO DE QUEDA DE MOTO (BATEU NUMA CERCA) NA CIDADE DE PITIMBU. REFERE DOR NA PERNA DIREITA E REG. DO PESCOÇO NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA

EX. FIS.: BEG. CONSCIENTE E ORIENTADO
MID: FERIMENTO NA FACE MEDIAL DO TERÇO MEDIO DA PERNA DIREITA COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA. PULSOS TIBIAL POSTERIOR E PEDIOSO PRESENTES. SEM ALTERAÇÕES DA SENSIBILIDADE OU MOBILIDADE DOS DEDOS DO PÉ DIREITO. SEM SINAIS DE TYP OU COMPARTIMENTAL FERIMENTO NA REG. DO PESCOÇO

RX: FRATURA DO TERÇO DISTAL DA TIBIA E FIBULA DIREITA

HD: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

PCT COM ALTA DAS DEMAIS ESPECIALIDADES

CD: CURATIVO + IMOBILIZAÇÃO
ANALGESIA + CEFALOTINA 2G
ENCAMINHO PARA ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME PACTUAÇÃO

Dr. Tiberio Vanomark
Ortopedia, Trauma da Mão
CRM: 49.923/2019

Dr. TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA
8252/PB

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

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

Receituário

Paciente: JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS Idade:33
Data: 26/01/2020 09:35:30 Sexo:Masculino CPF: Não informado BAE:1218773

ORTOPEDIA

RELATO DE QUEDA DE MOTO (BATEU NUMA CERCA) NA CIDADE DE PITIMBU. REFERE DOR NA PERNA DIREITA E REG. DO PESCOÇO NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA

EX. FIS.: BEG. CONSCIENTE E ORIENTADO
MID: FERIMENTO NA FACE MEDIAL DO TERÇO MEDIO DA PERNA DIREITA COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA. PULSOS TIBIAL POSTERIOR E PEDIOSO PRESENTES. SEM ALTERAÇÕES DA SENSIBILIDADE OU MOBILIDADE DOS DEDOS DO PÉ DIREITO. SEM SINAIS DE TYP OU COMPARTIMENTAL FERIMENTO NA REG. DO PESCOÇO

RX: FRATURA DO TERÇO DISTAL DA TIBIA E FIBULA DIREITA

HD: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

PCT COM ALTA DAS DEMAIS ESPECIALIDADES

CD: CURATIVO + IMOBILIZAÇÃO
ANALGESIA + CEFALOTINA 2G
ENCAMINHO PARA ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME PACTUAÇÃO

Dr. Tiberio Vanomark
Ortopedia, Trauma da Mão
CRM: 49.923/2019

Dr. TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA
8252/PB

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

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA ENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
5805-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 297150 Atd: Nao Regular
Data: 26/01/2020
Hora: 10:25:42
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER SANTOS
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSIMAR GABRIEL DO SANTOS
Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 070.235.084-22
CNS: 206945803540009 Sexo: M IDENTIDADE: 3154283 Fone: 93743584
Natural: ALHANDRA/PB Data Nasc.: 23/09/1986 Id: 33 ano(s)
End.: RUA MAJOR EPIDIO DANTAS,0
Bairro: SALGADINHO Cidade: ALHANDRA UF: PB
Mae: SEVERINA GABRIEL RIBETRO Pai: JOSUE AMANCIO DOS SANTOS
Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupacao: SERRALHEIRO SEM ESPECIFICACAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: IRMA- JOSELIA
Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA
Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO
Vitima de violencia por: NAO
 Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificacao de Risco: VERDE
PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: C2:
Queixa Principal
TRAUMA EM TNZL

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Aparentemente Bem Grave
 Politraumatizado Convulsao
 Hemorragia Dispineia
 Diarreia Abalo
 Regular Chocado

OBS: Paciente com trauma com lesao de tórax com fratura de ± 8 cm de ossos.

Historia - Exame Basico - (hora do atendimento medico)

* Paciente encaminhado ao Hospital de Trauma com fraturas expostas de tórax.

Diagnostico

1) Lesão de tórax com fraturas expostas.

Prescricao

Horario da medicacao

1) Rx
2) Analgésico ad libitum
3) SAT de AP em 24h



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa
[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____
[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____
FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: Rx

Hipóteses Diagnósticas: Fratura da perna (D) após
com queda de segmento da

Conduta: Interno p/ Hto. cirúrgico

TC
OR
CR

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





BANK

PARTE MÉDICA - RESUMO DE ALTA

NOME: ESTIM UR GABRIEL DOS SANTOS

PROFISSIONAL: _____

SEXO: MASC **RAÇA:** BRANCA **CLÍNICA:** Ortopedia **END. 11:** _____ **UNID. 11:** _____

DATA DE ADMISSÃO: 24/03/2023 **DATA DE ALTA:** 25/03/2023 **TIPO DE PLANEJAMENTO:** _____

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura dos ossos da perna direita **CD:** S82.0

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: O mesmo

DIAGNÓSTICO TERCIÁRIO: _____

PRINCIPAIS EXAMES: Rx demonstrando redução de continuidade óssea em perna

TERAPIA MEDICAMENTOSA: _____

DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO: _____ **COLETA DE MATERIAL:** SIM NÃO

INFECÇÃO DE F.S.: SIM NÃO

RESULTADO ANTES DO EXAME: _____

COMUNICAÇÃO DE ALTA: MELHORAR O REMOVIDO A PERDOO CURADO _____

COMUNICAÇÃO DE ÓBITO: _____

RESUMO CLÍNICO: Paciente portador(a) de fratura dos ossos da perna D, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de aplicação de fixador externo de Ilizarov. Recebeu alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre na conformidade já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertensa, renal crônica, etc..

REPOUSO: Retorno em casa por 30 dias.
Retorne às atividades sem esforço físico em 60 dias.
Retorne às atividades com esforço físico leve em 90 dias e com esforço maior em 180 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave a área com água e sabão duas vezes ao dia. Não utilize produtos tópicos no local. Se sentir dor, calor, eritema ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

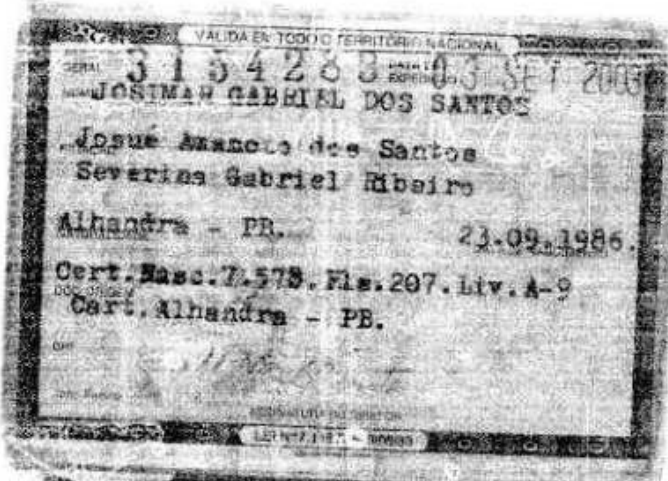
MEDICAÇÕES PARA CASA: A75 + case + analgésico

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Maternidade em 7 dias para revisão. (DR. YEMISTOCLES)

DATA: 25/03/2023 **ASS. MÉDICO / C.R.M.** _____

CONTINUIDADE DE TRATAMENTO: _____





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200238285 **Cidade:** Pitimbu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS **Data do acidente:** 26/01/2020 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO DISTAL DE TIBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. (P1,3,6,7)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0186629/20

Vítima: JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS

CPF: 070.235.084-22

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/01/2020

Titular do CPF: JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS : 070.235.084-22

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: 06/07/2020
Nome: JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS
CPF: 070.235.084-22

JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/07/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200238285 **Cidade:** Pitimbu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS **Data do acidente:** 26/01/2020 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO DISTAL DE TIBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. (P1,3,6,7)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0186629/20

Número do Sinistro: 3200238285

Vítima: JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS

CPF: 070.235.084-22

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 26/01/2020

Titular do CPF: JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

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: 26/08/2020
Nome: JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS
CPF: 070.235.084-22

JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/08/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





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, 08 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200238285

Vítima: JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS

Data do Acidente: 26/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSIMAR GABRIEL DOS 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 15921670

Pag. 01683/01684 - 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, 08 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200238285 Vítima: JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS

Data do Acidente: 26/01/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS

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

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, devidamente preenchido, assinalando a opção que declara a impossibilidade da apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois não foi marcado.
--	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01223(0)1224 - carta_03 - INVALIDEZ

00030612



Carta nº 15923435





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, 11 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200238285

Vítima: JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS

Data do Acidente: 26/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSIMAR GABRIEL DOS 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\$ 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: **JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS**

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

Banco: **237**

Agência: **000002108-3**

Conta: **0000065663-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

Pag. 00157/00158 - carta_15R - INVALIDEZ





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: 070.235.084-22 3 - CPF da vítima: 070.235.084-22 4 - Nome completo da vítima: Joimar Gabriel dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
5 - Nome completo: Joimar Gabriel dos Santos 6 - CPF: 070.235.084-22
7 - Profissão: Freteiro 8 - Cidade: R. Af. Elpidio Dantas 9 - Estado: PA 10 - Complemento: 237
11 - Endereço: Salgado Pinheiro 12 - Bairro: Albandra 13 - CEP: 58320-000
14 - Telefone: (83) 98663-4900 15 - E-mail:

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 R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: Bradesco
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 21083 CONTA: 65663
(Informe o dígito de verificação) (Informe o dígito de verificação) (Informe o dígito de verificação) (Informe o dígito de verificação)

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 não solicitar a avaliação médica assistida da Seguradora Líder para verificação da real situação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 1.947/71, art. 3º, § 1º. Declaro ainda que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo de sua conclusão.

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: _____ Fallecidos: _____ 30 - Vítima deixou descendentes? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Fallecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

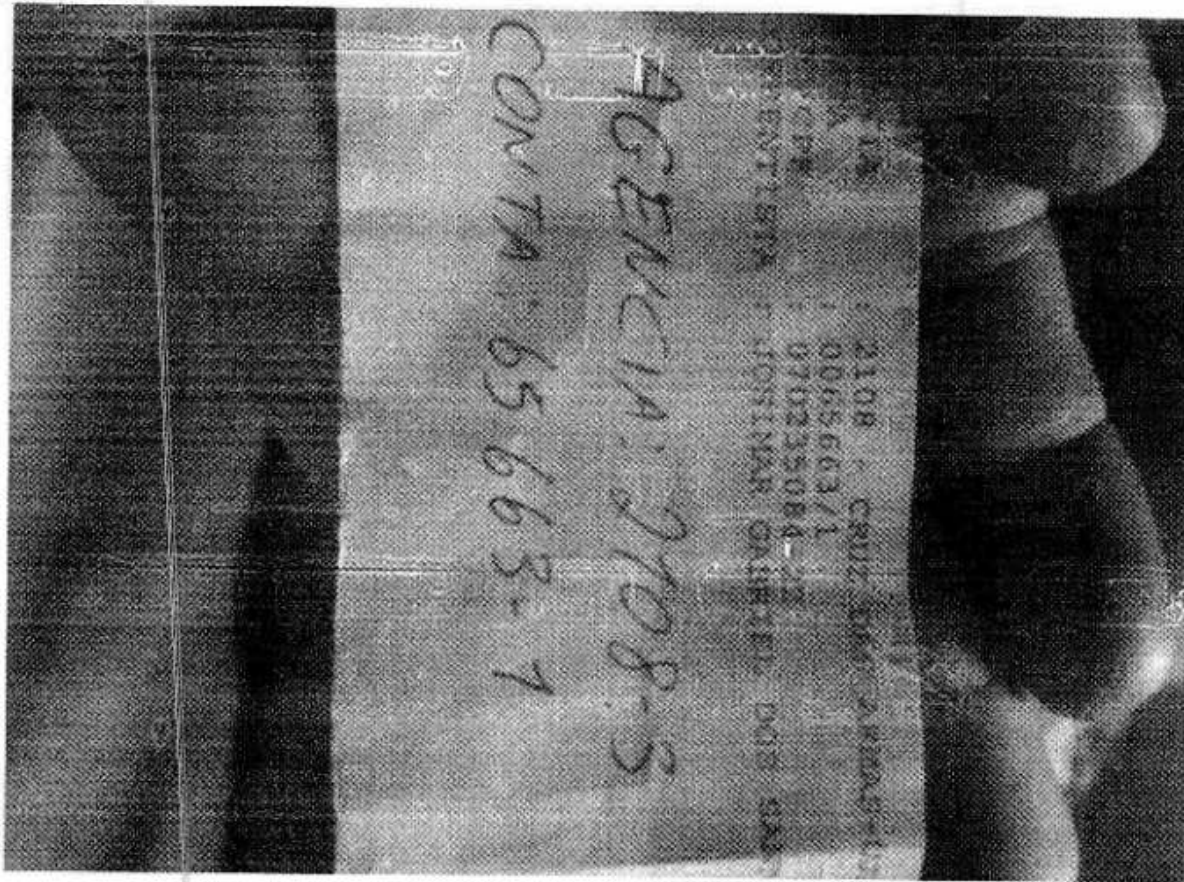
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte, apenas beneficiários que se apresentarem nesta condição, estando certo, ainda, de que qualquer simulação ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 179 do Código Penal.

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido: _____
36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido: _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido: _____

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 06/07/2020
Assinatura da vítima/beneficiário declarante: Joimar Gabriel dos Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____



Broderico

C/E





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 037579.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 037579.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettowen Carvalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 09:39 min do dia 23/06/2020, na Delegacia Online, **JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão AUXILIAR DE SERRALHEIRO, nascido(a) em 23/09/1986, idade 33, estado civil Solteiro (a), de cor Parda, filho(a) de SEVERINA GABRIEL RIBEIRO e JOSUE AMANCIO DOS SANTOS, CPF 070.235.084-22, residente e domiciliado(a) no(a) RUA MANOEL ELPIDIO DANTAS, nº 437, bairro SALGADINHO, na cidade de Alhandra/PB, CEP: 58320000, telefone(s) 83986634900, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 26/01/2020 04:30h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: PB 044, CENTRO, Pitimbu/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Conduzia sua moto HONDA/CG150 FAN ESD, ANO /MOD 2015/2015, COR VERMELHA, PLACA QFJ4569/PB, CHASSI 9C2KC1680FR801745, em nome de CESARIO GOMES COSTA FILHO, CPF 06556410411, quando ao fazer uma curva acabou sobrando na pista e caiu sendo socorrido pelo SAMU PARA Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena e encaminhado ao Hospital Complexo Hospitalar de Mangabeira.

Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


JOSIMAR GABRIEL DOS SANTOS

G191EF1D7A9A6799DF16AEECADCA148

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle: www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.





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: 070.235.084-22 3 - CPF da vítima: 070.235.084-22 4 - Nome completo da vítima: Joimar Gabriel dos Santos

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

5 - Nome completo: Joimar Gabriel dos Santos 6 - CPF: 070.235.084-22
7 - Profissão: Freteiro 8 - Cidade: R. Af. Elpidio Dantas 9 - Estado: PA 10 - Complemento: 237
11 - Endereço: Salgado Pinho 12 - Bairro: Albandra 13 - CEP: 58320-000
14 - Telefone: (83) 98663-4900 15 - E-mail: _____

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 R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 21083 CONTA: 65663

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 não solicitar a avaliação médica assistida da Seguradora Líder para verificação da real condição das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 1.947/71, art. 3º, § 1º. Declaro ainda que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo de 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: _____ Fallecidos: _____ 30 - Vítima deixou descendentes? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Fallecidos: _____ 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, apenas beneficiários que se apresentarem nesta condição, estando certo, ainda, de que qualquer simulação ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 179 do Código Penal.

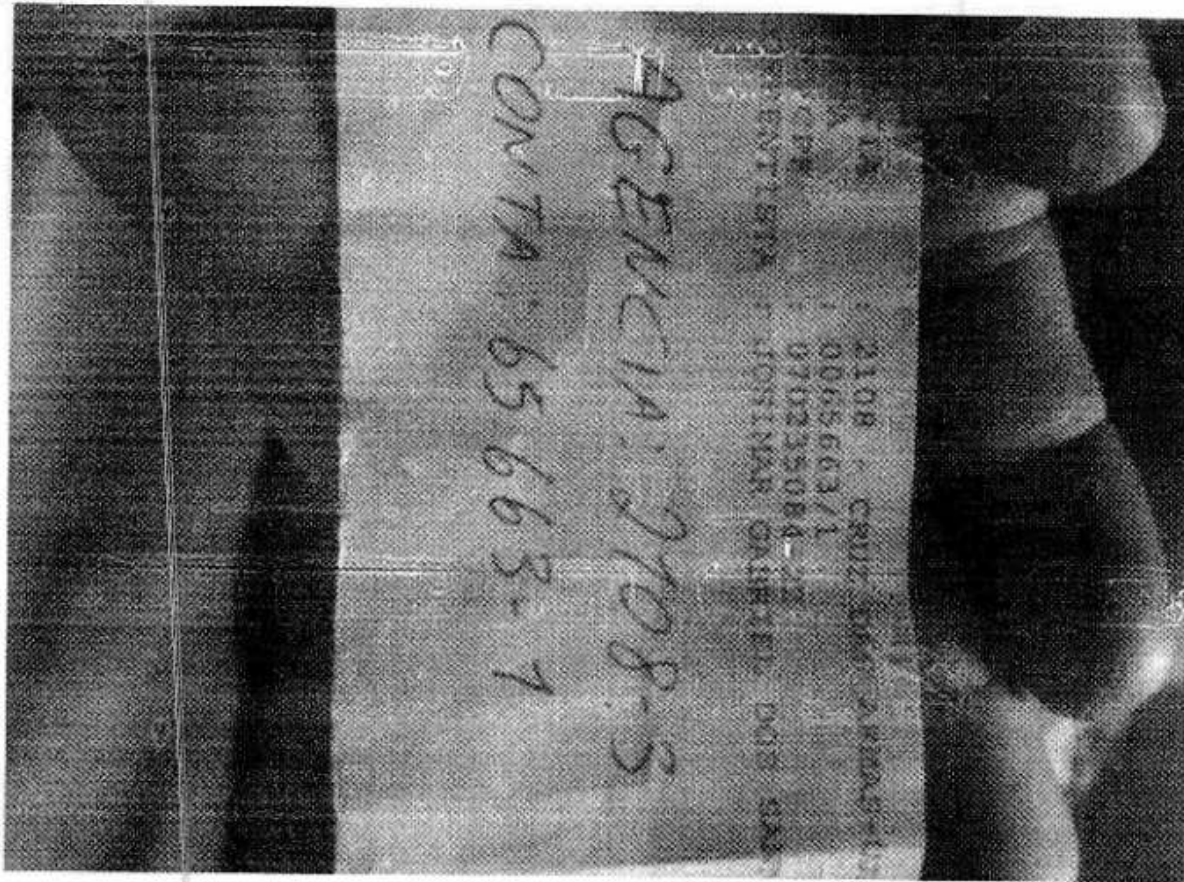
34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido: _____
36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido: _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido: _____

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha: _____
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha: _____

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 06/07/2020
Joimar Gabriel dos Santos
41 - Assinatura da vítima/beneficiário declarante

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____





Broderico

C/E

