



Número: **0801122-60.2022.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Conde**

Última distribuição : **17/03/2022**

Valor da causa: **R\$ 5.400,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUIZ BARBOSA DE SOUZA (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71699 166	12/04/2023 10:48	2882037_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, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036655

Vítima: LUIZ BARBOSA DE SOUZA

Data do Acidente: 23/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIZ BARBOSA DE SOUZA

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 15410978

Pag. 01471/01472 - 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, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036655

Vítima: LUIZ BARBOSA DE SOUZA

Data do Acidente: 23/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), LUIZ BARBOSA DE SOUZA

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

Pag. 01981/01982 - carta_02 - INVALIDEZ

00060981



Carta nº 15430525



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/04/2023 10:48:18

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041210481749400000067618691>

Número do documento: 23041210481749400000067618691

Num. 71699166 - Pág. 2



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, 13 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036655

Vítima: LUIZ BARBOSA DE SOUZA

Data do Acidente: 23/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUIZ BARBOSA DE SOUZA

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **LUIZ BARBOSA DE SOUZA**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **000003487**

Conta: **0000000770-5**

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: 284.742.954-91 4 - Nome completo da vítima: Luiz Barbosa de Souza

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

5 - Nome completo: Luiz Barbosa de Souza 6 - CPF: 284.742.954-91
7 - Profissão: R - Davino Severino Alencar 9 - Número: 50 10 - Complemento:
11 - Bairro: Vila da Conceição 12 - Cidade: Pombal 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58322-000
15 - E-mail: (83) 98663-4900

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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)

AGÊNCIA: 3487 CONTA: 00770 5 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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) (filho(s))? ☐ 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 provarão 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 - Impressão (digite aqui o nome completo da vítima) 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 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Pombal - PB 20/01/2020

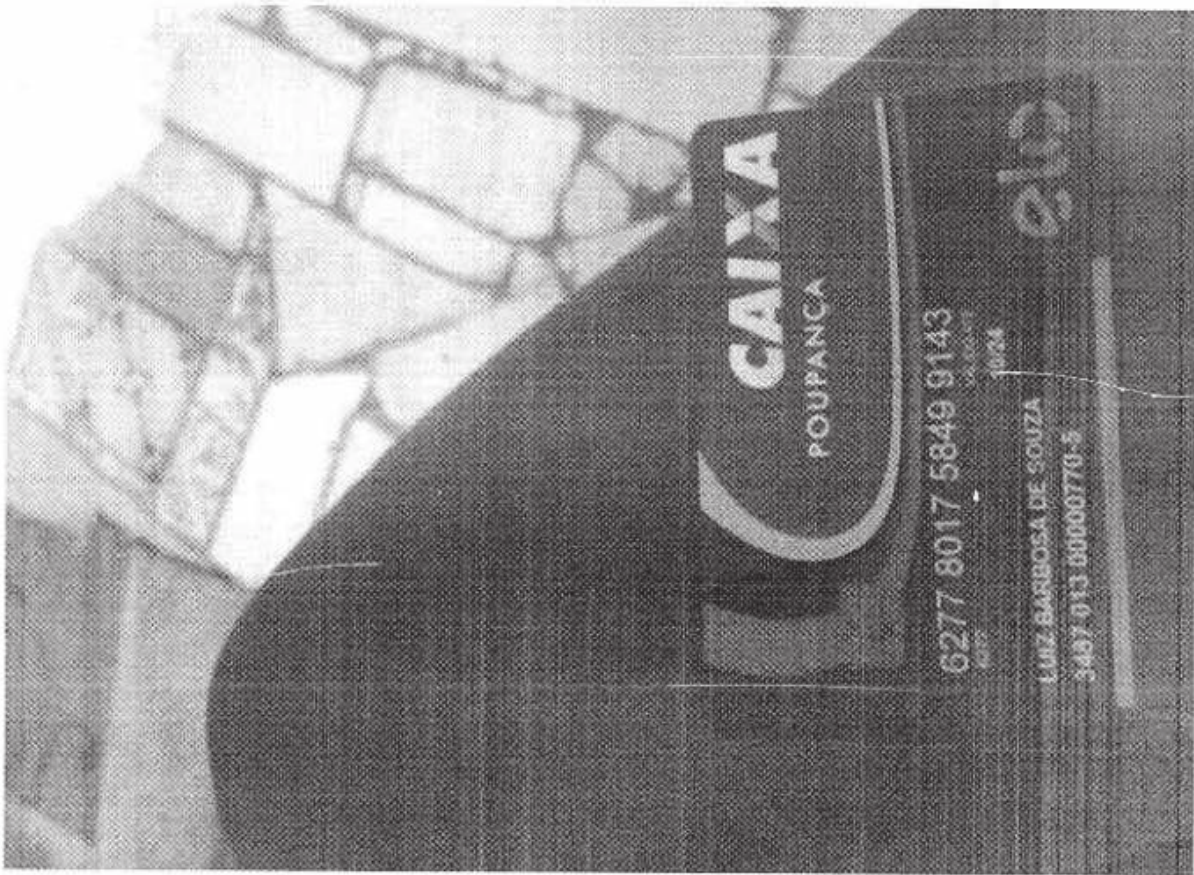
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





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

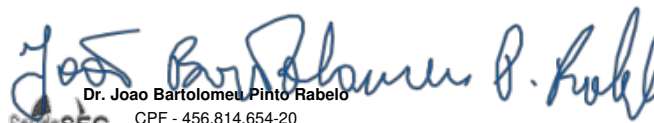
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200036655
Nome do(a) Examinado(a): Luiz Barbosa de Souza
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Davino Severino Aleixo, S/N
Nsra da Conceicao Conde PB CEP: 58322-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 2799895
Data local do acidente: [23/10/2019]
Data local do exame: [31/01/2020] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO QUARTO PODODÁCTILO DIREITO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REGULARIZAÇÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO DO QUARTO PODODÁCTILO DIREITO.
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.
Data da Alta: 19/12/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA AMPUTAÇÃO DO QUARTO PODODÁCTILO DIREITO.
- IV. Nexos de causalidade: 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:
APRESENTA AMPUTAÇÃO DO QUARTO PODODÁCTILO DIREITO.
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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
4º DEDO DO PÉ - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa (X) 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) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00378.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00378.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:59 horas do dia 10 de janeiro de 2020, 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 Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Luiz Barbosa de Souza**, CPF nº 284.742.954-91, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Elvira Maria da Conceição, natural de Caldas Brandão/PB, nascido(a) em 24/06/1955 (64 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Davino Severino Aleixo, bairro Centro, tendo como ponto de referência Nossa Senhora da Conceição, na cidade de Conde/PB, telefone(s) para contato (83) 98759-3370.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Davino Severino Aleixo, Nossa Senhora da Conceição, Conde/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 23/10/19 17:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRANSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 23/10/2019, POR VOLTA DAS 16:40, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA SHINERAY XY 50Q PHOENIX DE COR VERMELHA, ANO 2013, PLACA QFZ-4959/PB, CHASSI LXYXCBL04D0432110, NA RUA DAVINO SEVERINO ALEIXO, CENTRO, CONDE/PB, QUANDO FOI TRANCADO POR UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO, O QUAL COLIDIU EM SUA MOTOCICLETA; QUE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS AO PRONTO ATENDIMENTO DR. JARBAS MARIBONDO, DE ONDE FOI TRANSFERIDO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, SENDO ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 4º PODODÁCTILO DIREITO, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. KLÊNIO F. DA NÓBREGA.

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 fé.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

João Pessoa/PB, 10 de janeiro de 2020.

LUÍZ BARBOSA DE SOUZA
Noticiante

Procedimento Policial: 00378.01.2020.1.00.401





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:

284.742.954-91 Luiz Barbosa de Souza

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

Luiz Barbosa de Souza 284.742.954-91

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

R. Davino Severino Alencar SN

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

Alta da Conceição Parde PB 58322-000

15 - E-mail:

(83) 98663-4900

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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:

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

3487

CONTA:

00770

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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)

☐ Divorciado

☐ 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) (filho(s))?

☐ 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 provarão 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

Impressão
Assinatura
Assinatura
Assinatura

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

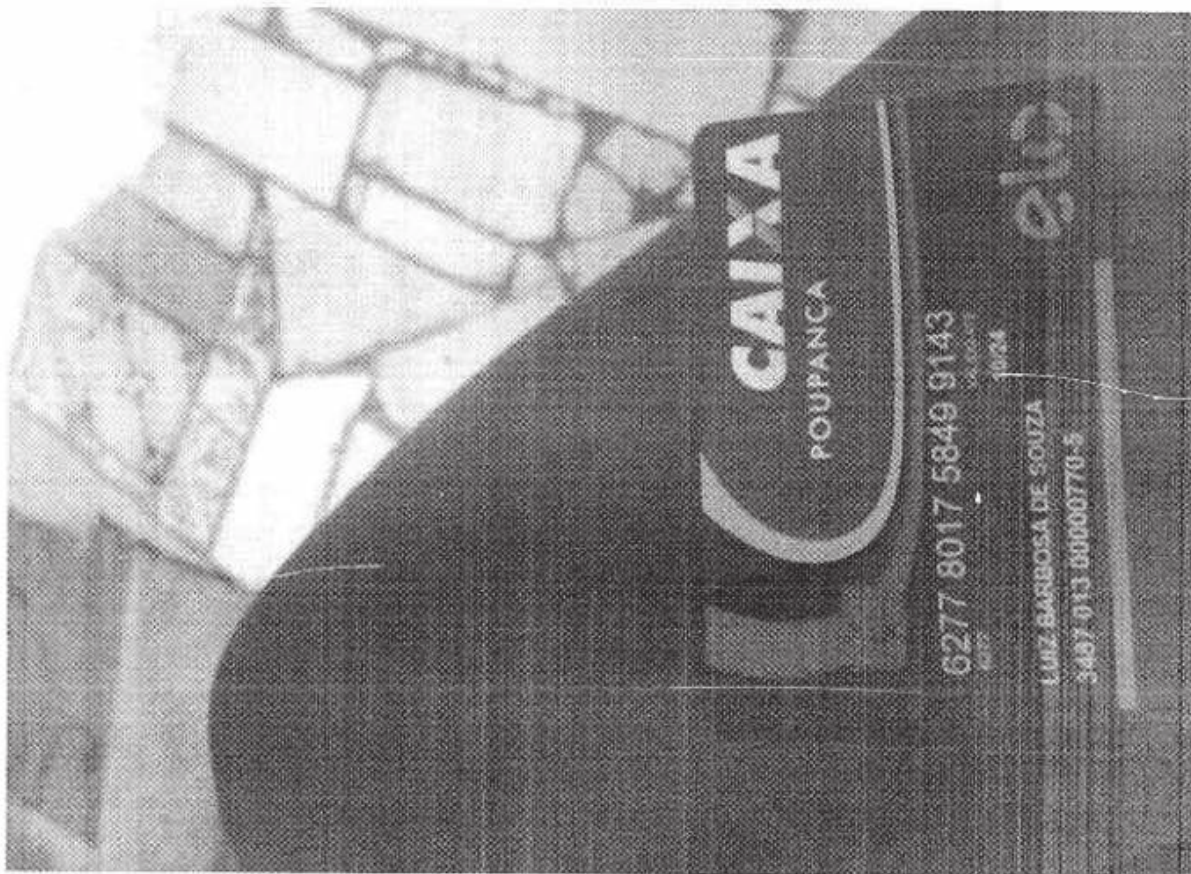
João Pessoa - PB 20/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CONDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PRONTO
ATENDIMENTO
DR. JARBA MARIBONDO

TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

DESTINO: <i>Ortopedia (traumática)</i>	DATA DA ADMISSÃO:
CONTATO PRÉVIO: <i>Sim</i>	DATA: HORA:

DADOS DO PACIENTE:

NOME: <i>Rosiz Barbosa de Souza</i>	CONTATO:
RESPONSÁVEL:	CONTATO:

SSVV:

PA:	FC:	FR: °	T:	HGT:
-----	-----	-------	----	------

HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME CLÍNICO:

Paciente, 64 anos, relata que sofreu acidente de moto há 30 minutos, apresentando lesão localizada em pé direito com exposição de estruturas internas de 4º metacarpiano. Serviço não possui serviço de RX. Encaminhado para avaliação especializada.

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA E EXAMES REALIZADOS:

<i>0 Dipirona 500 mg/ml, 100 mg, EV</i>

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA - INDICAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA:

Ingrid Fontes
Médica
CRM 12188

CONDE, 23 / 10 / 19



SAÚDE **Complexo Hospitalar Mangabeira**

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: LUIZ BARBOSA DE SOUZA

PROFISSIONAL N.º _____

IDADE: _____ **SEXO:** _____ **COR:** _____ **PROFISSÃO:** _____ **END.:** _____ **CITY:** _____

DATA DE ADMISSÃO: 10/04/2018 **DATA DE ALTA:** 21/04/2018 **Tempo de internação:** _____

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: AMPUTACÃO TRAUMÁTICA DE M. PODODÁCTILO DÍGITO _____

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S): O MESMO

OUTROS DIAGNÓSTICOS: _____

PRINCIPAIS SINTOMAS: Edema físico + radiográfica

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO: _____

SINTOMAS PATOLÓGICOS: _____

IMPRESSÃO DE X.D.: ☒ SIM ☐ NÃO **USUÁRIO DE MATERIAL:** ☐ SIM ☒ NÃO

RESULTADO ANATOMOPATOLÓGICO: _____

CONDICIONAMENTO DE ALTA: ☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIR ☐ CURADO ☐ ÓBITO

RESUMO CLÍNICO: Paciente com amputação traumática de M. PODODÁCTILO DÍGITO, foi submetido a tratamento cirúrgico. 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 POS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Retorne em casa por 15 dias.
Retorne às atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorne às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.

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

MEDICAÇÕES PARA CASA: METRONIDAZOL + CLINDAMICINA + AINES + analgésicos

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. DR. ROMERO RUAN

DATA: 25/10/2018

ASS. MÉDICO / C.R.M. _____
Dr. Márcio F. de Vasconcelos
CRM 11.194 PB
Oncologia Traumatológica

documentos destinados à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



BANCO DO BRASIL 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: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	06/02/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	320003665501
VALOR TOTAL:	1.350,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZ BARBOSA DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000000770

Número da Autenticação

76B90588AD20557E





Ligação: MONTE CASCO
Carilho: COM/ITC 83 / COMERCIAL - COMERCIAL
Reserva: 12 - 5 - 392 - 425 Referência: Nov / 2019
Medidor: 00038.67521 Emissão: 23/11/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 BR-230, Km 25 - Castelejo - 50000-000 Paraiba/PB - CEP 50071-900
 CNA/09.095.182/0001-42 - INSC. EST. 16.715.909-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 004 523 949
Cod. para Déb. Automático: 0803000201

Nov / 2019	20/11/2019	19/12/2019	010.942.224-45 Proc. Exp.
------------	------------	------------	------------------------------

Sarampo é grave e pode matar. Fique atento ao calendário de vacinação e se previna.

Data	Leitura	Data	Leitura						
21/10/18	5583	21/11/18	5857	1	264	20			
Cod	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor	Subtotal	Alíq. ICMS (%)	Base de Cálculo	Parcela ICMS (%)	Parcela ICMS (%)
0801	Consumo em kWh	264,00	1	7,75	204,83	25	51,21	204,83	1,73
0801	Adic. S. A. mensal	1,74	1,74	26	0,45		1,74	0,01	0,05
0801	Adic. E. V. mensal	10,29	10,29	25	2,57		10,29	0,02	0,40
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTROLE SERVIÇO PÚBLICA	13,01	3,00	0	3,00		0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item	TOTAL:	229,97	216,88	54,71	216,88	1,22	8,30
Taxa de Tributo (%)	0,546400						

85 27/11/2019 R\$ 229,87

0	0	8	15	2	0	2	0	0	157	242	248
Nov/18	Dec/18	Jan/19	Feb/19	Mar/19	Apr/19	May/19	Jun/19	Jul/19	Aug/19	Sep/19	Oct/19

37b6.1ac7.d42c.65c1.f4a1.472a.dcd2.c616.

[illegible]

www.sciencedirect.com

* AVISO: Permanecendo em atraso os DEBÊNTOS ANTERIORES, a responsabilidade do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso de prazo de 20 (vinte) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.

Out/19 213.55

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL.

00190.00009 03150.244006 07475.127176 5 80860000022987

PAGADOR: JERRY LEBER DA SILVA SANTANA - CPF/CNPJ: 010.942.234-45
 ENDEREÇO: R. DEBORA COSTA OLIVEIRA, 157 / SAL. A 01 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB CEP: 58056334

Nosso Nr	Nr. Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440001475 (27)	001656291201911	27/11/2019	R\$ 229,87	

ENERGIA S.A. DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 085 123/0001-40





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/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=12.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 COAF¹.

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 Alexandrina Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754/74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Luiz Barboza de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 285.742.954/91

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Luiz Barboza de Souza

inscrito (a) no CPF sob o Nº 285.742.954/91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declara 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: Rua Agente Fiscal José G. Duarte

Número: 157 Complemento: _____

Bairro: Crangabeira

Cidade: João Pessoa

Estado: PB

CEP: 58056-384

E-mail: _____

Tel.(DDD): (83) 98663-4900

Local e Data: João Pessoa - PB 20/01/2020

Alexandrina Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/04/2023 10:48:18

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041210481749400000067618691>

Número do documento: 23041210481749400000067618691

Num. 71699166 - Pág. 15



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CONDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PRONTO
ATENDIMENTO
DR. JARBAS MARIBONDO

TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

DESTINO: <i>Ortopedia (traumático)</i>	DATA DA ADMISSÃO:
CONTATO PRÉVIO: <i>Sim</i>	DATA: HORA:

DADOS DO PACIENTE:

NOME: <i>Luiz Barbosa de Souza</i>	CONTATO:
RESPONSÁVEL:	CONTATO:

SSVV:

PA:	FC:	FR: °	T:	HGT:
-----	-----	-------	----	------

HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME CLÍNICO:

Paciente, 64 anos, relata que sofreu acidente de moto há 30 minutos, apresentando lesão localizada em pé direito com exposição de estruturas internas de 4º metacarpo. Serviço não possui serviço de RX. Encaminhado p/ avaliação especializada.

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA E EXAMES REALIZADOS:

<i>0 Dipirona 500 mg/ml, El. Dep. EV</i>

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA - INDICAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA:

Ingrid Fontes
Médica
CRM 12188

CONDE, 23 / 10 / 19



SAÚDE **Complexo Hospitalar Mangabeira**

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: LUIZ BARBOSA DE SOUZA

PROFISSIONAL N.º _____

IDADE: 45 ANOS **SEXO: M** **COR:** _____ **TIPO:** _____ **UNID:** _____

DATA DE ADMISSÃO: 10/04/2018 **DATA DE ALTA: 21/04/2018** **Intervenção:** _____

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: AMPUTACÃO TRAUMÁTICA DE M. PODODÁCTILO DÍGITO _____

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S): O MESMO

SINTOMAS PATOLÓGICOS: _____

PRINCIPAIS SINAIS: Edema físico + radiográfica

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO: _____

EXATOS PATOLÓGICOS: _____

IMPRESSÃO DE X.D.: ☒ SIM ☐ NÃO **COLETA DE MATERIAL:** ☐ SIM ☒ NÃO

RESULTADO ANATOMOPATOLÓGICO: _____

CONDICÃO DE ALTA: ☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO

RESUMO CLÍNICO: Paciente com amputação traumática de M. PODODÁCTILO DÍGITO, foi submetido a tratamento cirúrgico. 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 POS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Retorne em casa por 15 dias.
Retorne às atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorne às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.

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

MEDICAÇÕES PARA CASA: METRONIDAZOL + CLINDAMICINA + AINES + analgésicos

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. DR. ROMERO RUAN

25/10/2018 **DATA**

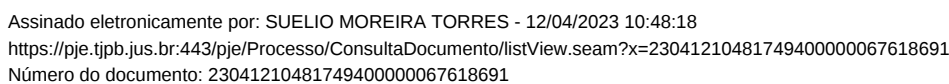
Dr. Márcio F. de Vasconcelos
CPM 11/194 PB
Oncologia Traumatológica

ASS. MÉDICO / C.R.M.

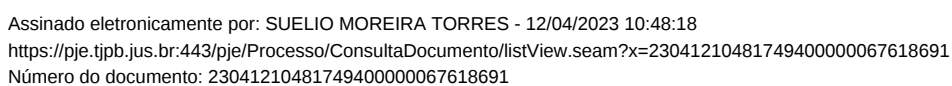
documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO,

CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





VÁCIUA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
894056231



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014201838907

DATA DO REGISTRO: 03/10/2018

PLACA: QFZ4999/PB

CHASSI: LXKCB104D0432110

CPF/CNPJ: 28474295491

PLACA ANT.: UF: NOVO PB

ESPECIE: PAS/CICLOMOTO/NAO APLIC

COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: SHINERAY XY500 PHOENIX

ANO FAB: 2013

ANO MOD: 2013

CAP/POT/CL: 2 P/49 /CI

CATEGORIA: PARTIC

COR/PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA UNICA: 00/00/0000

IPVA ISENTO

FAIXA IPVA: 0

PREMIO TAMPARO (R\$): 0,00

PREMIO TOTAL (R\$): 0,00

DATA DE PAGAMENTO: 03/10/2018

SEGURO

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL: CONDE-PB

DATA: 03/10/2018

42005

78444



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200036655 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ BARBOSA DE SOUZA **Data do acidente:** 23/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO QUARTO PODODÁCTILO DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA AMPUTAÇÃO DO QUARTO PODODÁCTILO DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUVE AMPUTAÇÃO DO QUARTO DEDO DO PÉ DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU COMPLETO DO 4º DEDO DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/01/2020

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200036655 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ BARBOSA DE SOUZA **Data do acidente:** 23/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO QUARTO PODODÁCTILO DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA AMPUTAÇÃO DO QUARTO PODODÁCTILO DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUVE AMPUTAÇÃO DO QUARTO DEDO DO PÉ DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU COMPLETO DO 4º DEDO DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/01/2020

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200036655 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ BARBOSA DE SOUZA **Data do acidente:** 23/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LESÃO CORTO-CONTUSA EM PÉ DIREITO EVOLUINDO PARA AMPUTAÇÃO DE 4º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REGULARIZAÇÃO DO COTO). ALTA.
P 2.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00



PROCURAÇÃO

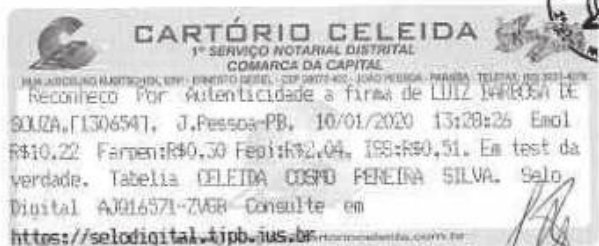
Outorgante: Luis Barbosa de Souza, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão agenciador, residente e domiciliado à Rua Dalvine Severina Alencar nº 715, bairro N.ª Senhora Conceição, Município de Grande, Estado de(o) PR, Cep: 58322-000, portador(a) do Rg nº 2.475.895, SSP/ PR e CPF nº 285.742.954-91

Outorgado: Alexsandra Lacerda Duarte, brasileiro(a), estado civil Casada, profissão agenciadora, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Euclydes Lacerda nº 151, bairro Mangabeiras, Município de Grande, Estado de(o) PR, Cep: 58046-384, portador(a) do RG nº 262.778, SSP/ PR e CPF nº 046.502.754-71

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) Luis Barbosa de Souza, ocorrido em 03/10/19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza Invalidação.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Roberto, 10 de Jan de 2019



Outorgante
CPF Nº 285.742.954-91

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030988/20

Vítima: LUIZ BARBOSA DE SOUZA

CPF: 284.742.954-91

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIZ BARBOSA DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

LUIZ BARBOSA DE SOUZA : 284.742.954-91

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: 22/01/2020
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

