

---

Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ANDERSON APRIGIO SOUZA**  
Nº Sinistro: **3180267433**  
Vitima: **ANDERSON APRIGIO SOUZA**  
Data do Acidente: **17/03/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180267433**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2018

**Aos Cuidados de:** ANDERSON APRIGIO SOUZA  
**Nº Sinistro:** 3180267433  
**Vitima:** ANDERSON APRIGIO SOUZA  
**Data do Acidente:** 17/03/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180267433**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ANDERSON APRIGIO SOUZA**  
  
Sinistro: **3180267433**  
Vítima: **ANDERSON APRIGIO SOUZA**  
Data do Acidente: **17/03/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180267433** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Carta n°: 13145184

A/C: ANDERSON APRIGIO SOUZA

**Nº Sinistro:** 3180267433  
**Vitima:** ANDERSON APRIGIO SOUZA  
**Data do Acidente:** 17/03/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

**Creditado: ANDERSON APRIGIO SOUZA**

**Valor: R\$ 337,50**

**Banco: 237**

**Agência: 000002108-3**

**Conta: 0000051771-2**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>337,50</b>

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

**Graduação: Em grau residual 10%**

**% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%**

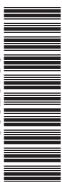
**Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180267433      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANDERSON APRIGIO SOUZA      **Data do acidente:** 17/03/2017      **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA NÃO ESPECIFICADA DA TÍBIA DIREITA.

**Descrição do exame** VÍTIMA REFERE DOR NO TORNOZELO. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA DISCRETA REDUÇÃO DOS  
**médico pericial:** MOVIMENTOS ARTICULARES DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR. RECEBEU ALTA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 12/07/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andre Lopes Soares

**CRM do médico:** 6144

**UF do CRM do médico:** PB

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
<b>Total</b>			<b>2,5 %</b>	<b>R\$ 337,50</b>

## PRESTADOR

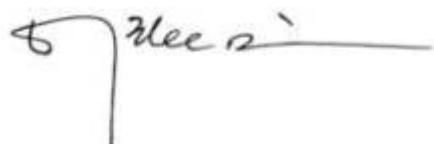
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

080.765.324-18

Nome completo da vítima

ANDERSON APREGIU SOUZA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	ANDERSON APREGIU SOUZA	CPF titular da conta	080.765.324-18	Profissão	FECHIN
Endereço	Rua Jardim Dom Adauto	Número	23	Complemento	CASA
Bairro	São Lourenço	Cidade	TOUS PESSOA	Estado	PARANÁ
Email	galvanespe@hotmail.com (81)98721-5834 3538-0069				
CEP 58.305-000					
Telefone (DDD)					

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

**CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo: Assinale uma opção)  
 BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.  D/V  CONTA NRO.  D/V  
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO	<input type="text"/> BRADESCO	NRO.	<input type="text"/>
AGÊNCIA	<input type="text"/> 2108	D/V	<input type="text"/> 2
CONTA NRO.	<input type="text"/> 51771	D/V	<input type="text"/>
(Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

*Abreu e Luyke 04 junho 2018*  
 Local e Data

*Anderson Apregiu Souza*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CORRESPONDENTE DO BANCO BRADESCO S.A.  
LÚCIA OLIVEIRA SANTOS 91011043472  
AV CRUZ DAS ARMAS 635  
TERM.NET-ISO 06/02/216 DATA 22/05/2018  
DATA:22/05/2018 HORA DE BRASÍLIA:15:18

\*\*\* EXTRATO DE CONTA CORRENTE \*\*\*

ANHUES APRIGIO LOUREIRO 15:18HR  
AGÊNCIA 2100 CTA 105171-2 22/MAI/2018

DISPONÍVEL  
+ TOTAL DISPONÍVEL ..... 0.00  
+ CONTA CORRENTE ..... 0.00  
TOTAL DE RECURSOS ..... 0.00

AG.BRADESCO : 2100 - CRUZ DAS  
ARMAS IJP  
CORRESP.BANC.:078 - L2 CONCEIÇÕES DE  
ART MILITAR  
NSU: 029254632556 AUTENTIFICAÇÃO: 547042

COVILHADA/BR/04632556  
0860 127 5933

NSU REDE: 071146 HORA REDE: 15:18:25





447953

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00966.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00966.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 14:31 horas do dia 17 de maio de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Anderson Aprigio Souza**, CPF nº 080.765.324-18, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Maria Ednálva de França Aprigio e Iraquejones da Costa Souza, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 17/05/1988 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Jd. Dom Adauto, Nº 23, bairro São Bento, tendo como ponto de referência Perto da Delegacia, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98760-0250.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Maria José Miranda do Amaral, Próximo a Casa Lotérica, João Pessoa/PB, bairro Jardim Veneza; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/03/17 19:34h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS ESD, COR PRETA, ANO 2013/2014, DE PLACA OGE9478/PB, CHASSI Nº 9C2KD0540ER011317, registrada em nome de FABIO SILVA DE ARRUDA, quando ao entrar numa rua à esquerda foi atingido na lateral direita por outra MOTO NÃO IDENTIFICADA, a qual transitava no sentido oposto; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0801/2017, EXPEDIDO PELA DR<sup>a</sup> SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 26.06.2017, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido pelos BOMBEIROS; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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.

João Pessoa/PB, 17 de maio de 2018.

*Fabiana Bez.*  
FABIANA DE LIMA-BEZERRA

Agente de Investigação

*Anderson Aprigio Souza*  
ANDERSON APRIGIO SOUZA

Noticiante



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

**ANDERSON APNGIÚ SOUZA**

CPF da Vítima

**080.765.324-18**

Data do Acidente

**17/03/2017**

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

<p>Local e Data</p> <p><i>Abreu e Lima/PE 04 de Junho de 2018</i></p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <p>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p> <p>12 JUN 2018</p> <p>Gesta Seguradora S/A. Av. Dom Pedro I, 775 S, 105-Jóia Pessoal/PB</p> </div>
---	--

*X Anderson Apngiú Souza*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da **VÍTIMA** e do seu **REPRESENTANTE LEGAL\*** (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

*Anderson Aprilio Souza*

CPF da Vítima

*080.765.324-18*

Data do Acidente

*17/03/2017*

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

*Maneiró/2018 de Junho de 2018 -*  
Local e Data



*Anderson Aprilio Souza*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDERSON APRIGIO SOUZA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02108-3

CONTA: 000000051771-2

---

Nr. Autenticação

BRADESCO2007201805000000000237021080000005177133750 PAGO

# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Fábio Silva de Arruda,

RG nº 1.998.883, Data de Expedição: 26/06/2017, Órgão: SSDS/PB

Portador do CPF nº 038.144.434-11, com domicílio na cidade de

João Pessoa, no Estado de Paraíba,

onde resido na (Rua/Av./Est.) Rua EUCLIDES NUNES MACHADO - MUCUMBI

nº 32, complemento: CASA, declaro, sob as penas da Lei,

que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente

ocorrido com a vítima Anderson Almeida Souza,

cujo o condutor era Anderson Almeida Souza,

Veículo: PAS/MONOCICLETA

Modelo: Honda NXR 150 Bros ESC

Ano: 2013

Placa: 0GE-9478-PB

Chassi: 9C2KD0540ER11317

Data do Acidente: 17/03/2017

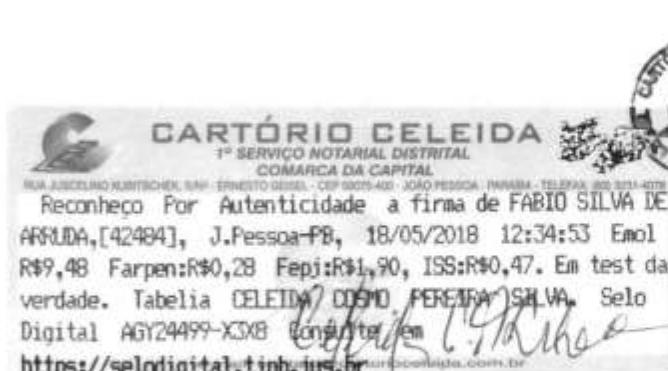
Local e Data: João Pessoa - PB, 18/05/2018



Fábio Silva de Arruda

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )



## CERTIDÃO

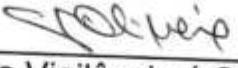
Nº. 0801/2017

Atendendo solicitação de ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº 14493 e Prontuário Nº 2017.03.002907 pertencentes a **ANDERSON APRÍGIO SOUZA**, que foi atendido dia 17/03/2017 às 20h11min, vítima de colisão moto/moto, apresentando trauma em perna direita.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura em tibia direita dia 24/02/2017. Tratamento conservador. Alta dia 20/03/2017.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 26 de Junho de 2017

  
\_\_\_\_\_  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 2959



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. ARCUSIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE 1/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-180  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha #: 1.493 Atd: Nao Reg.  
Data: 17/03/2017  
Hora: 20:11:35  
Receptionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA  
Clínica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ANDERSON APRIGIO SOUZA

CNS: SEM CNS Sexo: M OUTROS: 23018250632 Fone: 87430985

Natural: BAYEUX/PB Data Nasc.: 17/05/1988 Id: 28 ano :)

End.: RUA (NAO INFORMADO), 0

Bairro: CENTRO Cidade: BAYEUX UF PB

Mae: EDNALVA DE FRANCA APRIGIO

Pai: IRAQUE LONE DA COSTA SOUZA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

INFORMACOES DE ENTRADA

R\_p.: AMIGO DIEGO

Tel Soc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Pré-sidencia: RESIDENCIA

Transporte Utilizado: CORPO DE BOMBEIROS

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicem:

IMC:

OBST:

02%:

Sintoma Principal:

Colisão moto/moto - trauma (M1)

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Colisão entre moto e moto. Payer anel de Lopez negro perco a canela direita em nível da Payer. Um nódulo nádegas - nível da perna direita. Nidemacia algodão. A dor é moderada.

Diagnóstico

Conduta

Prescrição

Horário da medicação

Dr. Anderson Souza

Dr. Anderson Souza

Dr. Anderson Souza

Escolaridade: NAO INFORMADO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUN 2018

Gente Seguradora SIA,  
Av. Dom Pedro I, 776 S. 106-João Pessoa/PB

União de Cristina V.C. Reis  
COREN-PB 1271.821

## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

**Nome:** Anderson **Apelido:** *Anderson* **Data da Admissão:** *11/11/11*  
**Prontuário:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_ **Enfermaria:** \_\_\_\_\_ **Leito:** \_\_\_\_\_  
**Nome da Mãe:** \_\_\_\_\_ **Endereço:** \_\_\_\_\_ **Bairro:** \_\_\_\_\_  
**Cidade:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Fone:** \_\_\_\_\_ **Profissão:** \_\_\_\_\_  
**Sexo:** F  M  **Cor:** \_\_\_\_\_ **Estado Civil:** \_\_\_\_\_ **Religião:** \_\_\_\_\_  
**Escolaridade:** \_\_\_\_\_ **Data de Nascimento:** *11/11/11*

**QPD:** \_\_\_\_\_

**HDA:** \_\_\_\_\_

**Medicações em uso:** \_\_\_\_\_



### Interrogatório Sintomatológico:

**Geral:**  Febre  Astenia  Anorexia  Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_  Prurido  Sudorese  
 Calafrios  Alopecia  Adenomegalias  Ictericia  Tonturas  Outros: \_\_\_\_\_

**Pele:** \_\_\_\_\_

**Cabeça e PESCOÇO:**  Cefaléia  Espirros  Rinorréia  Obstrução Nasal  Epistaxe  
 Dor de Garganta  Bócio  Rouquidão  Disfagia  Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

**AR e ACV:**  Dor  Dispnéia  Palpitações  Desmaio  Cianose  Edema  Outros: \_\_\_\_\_

**ABD:**  Dor  Vômitos  Dispepsia  Diarréia  Melena  Enterorragia  Constipação  Aumento de volume  Náusea

**AGU:**  Disúria  Incontinência  Retenção  Poliúria  Oligúria  Noctúria  Hematuria  
 Mal Cheiro  Corrimento  Outras: \_\_\_\_\_

**SME:**  Dor  Artralgia  Calor  Rubor  Edema  Crepitação  Rigidez pós-reposo  Deformidades  Atrofia  Espasmos

**SN e PSQ:**  Insônia  Sonolência  Convulsões  Motricidade e Sensibilidade  Amnésia  Libido  Humor



## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NAME:	<i>Anderson Braga Souza</i>				PRO-NÚMERO:	<i>W1 + 032902</i>	
IDADE:	SEXO:	CLASSE:	CLÍNICA:		ENF:	LEITO:	<i>03 114</i>
DATA DE ADMISSÃO:	<i>17/03/12</i>		DATA DE ALTA:	<i>20/03/12</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL:					DEPARTAMENTOS DE SINTOMAS		<i>CID</i>
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:	<i>Pelvis drogada</i>				DEPARTAMENTO DA AT.		<i>DEPARTAMENTO NÃO VERIFICADO</i>
OUTROS DIAGNÓSTICOS:					CONTENDO NÃO VERIFICADO		<i>12 JUN 2012</i>
PRINCIPAIS EXAMES:							
PROCEDIMENTO REALIZADO:	<i>Orte 11 Trovaule curvay</i>						
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA:	<i>4 fexy</i>						
ANATOMIA PATOLÓGICA:							
INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO		
RESULTADO BACTERIOLÓGICO:							
CONDICÕES DE ALTA:	<input type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/> ÓBITO		

RESUMO CLÍNICO *HISTÓRIA EVOLUÇÃO TERAPÉUTICA COMPLICAÇÕES*

*Pelvis luxado m fexy*  
*2º fexy curvay*

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:

REPOUSO: Relativo em casa por \_\_\_\_\_ dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em \_\_\_\_\_ dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em \_\_\_\_\_ dias e com esforço maior em \_\_\_\_\_ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA:

RETORNO Ao posto de saúde em \_\_\_\_\_ para retirada de pontos.  
Ao Ambulatório do \_\_\_\_\_ em 30 dias para revisão.

*20/03/12*

DATA

DR. Osmundo José Vieira Lopes  
e Traumatologista  
CRM 430  
ASS. MEDICO DE CONSULTA  
CRM 430

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





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

080.765.324-18

Nome

ANDERSON APRIGIO SOUZA

Nascimento  
17/05/1988

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO







# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0208172/18

Vítima: ANDERSON APRIGIO SOUZA  
CPF: 080.765.324-18

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 17/03/2017

Titular do CPF: ANDERSON APRIGIO SOUZA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### **Sinistro**

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**ANDERSON APRIGIO SOUZA : 080.765.324-18**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

**ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00**

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

### **ATENÇÃO:**

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

**A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.**

### **Portador da documentação entregue**

Data da entrega: 12/06/2018  
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS  
CPF/CNPJ: 884.647.684-00

### **Responsável pelo cadastramento na seguradora**

Data do cadastramento: 12/06/2018  
Nome: ALINE GOMES DE BRITO  
CPF: 079.445.364-30

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

ALINE GOMES DE BRITO



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180267433      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANDERSON APRIGIO SOUZA      **Data do acidente:** 17/03/2017      **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/07/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE TÍBIA DIREITA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180267433      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANDERSON APRIGIO SOUZA      **Data do acidente:** 17/03/2017      **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA NÃO ESPECIFICADA DA TÍBIA DIREITA.

**Descrição do exame** VÍTIMA REFERE DOR NO TORNOZELO. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA DISCRETA REDUÇÃO DOS  
**médico pericial:** MOVIMENTOS ARTICULARES DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR. RECEBEU ALTA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 12/07/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andre Lopes Soares

**CRM do médico:** 6144

**UF do CRM do médico:** PB

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
<b>Total</b>			<b>2,5 %</b>	<b>R\$ 337,50</b>

## PRESTADOR

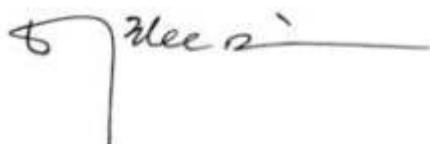
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PROCURACÃO PARTICULAR

### BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: Anderson Aprigio Souza

Nacionalidade: brasileira Est. Civil: SOLTEIRO

Profissão: Pedreiro

Identidade: 3.469.324 CPF: 080.765.324-18

Endereço: Rua JARDIM DON ADAURO, 23 - SAM  
BENTO - Bayeux - PB CEP - 58.305-000

### PROCURADOR:

Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Nacionalidade: brasileira Est. Civil: solteira Profissão: Empresária

Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00

Endereço: Av. Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima -PE



Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em: sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, enfim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro do beneficiário/vítima, até o término de sua liquidação, e **finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato.** Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

John Lessot - 16/05/2018

Local e data

X Anderson Aprigio Souza



Assinatura do Beneficiário/Vitima

(Reconhecer firma por autenticidade)



Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:  
ANDERSON APRIGIO SOUZA  
Es test da verdade, Bayeux-PB 16/05/2018 11:54:51  
Hely Santiago Pereira Feitosa - Tabelia Substituta  
[2018-004760] JURIS:R\$ 9,48 FARFEM:R\$ 0,28 FEPJUR:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47  
SELO DIGITAL: ADW0531-ABDU  
Hely Pereira

**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: **3180267433**

Nome do(a) Examinado(a): **ANDERSON APRIGIO SOUZA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Travessa Dom Adauto, 23 - São Bento - Bayeux - PB - CEP 58305-085**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **3469324**

Data e local do acidente: [ **17/03/2017** ] **JOAO PESSOA - PB**

Data e local do exame: [ **12/07/2018** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA NÃO ESPECIFICADA DA TÍBIA DIREITA.**

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**VÍTIMA REFERE DOR NO TORNOZELO. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA DISCRETA REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO TORNOZELO DIREITO.**

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [ ] Não

**IV.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR. RECEBEU ALTA.**

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

**Limitação funcional do tornozelo 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 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, apresente abaixo as graduações que sejam  
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Tornozelo direito**

% 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

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  
a valoração do dano corporal.



Andre Lopes Soares - CRM: 6144 - PB