

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** 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

Carta nº 12951670



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

Carta nº 12951769



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** 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 nº: 13145184

A/C: ANDERSON APRIGIO SOUZA

Nº Sinistro: 3180267433
Vítima: 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:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	337,50

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.

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 médico pericial: VÍTIMA REFERE DOR NO TORNOZELO. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA DISCRETA REDUÇÃO DOS 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
Total			2,5 %	R\$ 337,50

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 APRIGIO SOUZA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ANDERSON APRIGIO SOUZA	CPF titular da conta 080.765.324-18	Profissão PEDEIREIRO
Endereço RUA JARDIM DOM ADALTO	Número 93	Complemento CASA
Bairro SÃO BENITO	Cidade JOSÉ PESSOA	CEP 58.305-000
Email galluniespe@hotmail.com	Estado PAUHAN	Telefone (DDD) 3538-0069

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

☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ 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
(Informar dígito se existir)

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

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome **BRADESCO** NRO.
AGÊNCIA NRO. **2108** D/V
CONTA NRO. **51771** D/V **2**
(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.

Anderson Aprigio Souza
Local e Data

Anderson Aprigio Souza
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CORRESPONDENTE DO BANCO BRADESCO S.A.
LUCIA OLIVEIRA SANTOS 31019443472
AV CRUZ DAS ANHAS 635
TEPM.NET-ISO 06-026-216 DATA 22-05-2018
DATA: 22/05/2018 HORA DE BRASILIA: 15:18

*** EXTRATO DE CONTA CORRENTE ***

ANDERSON APRIGIO SOUZA 15:1844
AGENCIA 2100 CIA 1051171-2 22/MAI-2018

DISPONIVEL	
= TOTAL DISPONIVEL	0.00
+ CONTA CORRENTE	0.00
TOTAL DE RECURSOS	0.00

AG. BRADESCO : 2100 - CRUZ DAS
ANHAS ILIJ
CORRESP. BANC.: 1078 - L2. CONTECQUES DE
ART. MILITAR
NSU: 029254632596 AUTENTICACAO: 547042

OUVIDORIA BRADESCO
0800 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 íntegra: 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 Ednalva de Franca 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 Adaauto, 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 DRª 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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 17 de maio de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


ANDERSON APRIGIO SOUZA
Noticiante



Procedimento Policial: 00966.01.2018.1.00.420

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 interdita 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

AUDERSON APARECIDO SOUZA

CPF da Vítima

090.765.324-18

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.

Abril de 2018
Local e Data



X Auderson Aparecido 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 AFRÍGIO 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.

Município de São Paulo de junho de 2018 -
Local e Data

Anderson Afrício 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

BRDESCO200720180500000000002370210800000005177133750 PAGO

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FABIO 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 PARAIBA,
onde resido na (Rua/Av./Est.) RUA EUCLIDES NUNES MACHADO - MUÇUMANGU
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 APREGIO SOUZA,
cujo o condutor era ANDERSON APREGIO SOUZA.

Veículo: PASIMOTO CLEM
Modelo: HONDA NXR 150 BROS ESD
Ano: 2013
Placa: 0GE-9478-PB
Chassi: 9C2KD0540ER 11317
Data do Acidente: 17/03/2017

Local e Data:

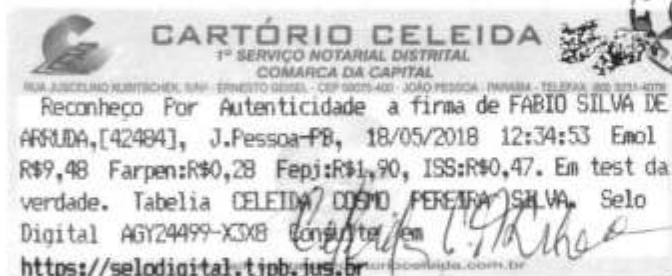
JOÃO PESSOA - PB, 18/05/2018



Fabio 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 Buritty, 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 tíbia 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, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 26 de Junho de 2017


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



Ficha Nº: 1493 Atd: Nao Regu.
Data: 17/03/2017
Hora: 20:11:35
Recepcionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA
Clinica: CIRURGICA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.03.002907

Natural: BAYEUX/PB Data Nasc.: 17/05/1988 Id: 28 ano : 7

End.: RUA (NAO INFORMADO), 0

Bairro: CENTRO Cidade: BAYEUX UF: PB

Mae: EDNALVA DE FRANCA APRIGIO

Pai: IRAQUE LONEZ DA COSTA SOUZA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

INFORMACOES DE ENTRADA

R D., AMIGO DIEGO

Tel. Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENT : SD

Precedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: CORPO DE BOMBEIROS

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

11 Caso Po. cial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: 111111 FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicem: IMC:

028:

Max Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO:

<input checked="" type="checkbox"/> []	Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> []	Grave
<input type="checkbox"/> []	Politraumatizado	<input type="checkbox"/> []	Convulsão
<input type="checkbox"/> []	Hemorragia	<input type="checkbox"/> []	Dispneia
<input type="checkbox"/> []	Diarreia	<input type="checkbox"/> []	Agitado
<input type="checkbox"/> []	Regular	<input type="checkbox"/> []	Chocado
<input type="checkbox"/> []	Vômito		
Observação			

Colisão moto/moto - trauma ~~MI~~ (MI)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacio

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Anderson Aprio Souza **Data da Admissão:** 11/06/18
Prontuário: _____ **Idade:** _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ **Estado:** _____ **Bairro:** _____
Sexo: F () M () **Cor:** _____ **Fone:** _____ **Profissão:** _____
Escolaridade: _____ **Estado Civil:** _____ **Religião:** _____
QPD: _____ **Data de Nascimento:** ____/____/____

HDA: *Interno de Saúde*
Microcefalia



Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia ☐ Audição: _____ ☐ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ ☐ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposou ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

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



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Anderson Apriago Louze</u>		PRONTUÁRIO Nº: <u>1017032907</u>	
IDADE: _____	SEXO: _____	CLÍNICA: _____	BNF: <u>03</u>
DATA DE ADMISSÃO: <u>17/03/17</u>		DATA DE ALTA: <u>30/03/17</u>	
DIAGNÓSTICO INICIAL: _____		TEMPO DE PERMANÊNCIA: <u>114</u>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>Polu. Drap. Pulm.</u>		<div>DEPARTAMENTO DE SINISTROS CID DIAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 12 JUN 2018 Gente Seguradora S/A. Av. Dom Pedro I, 176 - Jd. João Pessoa</div>	
OUTROS DIAGNÓSTICOS: _____			
PRINCIPAIS EXAMES: _____			
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Op. de 11 Trovante Cerebral</u>			
TERAPIA MEDICAMENTOSA: <u>4 dias</u>			
ANATOMIA PATOLÓGICA: _____			
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLÓGICA: _____			
COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
CONDIÇÕES DE ALTA: <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO			

RESUMO CLÍNICO

SÍNTESE EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA COMPLICAÇÕES

Polu. Drap. Pulm.
3 dias

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 "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA:

RETORNO

Ao posto de saúde em _____

Ao Ambulatório do _____

para retirada de pontos.

em 30 dias para revisão.

20/03/17

DATA

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar

Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO

TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

Dr. Osvaldo José Vieira Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CRM 4308





MINISTÉRIO DA DEFESA
CERTIFICADO DE DISPENSA
DE INCORPORAÇÃO
C.S.M.
23*

RA 230182250632

ANDERSON APRIGIO SOUZA

EM CASO DE CONVOCAÇÃO DEVE APRESENTAR-SE IMEDIATAMENTE
Emissão Bayeux, PB 02/ago/2006

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Pedro I, 776 SL 100-João Pessoa/PB

FILIAÇÃO

PAI **IRACQUE JONES DA COSTA SOUZA**

MÃE **EDNALVA DE FRANCA APRIGIO**

DATA NASC. **17/05/88** NATURALIDADE **BAYEUX-PB**

Dispensado do Serviço Militar inicial em **31 de julho de 2008**
por **ter sido incluído no excesso do contingente**

Ortista ou Dir. 
FRANCISCO ALVES DOS SANTOS, 1. TEN
Delegado de Serviço Militar da 1ª Dal Su. M. 23* CSM



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número

080.765.324-18

Name _____

ANDERSON APRIGIO SOUZA

Nascimento

17/05/1988

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUN 2018

Gente Seguradora S/A,
Av. Dom Pedro I, 775 Sl. 106-João Pessoa/PB



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TANARES BUIH

EC-3

POLEGA DIREITA

POLEGA ESQUERDA

[Assinatura]
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.742.986 DATA DE EMISSÃO 12/05/2017

NOME
 << ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS >>

FILIAÇÃO
 << SEBASTIÃO RADIR DANTAS >>
 << INACIA FERNANDES DANTAS >>

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
 CAMPINA GRANDE - PB 07/04/1973

DOC. ORIGEM << CC 26745 L47B F68 CART SEDE
 CAMPINA GRANDE PB 20 10 2004 >>

CPF
 884.647.684-00

ASSINATURA DO DIRETOR PROVISÓRIO DE SEGURANÇA

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

317052661805134701.7453785 F-76 88.077 - 3422

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 12 JUN 2018
 Genta Seguradora S/A.
 Av. Dom Pedro I, 776 St. 105-João Pessoa/PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013221437268
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA COD. POST. 201706DCE16704-0 EXERCÍCIO
1 0056906339-1 00/00000000 2017

NOME
FABIO SILVA DE ARRUDA

CPF / CNPJ
038.144.434-11

PLACA
OGE9478/PB

PLACA ANT. PLAC. CHASSI
NOVO PB 9C2KD0540ER011317

ESPECÍFICO COMBUSTÍVEL
BAS/MOTOCICLE/NAO ABILC ALCO/SASOL

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/NXR150 BROS ESD 2013 2014

CAP. POT. / CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 2119 / CI PARTIC PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS
00/00/0000 1ª 2ª 3ª

FAIXA LEVA PARCELAMENTO / COTAS
0 2ª 3ª

PREMIO TARIFARIO (R\$) ID (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 17/08/2017

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

JOAO PESSOA-PB DATA
37842 17/08/2017 16730



Seguradora Líder
Agrupamento Vertical de Seguros
Cidade São José do Bonfim - PB

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013221437268 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
0381 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA 0039438/PB
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 17/08/2017

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 03814443411 OGE9478/PB

RELEVAM MARCA / MODELO
00569063391 HONDA/NXR150 BROS ESD

ANO FAB. CAT. TARIF. Nº CHASSI
2013 9 9C2KD0540ER011317

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) OFNAT (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) SEGURO P A G O

S PAGAMENTO DATA
COTA UNICA PARCELAMENTO 17/08/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.805/0001-04

16730-1529043-2017081711 CADL



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2018
Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Pedro I, 776 Sl. 106-João Pessoa/PB

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 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

Valoração 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 médico pericial: VÍTIMA REFERE DOR NO TORNOZELO. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA DISCRETA REDUÇÃO DOS 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
Total			2,5 %	R\$ 337,50

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:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VITIMA:

Nome: ANDERSON APRIGIO SOUZA
Nacionalidade: brasileiro Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: PEDEIREIRO
Identidade: 3.469.324 CPF: 080.765.324-18
Endereço: RUA JARDIM DOM ADAUTO, 23 - SAS
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.

Jornalista - 16/05/2018

Local e data

X Anderson Aprijo Souza



Assinatura do Beneficiário/Vítima

(Reconhecer firma por autenticidade)



**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