

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180490986 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO **Data do acidente:** 22/05/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PÉ ESQUERDO (CALCANEIO)

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, EDEMA RESIDUAL NO RETRO-PÉ ESQUERDO, RIGIDEZ ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: HOUE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA DO CALCÂNEO ESQUERDO COM DEFORMIDADE EM VALGO DO RETRO-PÉ, EDEMA RESIDUAL IMPORTANTE, RIGIDEZ ARTICULAR DA ARTICULAÇÃO SUB-TALAR, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO PÉ ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 15/03/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180490986 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO **Data do acidente:** 22/05/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA EM PÉ ESQUERDO. FRATURA DO CALCÂNEO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380435/18

Número do Sinistro: 3180490986

Vítima: JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS F.

CPF: 031.695.694-57

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/05/2016

Titular do CPF: JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

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: 25/02/2019

Nome: JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO

CPF: 031.695.694-57

JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/02/2019

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380435/18

Número do Sinistro: 3180490986

Vítima: JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS F.

CPF: 031.695.694-57

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/05/2016

Titular do CPF: JOSE ARLINDO RICARDO
DOS SANTOS FILHO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração do Proprietário do Veículo

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: 21/02/2019

Nome: JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO

CPF: 031.695.694-57

JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2019

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380435/18

Número do Sinistro: 3180490986

Vítima: JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS F.

CPF: 031.695.694-57

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/05/2016

Titular do CPF: JOSE ARLINDO RICARDO
DOS SANTOS FILHO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 31/10/2018

Nome: JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO

CPF: 031.695.694-57

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/10/2018

Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA

CPF: 708.601.964-02

JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO

MARCELA DO CARMO DE LIMA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380435/18

Vítima: JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS F.

CPF: 031.695.694-57

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/05/2016

Titular do CPF: JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO : 031.695.694-57

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 18/10/2018
Nome: JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO
CPF: 031.695.694-57

JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2018
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380435/18

Número do Sinistro: 3180490986

Vítima: JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS F.

CPF: 031.695.694-57

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/05/2016

Titular do CPF: JOSE ARLINDO RICARDO
DOS SANTOS FILHO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

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: 11/12/2018

Nome: JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO

CPF: 031.695.694-57

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2018

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CPF: 105.999.304-03

JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380435/18

Número do Sinistro: 3180490986

Vítima: JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS F.

CPF: 031.695.694-57

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/05/2016

Titular do CPF: JOSE ARLINDO RICARDO
DOS SANTOS FILHO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração do Proprietário do Veículo

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: 11/02/2019

Nome: JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO

CPF: 031.695.694-57

JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/02/2019

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03348

CONTA: 000000003839-6

Nr. da Autenticação B508E3F1EA8BF2AD

Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO

Nº Sinistro: 3180490986

Vitima: JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO

Data do Acidente: 22/05/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180490986**.

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 13503420



Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO
Nº Sinistro: 3180490986
Vitima: JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO
Data do Acidente: 22/05/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180490986**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo
faltando página

A documentação deve ser entregue na **COMPREV 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



Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO
Nº Sinistro: 3180490986
Vitima: JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO
Data do Acidente: 22/05/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180490986**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo
faltando página

A documentação deve ser entregue na **COMPREV 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



Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180490986

JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO

Data do Acidente: 22/05/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO

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

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 12 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180490986

Vítima: JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO

Data do Acidente: 22/05/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO

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

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180490986

Vítima: JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO

Data do Acidente: 22/05/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO

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

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180490986

Vítima: JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO

Data do Acidente: 22/05/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO

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

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, 12 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180490986 Vítima: JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO

Data do Acidente: 22/05/2016 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180490986

Vítima: JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO

Data do Acidente: 22/05/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003348

Conta: 000003839-6

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



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

Nome completo da vítima

031.695.694-57

José Arlindo Ricardo dos S. Filho

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
José Arlindo Ricardo dos S. Filho	031.695.694-57	Tapeceira
Endereço	Número	Complemento
Rua 1E Jose Mesquita	109	
Bairro	Estado	CEP
Barcos Moura	PB	58919-000
Cidade		Telefone (DDD)
Santa Rita		(83) 99105-5363
Email		

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 ☐ ATE R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATE R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATE R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATE 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.

3348

D/V

CONTA

NRO.

3839

D/V

6

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

NRO.

(Informar dígito se existir)

2018

D/V

(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.

João Pessoa 20 de agosto de 2018

Local e Data

José Arlindo Ricardo dos S. Filho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

IU44
CAIXA-SIUNI

Sistema de Informacoes Unificadas
Consulta Conta

20/02/2017
12:15:39

N.CAIXA: 10.668.521 JOSE ARLINDO R S FILHO PAG: 01 / 01
CPF : 031.695.694-57 Pessoa : Fisica
Dt.Nasc: 28/07/1975 Caixa :

Conta : 3348-013-00003839/6 - POUPANCA DA CAIXA
Abert : 17/02/2017

Selecione __Elementos Associados__

Extrato/Saldo/Aplicacao
Titulares
Marcas
Contra Ordem
Saldos Medios

Ultima Posicao: 17/02/2017

Final de Amostragem.

F01=AJUDA F03=RETORNA F04=MENU F07=VOLTA F08=AVANCA F12=FINALIZA



>> NAO HA LANCAMENTOS PARA O PERIODO | EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 001

AG: 3348 TIBIRI OPER: 013 CONTA: 3.839-6
PERIODO: 17022017 ATE: 03032017 CPF: 031.695.694-57
NOME: JOSE ARLINDO RICARDO DOS VLR.BLQ.JUD. :

DATA MOV	NR.DOC HISTORICO	TAXA	VALOR	SALDO
----------	------------------	------	-------	-------

F1 AJUDA	F4 SALDO*POR DATA LIMITE	F7 VOLTAR PAG.	F12 FINALIZAR
F3 RETORNAR	F6 EXTRATO ANTERIOR	F8 AVANCAR PAG.	



**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: 3180490986
Nome do(a) Examinado(a): Jose Arlindo Ricardo dos Santos Filho
Endereço do(a) Examinado(a): R Pe Jose Mesquita, 109
Marcos Moura Santa Rita PB CEP: 58919-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 1977501
Data local do acidente: [22/05/2016]
Data local do exame: [15/03/2019] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica


- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DO PÉ ESQUERDO (CALCANEIO)
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA.
Complicações: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA DO CALCÂNEO ESQUERDO.
Data da Alta: 27/10/2016
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, EDEMA RESIDUAL NO RETRO-PÉ ESQUERDO, RIGIDEZ ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO PÉ ESQUERDO.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (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 CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, RIGIDEZ ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO PÉ ESQUERDO.
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" | () "Sem seqüela permanente" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | <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):
PÉ - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual (X) 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 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 04499.01.2016.1.00.400

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04499.01.2016.1.00.400, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 07 dias do mês de Outubro de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Central de Polícia Civil de João Pessoa, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX**, Escrivão De Polícia, às 10:18 horas, compareceu **JOSÉ ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão Tapeceiro, naturalidade João Pessoa/Paraíba, data de nascimento 28 de Julho de 1975, idade 41, filiação Maria Isabel Lima dos Santos e José Arlindo Ricardo dos Santos, Documento - RG: 1977501 SSP/PB, residente Rua Manoel Paulino, 85 [NÃO INFORMANDO], Mutirão, na cidade de Bayeux/PB, telefone (83) 98842-2923.

Dados dos Fatos:

- (1) - Local: [NÃO INFORMADO], numero: [NÃO INFORMADO], complemento: [NÃO INFORMADO], BANCÁRIOS, João Pessoa - PB; Tipo do Local: VIA/LOCAL DE ACESSO PÚBLICO (RUA, PRAÇA, ETC); Data/Hora: 22/05/16 19:00

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 22/05/16, por volta das 19:00h, quando se encontrava como carona na motocicleta de marca HONDA/NXR 160 BROS ESD, cor preta, ano 2015, de placa QFI-2945/PB, chassi nº 9C2KD0800FR032810, registrada em nome de João Marques da Cruz Neto, conduzida por João Neto Filho, na ocasião que este trafegava pela localidade conhecida por três ruas, no conjunto dos Bancários, nesta cidade de João Pessoa/PB, após perder o controle de direção caiu ao solo, e que em decorrência desse fato o notificante veio a sofrer fratura do calcâneo esquerdo, sendo conduzido ao Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde se submeteu a procedimentos médicos.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX
Escrivão De Polícia

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão da Polícia Civil
Matr. 135.812-2

João Pessoa (PB) 07 de Outubro de 2016
José Arlindo Ricardo dos Santos
JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS
Noticiante





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 04499.01.2016.1.00.400

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04499.01.2016.1.00.400, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:07 horas do dia 07 de outubro de 2016, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Francisco Deusdedit Leitão Filho, matrícula 1527711, e lavrado por Carlos Antônio Duarte Félix, Escrivão de Polícia, matrícula 1356828, ao final assinado, compareceu **JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO**, RG nº 1977501 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Tapeceiro, filho(a) de Maria Isabel Lima dos Santos e José Arlindo Ricardo dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 28/07/1975 (43 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Manoel Paulino, Nº 85, bairro Mutirão, tendo como ponto de referência Próximo ao ginásio de esportes, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98842-2923.

Dados do(s) Fatos:

Local: Três ruas, João Pessoa/PB, bairro Bancários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 22/05/16 19:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 22/05/16, por volta das 19:00h, quando se encontrava como carona na motocicleta de marca HONDA/NXR 160 BROS ESD, cor preta, ano 2015, de placa QFI-2945/PB, chassi nº 9C2KD0800FR032810, registrada em nome de João Marques da Cruz Neto, conduzida por João Neto Filho, na ocasião que este trafegava pela localidade conhecida por três ruas, no conjunto dos Bancários, nesta cidade de João Pessoa/PB, após perder o controle de direção caiu ao solo, e que em decorrência desse fato o notificante veio a sofrer fratura do calcâneo esquerdo, sendo conduzido ao Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde se submeteu a procedimentos médicos.

ADENDO(S):

Que na data 07/02/2019, à(s) 10:57 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: veio retificar a presente certidão: onde se lê conduzida por João Neto Filho, leia-se conduzida por João Marques da Cruz Neto. Adendo registrado por: Liélia Mornis da Silva, Escrivão de Polícia, matrícula: 1557149.

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.



Procedimento Policial: 04499.01.2016.1.00.400

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 07 de fevereiro de 2019.


LIELVA MORAIS DA SILVA
Escrivão de Polícia


JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO
Noticiante



Procedimento Policial: 04499.01.2016.1.00.400



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 04499.01.2016.1.00.400

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04499.01.2016.1.00.400, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:07 horas do dia 07 de outubro de 2016, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Francisco Deusdedit Leitão Filho, matrícula 1527711, e lavrado por Carlos Antônio Duarte Félix, Escrivão de Polícia, matrícula 1356828, ao final assinado, compareceu **JOSÉ ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO**, RG nº 1977501 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Tapeceiro, filho(a) de Maria Isabel Lima dos Santos e José Arlindo ricardo dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 28/07/1975 (43 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Manoel Paulino, Nº 85, bairro Mutirão, tendo como ponto de referência Próximo ao ginásio de esportes, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98842-2923.

Dados do(s) Fatos:

Local: Três ruas, João Pessoa/PB, bairro Bancários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 22/05/16 19:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 22/05/16, por volta das 19:00h, quando se encontrava como carona na motocicleta de marca HONDA/NXR 160 BROS ESD, cor preta, ano 2015, de placa QF1-2945/PB, chassi nº 9C2KD0800FR032810, registrada em nome de João Marques da Cruz Neto, conduzida por João Neto Filho, na ocasião que este trafegava pela localidade conhecida por três ruas, no conjunto dos Bancários, nesta cidade de João Pessoa/PB, após perder o controle de direção caiu ao solo, e que em decorrência desse fato o notificante veio a sofrer fratura do calcâneo esquerdo, sendo conduzido ao Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde se submeteu a procedimentos médicos.

ADENDO(S):

Que na data 07/02/2019, à(s) 10:57 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: veio retificar a presente certidão: onde se lê conduzida por João Neto Filho, leia-se conduzida por João Marques da Cruz Neto. Adendo registrado por: Liélia Moraes da Silva, Escrivão de Polícia, matrícula: 1557149.

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.



Procedimento Policial: 04499.01.2016.1.00.400



João Pessoa/PB, 07 de fevereiro de 2019.



LIÉLIA MORAIS DA SILVA
Escrivão de Polícia



JOSÉ ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO
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 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

João Antônio Ricardo dos S. Filho

CPF da Vítima

031.695.694-57

Data do Acidente

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 a 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 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.

João Pessoa 20 de agosto de 2018

Local e Data

João Antônio Ricardo dos S. Filho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RECEBUEMOS
COMPREV
PROVIDENCIA S/A
AG. 06.08.2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 854429 Atd: Nao Regulada
Data: 22/05/2016
Hora: 19:20:11
Recepcionista: DANIELE CAVALCANTE RIB
Clinica: ~~CIRURGICA~~ *Internamento*

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO Num. de vezes atendido: 3
CNS: 898002359241143 Sexo: M IDENTIDADE: 1977501 Fone: 88422923 Num. Prontuario: 2010.03.000761
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 28/07/1975 Id: 40 ano(s)
End.: R. MANOEL PAULINO DE OLIVEIRA, 85
Bairro: MARIO ANDREAZA Cidade: BAYEUX UF: PB
Pai: JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS
Mae: MARIA ISABEL LIMA DOS SANTOS
Ocupação: ESTOFADOR EM GERAL
INFORMACOES DE ENTRADA
Re.: ESPOSO
Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: BAIRRO BACARIOS

TC: CALÇAKECE
DATA: 26/05/2016
HORAS: 11:53

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: QUEDA DE MOTO PROX AS 3 RUAS

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA:
FC:
Peso:
Glicemia:
C. Abd:

FR: **COMPREV**
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
Altura: 20 A60, 2018
IMC:
02%: PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispineia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao

Lesão Principal

Fratura distal, trauma no tornozelo, após queda de moto.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

queda de moto há 2 horas. Paciente vítima de queda de moto há 2 horas. Nega perda de consciência. Ao exame, refere dor intensa em p.e.

Diagnostico

| Conduta

Ata de cir. Genl
Rx
Análise de antepedra

Prescrição

| Horario da medicacao

[Assinatura]
6696

→ fratura bilateral

ED: TC uterina

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
20 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, João Marques da Cruz Neto,
RG nº 3.571.212 data de expedição 1/1/,
Órgão _____, portador do CPF nº 090.280.12443 com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA. Nordeste em Mandacaru, nº 418,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Josefnildo Ricardo S.F. cujo o condutor era

João Marques da Cruz Neto
Veículo: Moto
Modelo: Bros 160
Ano: 2015
Placa: QFI 2945
Chassi: 9CAK D0800FR032810
Data do Acidente: 22/05/2016
Local e Data: Banqueiros 22/05/2016



João Marques da Cruz Neto
Assinatura do Declarante

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



50470
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Bela Maria Angélica Souto Cardozo
Tabelião

8º OFÍCIO DE NOTAS
1ª TABELIÃO DE PROTESTOS
PRAÇA 1517 Nº 60 - CENTRO
CER. 1612110 - JOÃO PESSOA - PB
FONE: 333 3241-3440 FAX: 333 3241-3230

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firms(s) de:.....
JOÃO MARQUES DA CRUZ NETO.....
Em test. da verdade. João Pessoa-PB 20/11/2018 12:19:18
Tiago Dionísio da Silva - Auxiliar
[2018-028055]JENUL:R\$ 19,48 FAREM:R\$ 0,28 FEP:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AHR87360-3207

Confira a autenticidade em <https://selodigital.jenul.com.br>

50470
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL




Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, João Marques da Cruz Neto,
RG nº 3.571.212 data de expedição 16/08/2007
Órgão SSDS - PB portador do CPF nº 090.280.12443 com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA. Nordeste em Alandacoruá, nº 418,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vitima tiago dionísio da silva, cujo o condutor era

João Marques da Cruz Neto

Veículo: Moto
Modelo: Bikes 160
Ano: 2015
Placa: QFI 9945
Chassi: 9C2K 00800FR032810
Data do Acidente: 22/05/2016
Local e Data: Bomopães 22/09/2016

 João Marques da Cruz Neto
Assinatura do Declarante

João Marques da Cruz Neto

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



SORITO
SISTEMA DE REGISTRO E RESPOSTA
Por Meio de uma Plataforma de
Dados

SORITO
SISTEMA DE REGISTRO E RESPOSTA
Por Meio de uma Plataforma de
Dados

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firaas(s) de:.....
JOÃO MARQUES DA CRUZ NETO.....
Em test.de verdade, João Pessoa-PB 20/11/2018 12:19:18
Tiago Dionísio da Silva - Auxiliar
[2018-028055]EMUL:R\$ 19,43 FASEN:R\$ 0,28 FEP:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AFR07360-3203
Confira a autenticidade em <https://seledig.sorito.com.br>


SORITO
SISTEMA DE REGISTRO E RESPOSTA



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu João Marques da Cruz Neto
RG nº 3.571.212 data de expedição 16/08/2007
Órgão SSDS-M portador do CPF nº 090.280.12443 com
domicílio na cidade de João Pessoa no Estado de
Pernambuco onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua. Nordeste em Mandacaru nº 418
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima João Dinaldo Ricardo SF cujo o condutor era
João Marques da Cruz Neto

Veículo: Moto
Modelo: Bros 160
Ano: 2015
Placa: QFI 9945
Chassi: 9C2K D0800FR033810
Data do Acidente: 22/05/2016
Local e Data: Bom Jardim 22/09/2016

 João Marques da Cruz Neto
Assinatura do Declarante

João Marques da Cruz Neto

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



SSO 70
Sistema de Segurança e Registro
Rua: Maria Augusta Torres e Silva
João Pessoa

FORNecedor de ATOS
DE TRANSPORTES DE PASSAGEIROS
CNPJ: 07.000.000/0001-01
RUA: 2000 - FAV. 100 - JOÃO PESSOA, PB
CEP: 50.000-000

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....
JOÃO MARQUES DA CRUZ NETO.....
Em test.da verdade. João Pessoa-PB 20/11/2018 12:19:18
Tiago Dionísio da Silva - Auxiliar
[2018-028055]EMUL:R\$ 85,48 FARPEN:R\$ 0,28 FEE:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AHR087360-3203
Confira a autenticidade em <https://selo.sso70.com.br>

 Tiago Dionísio da Silva
SSO 70
Sistema de Segurança e Registro





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 04499.01.2016.1.00.400

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04499.01.2016.1.00.400, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:07 horas do dia 07 de outubro de 2016, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Francisco Deusdedit Leitão Filho, matrícula 1527711, e lavrado por Carlos Antônio Duarte Félix, Escrivão de Polícia, matrícula 1356828, ao final assinado, compareceu **JOSÉ ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO**, RG nº 1977501 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Tapeceiro, filho(a) de Maria Isabel Lima dos Santos e José Arlindo ricardo dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 28/07/1975 (43 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Manoel Paulino, Nº 85, bairro Mutirão, tendo como ponto de referência Próximo ao ginásio de esportes, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98842-2923.

Dados do(s) Fatos:

Local: Três ruas, João Pessoa/PB, bairro Bancários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 22/05/16 19:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 22/05/16, por volta das 19:00h, quando se encontrava como carona na motocicleta de marca HONDA/NXR 160 BROS ESD, cor preta, ano 2015, de placa QF1-2945/PB, chassi nº 9C2KD0800FR032810, registrada em nome de João Marques da Cruz Neto, conduzida por João Neto Filho, na ocasião que este trafegava pela localidade conhecida por três ruas, no conjunto dos Bancários, nesta cidade de João Pessoa/PB, após perder o controle de direção caiu ao solo, e que em decorrência desse fato o notificante veio a sofrer fratura do calcâneo esquerdo, sendo conduzido ao Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde se submeteu a procedimentos médicos.

ADENDO(S):

Que na data 07/02/2019, à(s) 10:57 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: veio retificar a presente certidão: onde se lê conduzida por João Neto Filho, leia-se conduzida por João Marques da Cruz Neto. Adendo registrado por: Liélia Moraes da Silva, Escrivão de Polícia, matrícula: 1557149.

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.



Procedimento Policial: 04499.01.2016.1.00.400



João Pessoa/PB, 07 de fevereiro de 2019.

LIÉLIA MORAIS DA SILVA
Escrivão de Polícia

JOSÉ ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO
Noticiante





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA RITA
SECRETARIA DE SAÚDE

NOME João Alindo Ricardo dos Santos

Atesto para devidos fins que o
paciente supracitado, refere dores intensas
em dorso do pé esquerdo associado a
edema local e claudicações intermitentes,
há + 02 anos.

[Signature]
Dr. Kato Henrique V. Costa
CRM-PP
10886

[Signature]
Dr. Kato Henrique V. Costa
CRM-PP
10886
04/09/18

MÉDICO-CRM

Voltando à consulta trazer esta receita



CERTIDÃO


Nº. 0547/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº854429 e Prontuário nº 2010.03.000761, pertencentes a **JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO** que foi atendido dia 22/05/2016 às 19H20min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de calcâneo esquerdo. Realizado tratamento conservador.

E para constar eu, Rossana de Fatima de Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 05 de abril de 2018



Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533

Dr.ª Rossana de F. A. Barbosa
Clínica Geral e Saúde da Família
Gestora - Saúde Integrada
CRM-PB 3533



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 854429 Atd: Nao Regulada
Data: 22/05/2016
Hora: 19:20:11
Recepcionista: DANIELE CAVALCANTE RIB
Clinica: ~~CIRURGICA~~ *Internamento*

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO Num. de vezes atendido: 3
CNS: 898002359241143 Sexo: M IDENTIDADE: 1977501 Fone: 88422923 Num. Prontuario: 2010.03.000761
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 28/07/1975 Id: 40 ano(s)
End.: R. MANOEL PAULINO DE OLIVEIRA, 85
Bairro: MARIO ANDREAZA Cidade: BAYEUX UF: PB
Pai: JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS
Mae: MARIA ISABEL LIMA DOS SANTOS
Ocupação: ESTOFADOR EM GERAL
INFORMACOES DE ENTRADA
Re.: ESPOSO
Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: BAIRRO BACARIOS

TC: CALCULADA
DATA: 26/05/2016
HORAS: 11:53

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: QUEDA DE MOTO PROX AS 3 RUAS

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA:
FC:
Peso:
Glicemia:
C. Abd:

FR: **COMPREV**
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
Altura: 20 A60, 2018
IMC:
02%: PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao

Lesão Principal

Fratura distal, trauma no tornozelo, após queda de moto.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

queda de moto há 2 horas. Paciente vítima de queda de moto há 2 horas. Nega perda de consciência. Ao exame, refere dor intensa em p.e.

Diagnostico

| Conduta

Ata de cir. Genl
Rx

Analise de anteposicao

Prescricao

| Horario da medicacao

[Assinatura]
6696

fratura do tornozelo

ED: TC retorno

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
------	--------------	------	---------	----------

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao



PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> Residencia	<input type="checkbox"/> Transferido	<input type="checkbox"/> Desistencia	<input type="checkbox"/> UTI
<input type="checkbox"/> Alta a pedido	<input type="checkbox"/> Enfermaria	Obito: <input type="checkbox"/> Atestado	<input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

CERTIDÃO

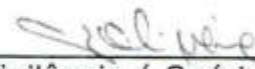
Nº. 1372/2016

Atendendo solicitação de **EVANDRO GONÇALVES DO NASCIMENTO** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação prontuário nº 2010.03.000761 e de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 854429 pertencentes a **JOSÉ ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO** que foi atendido no dia 22/05/2016 às 19H20min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em pé esquerdo.

Foi submetido a exame de imagem que evidenciou fratura do calcâneo esquerdo. Foi avaliado e indicado internação. Alta médica dia 21/07/2016.

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

João Pessoa, 12 de setembro de 2016


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
55056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 854429 Atdu Nao Regular
Data: 22/05/2016
Hora: 19:20:11
Recepcionista: DANIELE CAVALCANTE RIBE
Clinica: CIRURGICA - *farmaceutica*

DADOS DO PACIENTE.

Nome: JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO Num. de vezes atendido: 3
CNS: 898002359241143 Sexo: M IDENTIDADE: 1977501 Fone: 88422923
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 28/07/1975 Id: 40 ano(s)
End.: R. MANOEL PAULINO DE OLIVEIRA, 85
Bairro: MARIO ANDREAZA Cidade: BAYEUX UF: PB
Pai: JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS
Mae: MARIA ISABEL LIMA DOS SANTOS

Ocupação: ESTOFADOR EM GERAL

INFORMACOES DE ENTRADA

Sexo: ESPOSO

Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: BAIRRO BACARIOS

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: QUEDA DE MOTO PROX AS 3 RUAS

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
C. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispineia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao

Sinal Principal

Fratura do braço, trauma no tornozelo, após queda de moto.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de queda de moto há 2 horas. Refere dor intensa em joelho e tornozelo. Ao exame, refere dor intensa em joelho.

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

Ata da Cir. Geral
R. ...
COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
20 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Fratura do braço

AS: TE ...



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA RITA
SECRETARIA DE SAÚDE

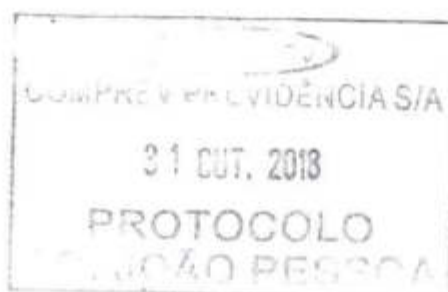
NOME José Arlindo Ricardo dos Santos

Atesto para devidos fins que o
paciente supracitado, refere dores intensas
em dorso do pé esquerdo associado a
edema local e claudicações intermitentes,
há + 02 anos.

[Signature]
Dr. Kelo Henrique V. Costa
CRM-PP
10086

[Signature]
Dr. Kelo Henrique V. Costa
CRM-PP
10086
04/09/18

MÉDICO-CRM
Voltando à consulta trazer esta receita



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-001

José Arlindo Ricardo dos Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.977.501 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 25/02/2008

NOME JOSÉ ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO

FILIAÇÃO JOSÉ ARLINDO RICARDO DOS SANTOS
MARIA ISABEL LIMA DOS SANTOS

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

JOÃO PESSOA - PB 28/07/1975

DOC. ORDEM NASC.N. 1801 FLS. 01 LIV. 07

CPT CARTÓRIO JOÃO PESSOA/PB



Assinatura do Diretor
ASSINATURA DO DIRETOR

CELENEZ 178 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO

Nº de Inscrição
031695694-57

Data de Nascimento
28/07/75



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
20 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA CIVIL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-031




Jose Arlindo Ricardo dos Santos Filho

CARTÃO DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria de Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO

Data de Nascimento
28/07/75

Data de Inscrição
031695694-87



1.977.501 - 2 VIA EMPOCAO 25/02/2009
JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO

JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS
MARÇA ISABEL LIMA DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO
28/07/1975

JOAO PESSOA - PB
NASC.N.1601 FLS.01 LIV.07
CARTORIO JOÃO PESSOA/PB

APCIN ALCO

SE
P
O

Assistência

JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 18/06/97

Este documento é o comprovante de inscrição no cadastro de pessoas físicas - CPF, expedido e outorgado por autoridades, cujos atos estão previstos no Regulamento do Imposto de Renda.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
20 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Conforme cadendo no boletim de ocorrência, a proprietária e condutor da moto e bicicleta se tratam da mesma pessoa.
O sr. João Marques da Cruz Neto.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180490986 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO **Data do acidente:** 22/05/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PÉ ESQUERDO (CALCÂNEO)

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, EDEMA RESIDUAL NO RETRO-PÉ ESQUERDO, RIGIDEZ ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: HOUE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA DO CALCÂNEO ESQUERDO COM DEFORMIDADE EM VALGO DO RETRO-PÉ, EDEMA RESIDUAL IMPORTANTE, RIGIDEZ ARTICULAR DA ARTICULAÇÃO SUB-TALAR, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO PÉ ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 15/03/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180490986 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO **Data do acidente:** 22/05/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM PÉ ESQUERDO. FRATURA DO CALCÂNEO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380435/18

Número do Sinistro: 3180490986

Vítima: JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS F.

CPF: 031.695.694-57

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/05/2016

Titular do CPF: JOSE ARLINDO RICARDO
DOS SANTOS FILHO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

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: 26/02/2019

Nome: JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO

CPF: 031.695.694-57

JOSE ARLINDO RICARDO DOS SANTOS FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/02/2019

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA