
Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190303729

Vítima: ELIAS LEANDRO DA SILVA

Data do Acidente: 06/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELIAS LEANDRO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190303729

Vítima: ELIAS LEANDRO DA SILVA

Data do Acidente: 06/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ELIAS LEANDRO DA SILVA

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



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: 21/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIAS LEANDRO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00617

CONTA: 000000033149-6

Nr. da Autenticação F3369863952B7CCA

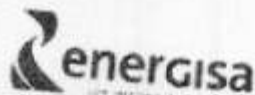
DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Recebo para simples pagamento da conta de consumo de energia elétrica.

Nº 022.990.195



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 25 - Crla. Residencial - João Pessoa / PB - CEP 50071-000
CNPJ 06.888.183 / 0001-00 - Ins. Est. 16.816.823-6

DADOS DO CLIENTE

ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO
AV JOAO MACHADO 555 SL 127
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1313928-2

REFERÊNCIA

ABR/2019

APRESENTAÇÃO

08/04/2019

CONSUMO

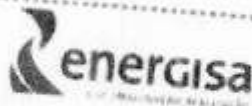
186

VENCIMENTO

15/04/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 163,56



Leve aqui

ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO
Roteiro: 04-001-039-2768

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 15/04/2019

Acesse: www.energisa.com.br

VENCIMENTO

15/04/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 163,56

MATRICULA

1313928-2019-04-2

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
03 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

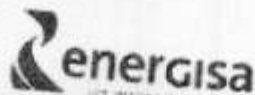
DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Recebo para simples pagamento da conta de consumo de energia elétrica.

Nº 022.990.195



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 25 - Crla. Residencial - João Pessoa / PB - CEP 55071-000
CNPJ 06.888.183 / 0001-00 - Ins. Est. 16.816.823-6

DADOS DO CLIENTE

ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO
AV JOAO MACHADO 555 SL 127
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1313928-2

REFERÊNCIA

ABR/2019

APRESENTAÇÃO

08/04/2019

CONSUMO

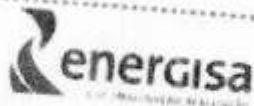
186

VENCIMENTO

15/04/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 163,56



Leve aqui

ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO
Roteiro: 04-001-039-2768

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 15/04/2019

Acesse: www.energisa.com.br

VENCIMENTO

15/04/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 163,56

MATRICULA

1313928-2019-04-2

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
03 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Guilherme Flávia de A. Nobrega inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.597.984 / 69,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Elias Leandro da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 997.231.315 / 87, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidoz da Vítima
Elias Leandro da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 997.231.315 / 87, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
03 MAIO 2019
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

Endereço <u>Avenida João Machado</u>		Número <u>553</u>	Complemento <u>Sala 127</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58000-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83) 99921-9283</u>

João Pessoa 03 de Maio de 2019
Local e Data

Guilherme Flávia de A. Nobrega
Assinatura do Declarante

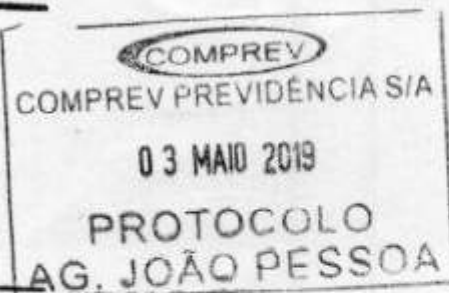
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Luciana Ribeiro Batista
RG nº 2703952, data de expedição 22/07/2014 Órgão SS P PB
portador do CPF nº 01135834431, com Domicílio na
cidade de João Pessoa, no Estado de Paraíba, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Doutor Rubens Falcão
nº 03, 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 Elias Leandro da Silva
cujo o condutor era _____

Veículo: MOTO HONDA / CG
Ano: 2018
Modelo: 360 FDN
Placa: QSE 5260/PB
Chassi: 9CZKEZ200K2007818
Data do acidente: 06/11/2018

Local e data: João Pessoa, 12/11/2018

Luciana Ribeiro Batista
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



X _____
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Luciana Ribeiro Batista

RG nº 2703952, data de expedição 22/10/2014 Órgão SS P PB,
portador do CPF nº 01135834431, com Domicílio na
cidade de João Pessoa, no Estado de Paraíba, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Denton Ribeiro Farias
nº 03, 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 Elias Leandro da Silva
cujo o condutor era Elias Leandro da Silva

Veículo: MOTO HONDA / CG
Ano: 2018
Modelo: 360 FDN
Placa: QSE 5260/PB
Chassi: 9E2KE2Z00K2004818
Data do acidente: 06/11/2018

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 MAIO 2019
PROTOCOLO
PESSOA

Local e data: João Pessoa, 12/11/2018

Luciana Ribeiro Batista
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

X
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do
sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status

CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS

1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

E TABELADO DE NOTAS - Cartório CAJ 5179-8

Assinatura do Declarante Proprietário

LUCIANA RIBEIRO BATISTA

Assinatura do Condutor

Assinatura do Testemunha

Assinatura do Tabelado

Assinatura do Tabelado

Assinatura do Tabelado

Assinatura do Tabelado

Assinatura do Tabelado

Assinatura do Tabelado

Assinatura do Tabelado

Assinatura do Tabelado

Assinatura do Tabelado

Assinatura do Tabelado

Assinatura do Tabelado

CERTIDÃO


Nº. 0376/2019

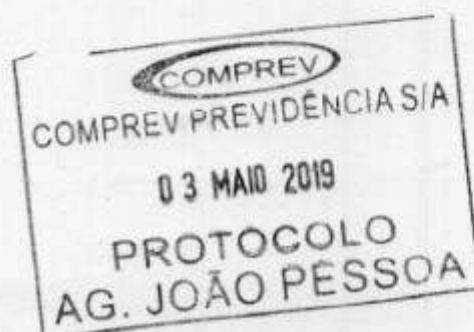
Atendendo solicitação de GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº179474 e prontuário nº 2018.11.000765 pertencente a **ELIAS LEANDRO DA SILVA** que foi atendido dia 06/11/2018 às 18H25min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em perna direita.

Submetido à avaliação médica, e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 11/11/2018, 21/11/2018 com alta médica dia 23/11/2018.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 29 de março de 2019


Fabiana Fernandes de Araújo
CARDIOLOGIA
Médica
CRM/PB 4516



Fratura da Perna D
fratura do fêmur direito

Dr. Remo Soares
033.002447
Hospital Unimed JP

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

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

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Dr. Remo Soares
033.002447
Hospital Unimed JP

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

Nome: <i>Elias Leandro da Silva</i>				Registro:	
Idade: <i>40 a</i>	Sexo: <i>Masc</i>	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>11/11/2018</i>			Cirurgião: <i>Jorge Augusto</i>		
1º Assistente: <i>Luciano Gomes</i>			2º Assistente: <i>Alexandre Galvao</i>		
Anestesista: <i>Tibério</i>			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura dos Ossos da Perna dir</i>					<i>S82.3</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Osteossíntese com fixador externo</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Elizabeth Leandir Figueira Data da Admissão: 06/11/17
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
 Endereço: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Cidade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Data de Nascimento: 1/1/
 Escolaridade: _____

QPD: Tatiane da Pereira A

DA: Fátima de Pereira D
Fátima de Pereira D
Fátima de Pereira D

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

ele: _____

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-reposouso ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

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

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal horizontal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Pequenas Incisões em 1/3 proximal e distal da região anterolateral da perna dir

Achados:

Fx de ossos de perna dir

Conduta:

Realizada manobra de redução

Aposição de pinos de schans (02 proximais e 02 distais ao foco de fx)

Limpeza exaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%

Realizado RX controle

Não realizado síntese definitiva devido a grande flictena em região anteromedial de 1/3 médio de perna esq

Data: 11 / 11 / 2018

Dr. Luciano Gomes de Figueiredo
Ortopedia Traumatologia
CRM-PB 9328
MÉDICO/CRM

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME Elías Leandro da Silva				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 40 anos	SEXO Mas	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 03/01/2019		DATA DE ALTA 18/01/2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA 15 dias	
DIAGNÓSTICO INICIAL					CID
Refratura de Tibia Direita					S82.2
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
Rx de quadril demonstrando solução de continuidade óssea da Tibia					
PÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO				COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA					
(X) MELHORADO		() REMOVIDO	() A PEDIDO	() CURADO ()	
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
 Paciente portador(a) de fratura diafisária da Tibia foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução aberta e fixação interna com placa e parafusos após retirada de placa em "T". Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

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

USO: Relativo em casa por 15 dias.
 Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
 Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

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

MEDICAÇÕES PARA CASA: Ciprofloxacina, Tramadon (cloridrato de tramadol), Pradaxa.

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

18/01/2019
 DATA

Dr. Alexandre Galvão
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 9128/5870-9003
 ASS. MÉDICO / C.R.M

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

PI Elias Leandro da Silva

Laudo Médico

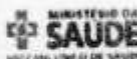
Paciente vítima de trauma em perna resultando em fratura da tibia, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com uso de material de osteossíntese, encontra-se inapto(a) a realizar suas atividades habituais e laborais por um período de 120 (cento e vinte) dias a contar da data abaixo.

CID: S82.3

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9.128-SBOT 9.603

03.01.2019

DR. ALEXANDRE GALVÃO
CRM 9.128-PB SBOT 9.603



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Elias Leandro da Silva portador(a) da
identidade RG _____ que o(a) mesmo(a)
foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da
patologia CID-10 S82.2 + S82.4, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período de 60
sessenta dias, a partir desta data.

João Pessoa, 10/04/09.

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a)
Dr.(a) _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB Nº 014082637156

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 0116997465-9 00/00000000 2018

PLACA 01135834431

LUCIANA RIBEIRO BATISTA

LACRE 0016997465-9

01135834431
NOVO PR 9C2KC2200KR007898

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL

HONDA/CG 160 FAN 2018 2019

2 P/162 /CI PARTIC VERMELHA

IPVA PAGO EM 00/00/0000

***** 0

***** SEGURO P A G O 29/10/2018

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

JOAO PESSOA-PB 31/10/2018

9999999 7003781

PB Nº 014082637156

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGAR NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.SeguradoraLibre.com.br
SAC DPVAT 0800 321 1304



2018 31/10/2018

1 01135834431 QSC5260/PB

01169974659 HONDA/CG 160 FAN

2018 9 9C2KC2200KR007898

PRÊMIO TARIFARIO

SEGURADORA LIBRE - DPVAT

7003781-1347094-20181031

03 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190303729 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIAS LEANDRO DA SILVA **Data do acidente:** 06/11/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR, PLACA E PARAFUSOS).

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

Outorgante: Elias Leandro da Silva, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Pedreiro, residente e domiciliado à Rua R. Santa Rufina, 03, bairro Mandacaru Alto do Céu, Município de João Pessoa, Estado de(o) P.B., Cep: 58027-697, portador(a) do Rg nº 13.68.04.490, SSP/PB e CPF nº 997.231.315-87.

Outorgado: Giullyana Flávia de Amorim, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 13529, portadora do CPF/nº 011197984/69 e Enéas Flávio Soares de Moraes Segundo, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 14318, portador do CPF/nº 05631026406, com endereço profissional na Av. João Machado 553, sala 127, Centro, João Pessoa/PB. Telefone: (83) 3032-1329.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Elias Leandro da Silva, ocorrido em 06.11.2018, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza criminal.

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

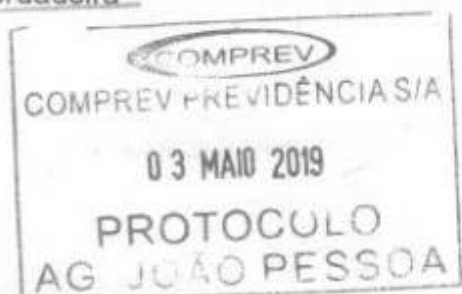
Luciano Augusto de Farias Mourão, João Pessoa 27/ de Maio de 2019.



X Elias Leandro da Silva
Outorgante
CPF nº 997-231.315-87



Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0148022/19

Vítima: ELIAS LEANDRO DA SILVA

CPF: 997.231.315-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/11/2018

Titular do CPF: ELIAS LEANDRO DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

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

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA : 011.197.984-69

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

ELIAS LEANDRO DA SILVA : 997.231.315-87

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: 03/05/2019
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
CPF: 011.197.984-69

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/05/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO