
Rio de Janeiro, 06 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190304426

Vítima: FERNANDO CASE DE ANDRADE FILHO

Data do Acidente: 03/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FERNANDO CASE DE ANDRADE FILHO

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, 17 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190304426

Vítima: FERNANDO CASE DE ANDRADE FILHO

Data do Acidente: 03/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FERNANDO CASE DE ANDRADE 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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: FERNANDO CASE DE ANDRADE FILHO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000729

Conta: 000000040176-0

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



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FALTA DE TÍTULO DE INVALIDEZ PERMANENTE (VÍTIMA BENEFICIÁRIA) - REGULAR SE

Nome completo: CPF:

Profissão: Endereço: Número: Complemento:

Bairro: Cidade: Estado: CEP:

E-mail: Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDEVIDUALIZAÇÃO ASSINALE UMA DAS OPÇÕES:

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0729 CONTA: 00040176 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que [assinalar uma das opções]:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: CPF:

2ª Nome: CPF:

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
03 MAIO 2019
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 04703.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04703.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:07 horas do dia 03 de maio de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Fernando Case de Andrade Filho**, CPF nº 096.593.344-00, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Atendente, filho(a) de Maria Lacerda de Andrade e Fernando Case de Andrade, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 09/05/1991 (27 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Geraldo Fagundes de Araujo, Nº 164, bairro Bairro dos Ipês, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99134-4062.

Dados do(s) Fatos:

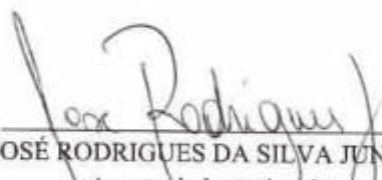
Local: Avenida Desembargador Boto de Menezes, Hospital Padre Ze, João Pessoa/PB, bairro Padre Zé; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/12/18 12:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

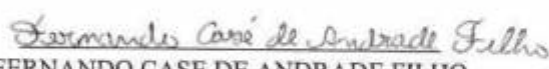
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

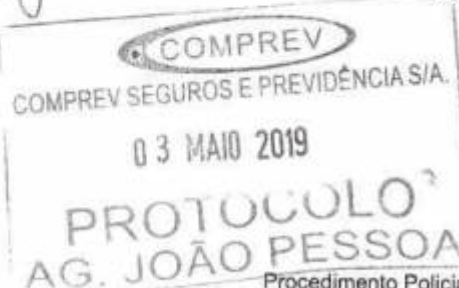
QUE NO DIA 03/12/2018, POR VOLTA DE 12:00, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA TWISTER DE COR PRATA, ANO 2005, PLACA MNE-4265/PB, CHASSI 9C2MC35005R027563, REGISTRADA EM NOME DE LUAN ELIAS, NA AVENIDA BOTO DE MENEZES, PADRE ZÉ, NESTA CAPITAL, QUANDO UM VEICULO PAROU REPENTINAMENTE EM SUA FRENTE SEM SINALIZAR E ESTE NOTIFICANTE NÃO CONSEGUIU DESVIAR E COLIDIU NA TRASEIRA DE UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU ATÉ O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA, CONFORME CERTIDÃO 0464/2019 ASSINADA PELA MÉDICA FABIANA FERNANDES DE ARAUJO.

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, 03 de maio de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


FERNANDO CASE DE ANDRADE FILHO
Noticiante



Procedimento Policial: 04703.01.2019.1.00.401

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAMILIARES (PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE)

Nome completo: CPF:

Profissão: Endereço: Número: Complemento:

Bairro: Cidade: Estado: CEP:

E-mail: Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO (PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: (0729) CONTA: (00040176) (0)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que [assinalar uma das opções]:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS (PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE)

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: Falecidos: Se a vítima deixou filho(a) nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: CPF:

2ª Nome: CPF:

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
03 MAIO 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1980 CNPJ: 08.000.000/0001-91

Ficha Nr: 187093 Atd: Nao Regu.
Data: 03/12/2018
Hora: 13:46:00
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER SA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: FERNANDO CASE DE ANDRADE FILHO

CNS: 702008845072682 Sexo: M CPF: 09659334400 Fone: 0

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 09/05/1991 Id: 27 ano(s)

End.: RUA GERALDO FAGUNDES DE ARAUJO, 64

Bairro: IPES Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA LACERDA DE ANDRADE

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: CAIXA

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: IRMA. PRISCILA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Previdencia: RESIDENCIA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.12.000288

Pai: FERNANDO CASE DE ANDRADE

Estado Civil: CASADO(A)

Escolaridade:

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO CARROXOTO PROX AO PADRE ZE

Vitima de violência por: A TARDE, CONDUTOR

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Observacao

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO E CARRO
APRESENTANDO ESCORIAOES PELO CORPO E TRAUMA EM
MID

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Transtorno localizado com perda de consciência, com possíveis fraturas completas. ABCD, cervical, torax, abdome e bacxo sem alterações relacionadas ao trauma.

Diagnostico

Conduta Rx

Prescricao

Horario da medicacao

1) Tilotil 40mg + D. EV lento

Oito Exames de R/T

Dr. Valdean Carvalho Jr.

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

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Med

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: 10/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FERNANDO CASE DE ANDRADE FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00729

CONTA: 000000040176-0

Nr. da Autenticação 3988D1336E08FFC3

FERNANDO CASE DE ANDRADE
RUA GERALDO FAJANDES DE ARAUJO, 164 - B. DOS PIS
JOAO PESSOA / PB CEP: 58028958 (A0-1)



Ligação: MONOFÁSICO
Circuito: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 2-1-52-5280 Referência: A/P/ 2019
Medidor: 00008029589 Emissão: 04/04/2019

ENERGISA PARANÁ - DIS TRIBUNAL DE ENERGIA S/A
R-230, km 25 - Distrito Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-800
CNPJ 08.095.180/0001-40 Ins. Est. 18.015.420-9

Nota Fiscal / Débito Energisa Distribuição NUC 2768-226
Cód. para Déb. Automático: 00001143064

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Abr / 2019	04/04/2019	06/05/2019	719.417.624-68 In - Est

UC (Unidade Consumidora): 5/114306-4

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos
Conforme previsto na Lei 12.307 de 29 de julho de 2008, informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vencidos no ano de 2017 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui, para a comemoração do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos faturamentos mensais dos débitos do ano a que se refere, e dos anos anteriores.
Já conhece os nossos perfis nas redes sociais? Siga e participe no Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn e YouTube para acompanhar as nossas novidades, como dicas de economia e segurança, orientações sobre serviços, informações sobre investimentos, oportunidades de trabalho e muito mais!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
06/03/19	3095	04/04/19	3265	
			170	28

Demonstrativo

CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Cob. Arg.	Imposto (R\$)	Base Calc.	Preço (R\$)	Cob. Arg.
0801	Consumo em kWh	170,000	0,954400	162,24	145,24	27	28,21	148,24	1,37
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0807	CONTRIB SERV ILUM PUBLICA			5,81	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0904	JUROS DE MORA 02/2019			1,24	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0904	JUROS DE MORA 03/2019			0,65	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0905	MULTA 02/2019			2,85	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0905	MULTA 03/2019			3,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0999	INDENIZ VIOL PZO REL AREA URB 03/2019			-7,83	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do bem: TOTAL 150,98 145,24 28,21 148,24 1,37 7,25
Tarifas e Tributos: 0,571970

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
140	11/04/2019	R\$ 150,98
	Histórico de Consumo (kWh)	

140 | 127 | 142 | 126 | 119 | 120 | 138 | 147 | 149 | 153 | 184 | 177
Abr18 | Mai18 | Jun18 | Jul18 | Ago18 | Set18 | Out18 | Nov18 | Dez18 | Jan19 | Fev19 | Mar19

RESERVADO AO FISCO

198f.7bfd.593e.7c95.0e3a.acf9.a8d4.6bf6.

Indicadores de Qualidade		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	4,83	0,00
DIC TRIMESTRAL	5,87	NONE
DIC ANUAL	19,34	0,00
PIC MENSAL	3,17	0,00
PIC TRIMESTRAL	6,55	0,00
PIC ANUAL	12,70	0,00
DMC	2,62	0,00
DICI	12,22	0,00

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de O&M da Energia Elétrica	34,40	22,78
Conexão de Energia	49,24	32,61
Serviço de Transmissão	5,57	3,69
Encargos Sociais	6,18	4,09
Impostos O&M e Encargos	61,40	40,71
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	150,61	100,00

Valor de R\$ 150,61 em 22/04/2019

ATENÇÃO

Atenção: #Chegada de Clientes de Trabalho

Faturas em atraso





CTC RECIFE PE PL7
JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO
R DOUTOR ANTONIO PALITOT 175
BANCARIOS
58051-780 JOAO PESSOA PB

01804067

DATA DE VENCIMENTO: 10/04/19 - DATA DE POSTAGEM: 01/04/19



7216210573001750000029067130010419

Acesse sua conta e outros serviços:
No App Minha Claro
No internet - minhaclaro.com.br
Pelo celular *1052#
No Atendimento Claro 1052
Para fatura em braille, ligue 1052

Número do seu Claro	Período de Uso	Vencimento	Total a Pagar
83 99181 6739	de 23/02/2019 a 22/03/2019	10/04/2019	R\$ 229,56

Valor pago na última conta: R\$ 188,29

Veja aqui o que está sendo cobrado

Permanência PF - Claro Pós 6GB (vigente até 13/03/2019)	Contratado	Utilizado	Excedente
Plano Claro			
Oferta Conjunta Claro MIX			
Aplicativos Digitais	R\$ 109,99	-	-
Claro Pós 6GB (128)	-	-	-
Desconto Claro Pós 6GB (128)	-	-	-
Internet			
6GB de internet	6.144,0MB	6.061,0MB	-
Serviços			
Torpedos ilim. nacionais para qualquer operadora	ilimitado	-	-
Voz			
Ligações locais e LDN ilim. para qualquer operadora	ilimitado	366min54s	-
Subtotal	R\$ 109,99		R\$ -
Total - Plano Claro			R\$ 109,99
Contratações Adicionais			
Promoção Nortes em Claro - 6GB	-	-	-
Promoção WhatsApp grátis	-	-	-
Internet	6.144,0MB	232,0MB	-
Subtotal	R\$ -		R\$ -
Total - Contratações Adicionais			R\$ 0,00

Prezado Cliente,

O total valor a ser pago refere-se à conta atual e eventuais saldos anteriores.
Caso tenha efetuado este pagamento, utilize o boleto do Mês, na última página.

Pague sua conta nos Bancos e locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o FIES e FUNDEF (1% e 0,5% do valor dos serviços) não repassados ao cliente. Central de Atendimento da Claro: 1331 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na prestadora.

Autenticação Mecânica.

Para uso do banco.

Claro

Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Cliente
JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

Código Débito Automático
108690678
Claro NE DDD 81 a 89

Período de Uso
23/02/19 a 22/03/19

Total
R\$ 229,56

Vencimento
10/04/19

84830000002-8 | 29560221201-3 | 90410108690-3 | 67803528122-1



Autenticação Mecânica solicitamos não rasurar, dobrar ou perfurar esta parte da fatura, para não danificar o código de barras.

01804067

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | **SAC** (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | **Central Ouvidoria**: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

inscrito (a) no CPF/CNPJ 036.219.034 / 88, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Fernando José de Andrade inscrito (a) no CPF sob o Nº 096.593.344 / 00

do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da Vítima Fernando José de Andrade

inscrito (a) no CPF sob o Nº 096.593.344 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: — > — Renda: — x — e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>R. Doutor Antônio Político</u>		Número: <u>175</u>	Complemento:
Bairro: <u>Barrocas</u>	Cidade: <u>Paraíba</u>	Estado: <u>PB</u>	CEP: <u>58051-780</u>
E-mail: <u>ignorafeliciano@hotmail.com</u>			Tel.(DDD): <u>(83)99181-6739</u>

Local e Data: Paraíba/PB, 03 de maio de 2019

Ignora Ellen de Lulo Feliciano

Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Luan Elias,
RG nº 3.594.611, data de expedição 17/10/2007
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 092.978.834-16, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Joaquim Martins da Silva, 1º andar, nº 182,
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 Fernando Cazi de Andrade cujo o condutor era
Fernando Cazi de Andrade

Veículo: motocicleta
Modelo: honda CBX 250 twist
Ano: 2005/2005
Placa: MNE 4265/PB
Chassi: 9CJMC35005R027563
Data do Acidente: 03/12/2018
Local e Data: João Pessoa/PB, 03 de maio de 2019

Luan Elias
Assinatura do Declarante

Fernando Cazi de Andrade Filho

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

CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
E TABELIONATO DE NOTAS - Código CNJ 06.878-0
Av. Presidente Epitácio Pessoa, 1145 - Bairro Dos Estrelas - João Pessoa/PB - CEP 58039-800 (51) 3344-5404 - Fax: (51) 3344-5404

Reconheço por Autenticidade e assinatura de
LUAN ELIAS
e qual confere com o padrão registrado nesse servente, dou fé.
João Pessoa, vinte e quatro de Janeiro de dois mil e dezenove
Em Teste da verdade
Marcelo Timóteo de Oliveira, Escrevente - (Qtd: 1, Total: 12.7)
Selo Digital de Fiscalização Tipo AIC22054-18EJ
Confira os dados do ato em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

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

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Fernando Costa de A. Brito **Data da Admissão:** 03/12/18
Prontuário: _____ **Idade:** _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ **Bairro:** _____
Cidade: _____ **Estado:** _____ **Fone:** _____ **Profissão:** _____
Sexo: F () M () **Cor:** _____ **Estado Civil:** _____ **Religião:** _____
Escolaridade: _____ **Data de Nascimento:** 1/1/

QPD: _____

DA: ht. relata queda a moto
com dores na perna d.

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 []Soluço []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-reposuio []Deformidades
 []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____

Dr. Valdeci

Nome: <i>Fernando Case de Andrade Filho</i>				Registro:	
Idade: <i>41 a</i>	Sexo: <i>Mas</i>	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>12/12/2018</i>			Cirurgião: <i>Alexandre Galvão</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>			2º Assistente: <i>Thales Couceiro</i>		
Anestesista: <i>Imbelloni</i>			Instrumentador: <i>Karynthia</i>		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura Diafisária de Tíbia Direita</i>				<i>S82.2</i>	
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
<i>Osteossíntese de Fratura de Tíbia</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					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

*Paciente em decúbito dorsal sob anestesia**Assepsia + Antissepsia**Aposição de campos cirúrgicos estéreis*

Incisão:

*Incisão em 1/3 médio da região anterolateral da perna**Dissecção por planos + hemostasia com eletrocautério**Acesso entre músculo tibial anterior e face lateral de diáfise da tibia*

Achados:

Visualização de foco de fratura da tibia

Conduta:

*Realizada manobra de redução**Aposição de 01 Placa DCP estreita 04.5mm**Aposição de 03 parafusos corticais 0 4.5mm distais ao foco de fratura**Aposição de 05 parafusos corticais 0 4.5mm proximais ao foco de fratura**Limpeza exaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%**Realizado RX controle*

Fechamento:

*Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele**Curativo*

OBS:

Data: **12/12/2018**

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9128 SBO 9603
MÉDICO/CRM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PB

NOME
FERNANDO CASE DE ANDRADE FILHO

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR
2852924 SSP PB

CPF
096.593.344-00

DATA NASCIMENTO
09/05/1991

FILIAÇÃO
FERNANDO CASE DE ANDRADE
MARIA LACERDA DE ANDRADE

PERMISSÃO
ACB

ACB
A/B

CA/NA
A/B

Nº REGISTRO
05693326938

VALIDADE
30/10/2023

1ª EMISSÃO
22/01/2013

OBSERVAÇÕES
EAR:

Fernando Case de Andrade Filho

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
31/10/2017

João Pessoa

ASSINATURA DO EMISSOR

88363665538
PB035639873

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1548828977

PROIBIDO PLASTIFICAR
1548828977

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

03 MAIO 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

FILIAÇÃO
JOSE FELICIANO DA SILVA
ELIANE DE MELO COSTA

NACIONALIDADE
JOÃO PESSOA-RN

RG
2880321-8 SP/PA

DATA DE NASCIMENTO
20/06/1980

CPF
038.219.034-08

DATA DE EMISSÃO
23/05/2014

ASSINATURA
Joseane Ellen de Melo Feliciano

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE
PROFESSORA

RENOVAÇÃO
23/05/2018

VALIDADE
13030

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 04844840

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.961/94)

ASSINATURA DO TITULAR
JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

RENOVAÇÃO
23/05/2018

VALIDADE
13030

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014081802617
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM Nº 20180000260084-0
1 00854672362 00/00000000 2018

LUAN ELIAS

09297881416

MNE4265/PB

PLACA ANT./UF
NOVO PB

CHASSI
9C2MC35005R027563

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL
GASOLINA

HONDA/CBX 250 TWISTER

ANO FAB. ANO VENC.
2005 2005

CAP. POT. (CV)
2 P/249 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PRD. DOMINANTE
PRATA

IPVA PAGO EM 00/00/0000

1ª

IPVA

PARCELAMENTO/OTAS

2ª

3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 15/06/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOÃO PESSOA - PB

DATA
25/06/2018

5506

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NA O SEGURO DPVAT

PB Nº 014081802617 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 25/06/2018

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 09297881416 MNE4265/PB

RENAVAM MARCA/ANEXO
00854672362 HONDA/CBX 250 TWISTER

ANO FAB. CAT. TAR. Nº CHASSI
2005 9 9C2MC35005R027563

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
***** SEGURO P A G O

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 15/06/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

5506-0755018-20180625

ABR-2018

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S
03 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014081802617
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA DOB. REV. 20180000260084-0
1 0085467236-2 00/00000000 2018

LUAN ELIAS

09297881416

MNE4265/PB

PLACA ANT./UF NOVO PB 9C2MC35005R027563

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

HONDA/CBX 250 TWISTER 2005 2005

2 P/249 /CI PARTIC PRATA

IPVA PAGO EM 00/00/0000

1º

2º

3º

4º

5º

6º

7º

8º

9º

10º

11º

12º

13º

14º

15º

16º

17º

18º

19º

20º

21º

22º

23º

24º

25º

26º

27º

28º

29º

30º

31º

32º

33º

34º

35º

36º

37º

38º

39º

40º

41º

42º

43º

44º

45º

46º

47º

48º

49º

50º

51º

52º

53º

54º

55º

56º

57º

58º

59º

60º

61º

62º

63º

64º

65º

66º

67º

68º

69º

70º

71º

72º

73º

74º

75º

76º

77º

78º

79º

80º

81º

82º

83º

84º

85º

86º

87º

88º

89º

90º

91º

92º

93º

94º

95º

96º

97º

98º

99º

100º

101º

102º

103º

104º

105º

106º

107º

108º

109º

110º

111º

112º

113º

114º

115º

116º

117º

118º

119º

120º

121º

122º

123º

124º

125º

126º

127º

128º

129º

130º

131º

132º

133º

134º

135º

136º

137º

138º

139º

140º

141º

142º

143º

144º

145º

146º

147º

148º

149º

150º

151º

152º

153º

154º

155º

156º

157º

158º

159º

160º

161º

162º

163º

164º

165º

166º

167º

168º

169º

170º

171º

172º

173º

174º

175º

176º

177º

178º

179º

180º

181º

182º

183º

184º

185º

186º

187º

188º

189º

190º

191º

192º

193º

194º

195º

196º

197º

198º

199º

200º

201º

202º

203º

204º

205º

206º

207º

208º

209º

210º

211º

212º

213º

214º

215º

216º

217º

218º

219º

220º

221º

222º

223º

224º

225º

226º

227º

228º

229º

230º

231º

232º

233º

234º

235º

236º

237º

238º

239º

240º

241º

242º

243º

244º

245º

246º

247º

248º

249º

250º

251º

252º

253º

254º

255º

256º

257º

258º

259º

260º

261º

262º

263º

264º

265º

266º

267º

268º

269º

270º

271º

272º

273º

274º

275º

276º

277º

278º

279º

280º

281º

282º

283º

284º

285º

286º

287º

288º

289º

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190304426 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDO CASE DE ANDRADE FILHO **Data do acidente:** 03/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TIBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA. (P4)

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 MEMBRO INFERIOR DIREITO.

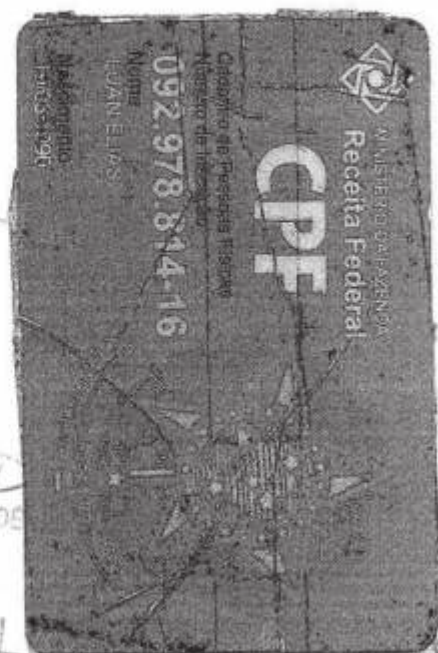
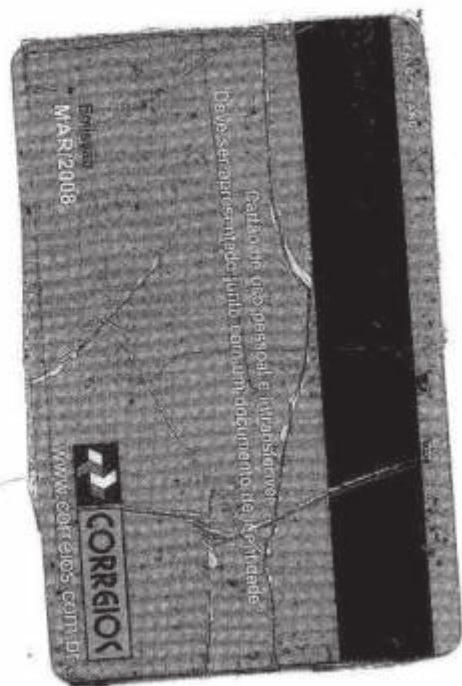
Documentos complementares:

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



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

03 MAIO 2019

PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA



COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
 03 MAIO 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190304426 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDO CASE DE ANDRADE FILHO **Data do acidente:** 03/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TIBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA. (P4)

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 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