
Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190639545

Vítima: ODIR ANTONIO DA SILVA

Data do Acidente: 18/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ODIR ANTONIO 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, 26 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190639545

Vítima: ODIR ANTONIO DA SILVA

Data do Acidente: 18/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ODIR ANTONIO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do 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: **ODIR ANTONIO DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000002159-8**

Conta: **000001002637-7**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 2159 8 CONTA: 1002637 7 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Lider 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.

22 - 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 Lider 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro/vanascor? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Poupcard





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00261.01.2019.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00261.01.2019.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:01 horas do dia 08 de novembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado compareceu **Odier Antonio da Silva**, CPF nº 025.081.714-41, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Maria Josefa da Conceição e Antonio Francisco da Silva, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 15/09/1974 (45 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, complemento SÍTIO CANA BRAVA, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Sítio Cana Brava, na cidade de Cuité de Mamanguape/PB.

Dados do(s) Fatos:

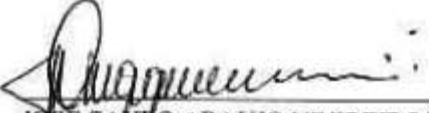
Local: Sítio Cana Brava, Sítio Cana Brava, Cuité de Mamanguape/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 18/07/19 15:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 303 Caput da Lei 9.503/97 (Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor).

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE o notificante relata que trafegava com a motocicleta, marca e modelo HONDA/NXR 150 BROS de cor preta, ano e modelo: 2014 de placa: KYM 4840/PB, chassi: 9C2KD0550ER336975, registrado em nome de Joselino Nascimento da Silva-CPF:056.785.084-66(cunhado do notificante);QUE relata que seguia normalmente em sua mão e que nessa ocasião chovia bastante, foi quando a moto veio a derrapar e que o notificante perdeu o controle e veio a cair ao chão;Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1748/2019, EXPEDIDO PELA DRª ROSSANA DE FATIMA DE ARAUJO BARBOSA, CRM/PB 3533, DATADO DE 21/10/2019, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pela ambulância; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar,

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 08 de novembro de 2019.


JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


ODIER ANTONIO DA SILVA
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 2159 8 CONTA: 1002637 7 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Lider 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.

22 - 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 Lider 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro/vanascor? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a roga/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a roga/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a roga/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Poupcard





ASSISTENCIAIS

Endereço: RUA WALFRIDO DE ALMEIDA E SILVA, sn, PB 057, MAMANGUAPE - PB, 58280000

Tel: 32929050

CNES: 7666772

Paciente
ODIR ANTONIO DA SILVAData de nascimento
15/09/1974Idade
44a 10m 3dMãe
MARIA JOSEFA DA CONCEIÇÃOEndereço
SÍTIO CANA BRAVA, S/N - CASA

Acidente

Motivo

ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Data/Hora Classificação
18/07/2019 15:13:32BAE
358170
Sexo
MasculinoBairro
ZONA RURALData/Hora Entrada
18/07/2019 15:08:55
CNS
898003402436576Município
CUITE DE MAMANGUAPE
Profissional
EMERSON DE LIMA BORBA
Data/Hora Prescrição
18/07/2019 15:26:15

Data Saída

Telefone de Contato
(83) 993127679
ProntuárioUF
PB
Nº Cons. Regional
86087

ANAMNESE

PCTE VITIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA HÁ +- 1H. COM TRAUMA CONTUSO EM PÉ ESQUERDO, APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DO MESMO.

Exame Físico

PA: MMHG, HGT: MG/DL, FC: BPM, SATO2: %(AA), TAX: °C, E.FÍSICO: EGR, CONSCIENTE E ORIENTADO, AFEBRIL, EUPNEICO, ACIANOTICO, ANICTERICO, CORADO E HIDRATADO, AR: MV+ AHT, S/R, AACV, RCR2T, BNF, S/S. ABDOME: FLACIDO, INDOLOR.

CID10

S92.4 - Fratura do hálux

Conduta

Em observação

ODIR ANTONIO DA SILVA

EMERSON DE LIMA BORBA
(: 86087)

Boletim registrado por: EMANUEL RIBEIRO SANTOS em 18/07/2019 15:10:00

HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE - HGM

ENCAMINHAMENTO

Auto trauma

faqueline

do Cana Brava

15:35

Paciente
ODIR ANTONIO DA SILVA

Núm. BE
358170

Prontuário

Motivo do atendimento
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Data/Hora
Início
**18/07/2019
15:12:08**

Data/Hora Fim
**18/07/2019
15:13:21**

Profissional
ELIDA GONCALVES DE BRITO

Classificação
AMARELA



PCTE VITIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA HÁ + - 1H. COM TRAUMA CONTUSO EM PÉ ESQUERDO, APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DO MESMO.

PA: 120X80MMHG, HGT: MG/DL; FC: BPM; SATO2: %(AA); TAX: °C;

E.FISICO: EGR, CONSCIENTE E ORIENTADO, AFEBRIL, EUPNEICO, ACIANOTICO, ANICTERICO, CORADO E HIDRATADO.

AR: MV+ AHT, S/ R.A

ACV: RCR2T, BNF, S/S.

ABDOME: FLACIDO, INDOLOR.

HD: FRATURA EXPOSTA PÉ ESQUERDO

CD: SOLICITO AVALIAÇÃO E CONDUTA DA ORTOPEDIA.

MAMANGUAPE, 18/07/2019

MÉDICO PLANTONISTA

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	22/11/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ODIR ANTONIO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02159-8

CONTA: 000001002637-7

Nr. Autenticação

BRABESCO2211201905000000000023702159000001002637168750 PAGO

MONICA SILVA DE LIMA
RUA CANA BRANCA, S/N - ÁREA RURAL
CUTE DE MANGUEIRA, PE CEP: 52200-000



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R-230, km 25 - Centro Redentor - João Pessoa - PB - CEP: 58071-460
CNPJ: 09.815.162/0001-40 Ins. Est. 18.915.920-0

- gaseo MONOFÁSICO
Cidade: RES MTC B1 - RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Reters: 18 - 256 - 317 - 4000 Referência: Jun / 2019
Vedder: 03008026763 Emissão: 25/06/2019

Nota Fiscal/Contrato de Energia Elétrica Nº 04.990.549
Cód. para Dib. Automático: 000028283-5

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jun / 2019	25/06/2019	24/07/2019	962.562.284-00

UC (Unidade Consumidora): 5/726283-5

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em: saude.gov.br/vacinanatal

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 24/05/19 Leitura: 11661	Data: 25/06/19 Leitura: 11766		105	32

Demonstrativo

CC	Descrição	Quantidade (kWh)	Valor Base (R\$)	Alíq. (R\$/kWh)	Data (R\$)	Base (R\$)	PAUSE (R\$)	Outros (R\$)		
		Total (kWh)	Total (R\$)	Total (R\$/kWh)	Total (R\$)	Total (R\$)	Total (R\$)	Total (R\$)		
3901	Consumo até 300W/h-BR	36.000	0.267390	0.85	0.80	27	2.33	0.85	0.08	0.40
3901	Consumo - 31 a 100W/h-BR	70.000	0.493540	0.45	0.40	27	0.32	0.45	0.37	1.72
3901	Consumo - 101 a 220W/h-BR	5.000	0.740000	0.70	0.70	27	1.02	0.70	0.04	0.16
3901	Adic. B. Amarela			0.22	0.22	27	0.28	0.22	0.00	0.01
3910	*Custo			0.73	0.73	27	10.73	0.73	0.44	1.99
CATEGORIA 109 - SERVIÇOS										
3906	Desconto Subsídio			-28.58	0.00	0	0.00	0.00	0.00	-0.00

CC: Código de Classificação do item TOTAL 60.23 86.82 73.44 86.82 0.34 4.33
Tarifa de Trabalho: AN330W/h 0.182550 AN100W/h 0.230260 AN220W/h 0.495420

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
103	02/07/2019	R\$ 60,23

Histórico de Consumo (kWh)

121	106	112	101	110	108	105	102	115	105	104
Jun/18	Jul/18	Ago/18	Sep/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19

RESERVAÇÃO DE FIECO

48fa 998b 9cf7 f055 2b50 8548 c6b0 7c1c

Indicadores de Qualidade

Unidade da ANEEL	Apurado	Limite de Tolerância (%)
OC MENSAL	11.34	4.59
OC TRIMESTRAL	22.88	NORMAL
OC ANUAL	41.78	230
FC MENSAL	7.74	1.00
FC TRIMESTRAL	15.48	CONTRATADA
FC ANUAL	30.96	LIMITE INFERIOR
DMC	9.59	LIMITE SUPERIOR
DMC	18.80	201

Composição de Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Util. da Energia Elétrica	11.18	18.55
Consumo de Energia	55.68	91.45
Serviço de Transmissão	2.74	4.55
Serviço de Distribuição	2.64	4.38
Serviço de Cálculo e Encargos	29.71	49.33
Outros Serviços	0.00	0.00
Total	60.23	100.00

Valor do DUE (Ref. 4/2019): R\$ 1501

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$23,58

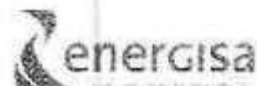
Faturas em atraso

BOLETO PARA PAGAMENTO

De acordo com o boleto, você deve pagar:

De acordo com o boleto, você deve pagar:

De acordo com o boleto, você deve pagar: Nº 032.953.801



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 210, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Inscrição 16.015.525-0

CELENI DOMINGOS DA SILVA

CELENI DOMINGOS DA SILVA

RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02

JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
OUT/2019	21/10/2019	214	28/10/2019	R\$ 183,53

Acesso: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03150.244006 07097.707173 6 80560000018353				
Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04				
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440007097707	001371069201910	28/10/2019	R\$ 183,53	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



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 deficiências auditivas 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=3&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 RESSEGURADO. 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Jose Eduardo da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ:

455.536.024, 91

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Edir Antonio da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 025.081.714, 41

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da Vítima

Edir Antonio da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº

025.081.714, 41

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 Lider-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:

Rua Agente Fiscal Jose C. Duarte

Número:

157

Complemento:

Bairro:

Mangabeira

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58056-384

E-mail:

(161-0000)

(83) 986634900

Local e Data:

João Pessoa - PB 14/11/19

Assinatura do Declarante

DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

Via do paciente

INFORMAÇÕES PESSOAIS
PACIENTE: Odir Antonio da Silva
DATA DE NASCIMENTO: 15/09/1974
NOME DA MÃE: Maria Josefa da Conceição

DADOS EXTRAÍDOS
BAE Nº: 358.170
DATA DE ENTRADA: 18/07/2019
HORA DO ATENDIMENTO: 15:08h
DADOS COLHIDOS FIELMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO

AVALIAÇÃO INICIAL: Paciente vítima de queda de motocicleta há mais ou menos 1h. Com trauma contuso em pé esquerdo, apresentando fratura exposta do mesmo.

Ao Exame: EGR, consciente e orientado, afebril, eupneico, acianótico, anictérico, corado e hidratado. AR: mv+ aht, s/ r.a; ACV: rcr2t, bnf, s/s. Abdome: flácido, indolor.

CONDUTA: Fratura exposta em pé esquerdo. Solicitado avaliação e conduta especializada. Paciente encaminhado para hospital Ortopedia.

OBSERVAÇÃO: Conduta adotada de acordo a Anamnese, Exame Físico e Exames solicitados e avaliados pelo médico (a)(s) responsável (is) pelo atendimento deste paciente.

DATA DA EMISSÃO: 16/08/2019

Dr. Frederico Tácio
Diretor Técnico
HGM

Atenção: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DVL, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO E CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

CERTIDÃO

Nº. 1748/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº246253 e Prontuário Nº 2019.07.2215 pertencentes ao paciente **ODIR ANTONIO DA SILVA** foi atendido dia 18/07/2019 às 16h35min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta do ante pé esquerdo (fratura do colo 3º metatarso + luxação de articulação do metatarso da falangeana do 1º ao 5º). Realizado procedimento cirúrgico dia 18/07/2019. Com alta médica dia 22/07/2019.

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

João Pessoa, 21 de Outubro de 2019


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533

*Dr. Rossana de Fátima Araújo Barbosa
Clínica Médica / UTM
CRM/PB 3533*

PREFEITURA 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: () - CNPJ:

Ficha Nr: 246253 Atd: Nao Regul
Data: 18/07/2019
Hora: 16:35:30
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER S
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: ODIR ANTONIO DA SILVA

Num. Prontuario: 2019.07.002215

CNS: 898003402436576 Sexo: M IDENTIDADE: 2141075 Fone: 993127679

Natural: MAMANGUAPE/PB Data Nasc.: 15/09/1974 Id: 44 ano(s)

End.: SÍTIO CANA BRAVA, 0

Bairro: ZONA RURAL Cidade: CUITE DE MAMANGUAPE UF: PB

Mae: MARIA JOSEFA DA CONCEICAO

Pai: ANTONIO FRANCISCO DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AGRICULTOR

Estado Civil: NAO INFORMADO

ILUMINACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: CUNHADA VERA LUCIA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO NO SÍTIO HOJE A TARDE

Vitima de violência por: CONDUTOR

☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave

FC: TP:

☐ Politraumatizado ☐ Convulsao

Peso: Altura:

☐ Hemorragia ☐ Dispneia

Gl. mia: IMC:

☐ Diarreia ☐ Agitado

Circ. Abd: O2%:

☐ Regular ☐ Chocado

☐ Vomito

Queixa Principal

Observacao

FRATURA ?

DT 18/07/19 MT moto

relata dor e deformidade 5º dedo

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

exponção manual do ~~talux~~ ^{5º} ☒
deformidade antep

Diagnostico

fratura luxação antep ☒
exposta

Conduta

ao bloco cirurgico p/ tratamento
cirurgico de urgencia

Prescricao

Horario da medicacao

Dra. Andreia H. Nasrali
Girurgia da Mão
CRM 10.582 RBO 13.745

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Odor Antonio da Silva Data da Admissão: 18 / 07 / 19
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

QPD: DT 18/07/19 MT nota

HDA: relata dor e deformidade no pé @ associado à exposição
ósia

Medicações em uso: nula

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
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

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

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

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

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

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

[] 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: exponção cabeça 1° MTT medial

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: neurovascular OK

Resultados de Exames Complementares: _____

RX: fratura cabeça 3° MTT + lux
pc(ⓔ)

Hipóteses Diagnósticas: _____

fratura luxação exposta do pc(ⓔ)

Conduta: _____

ao bloco cirúrgico para tratamento cirúrgico de urgência

Auto trauma - Jaqueira

HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE - HGM

ENCAMINHAMENTO

Paciente
ODIR ANTONIO DA SILVA

Núm. BE
358170

Prontuário

Motivo do atendimento
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Data/Hora
Início
**18/07/2019
15:12:08**

Data/Hora Fim
**18/07/2019
15:13:21**

Profissional
ELIDA GONCALVES DE BRITO

Classificação
AMARELA



PCTE VITIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA HÁ + - 1H. COM TRAUMA CONTUSO EM PÉ ESQUERDO, APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DO MESMO.

PA: 120X80MMHG, HGT: MG/DL; FC: BPM; SATO2: %(AA); TAX: °C;

E.FISICO: EGR, CONSCIENTE E ORIENTADO, AFEBRIL, EUPNEICO, ACIANOTICO, ANICTERICO, CORADO E HIDRATADO.

AR: MV+ AHT, S/ R.A

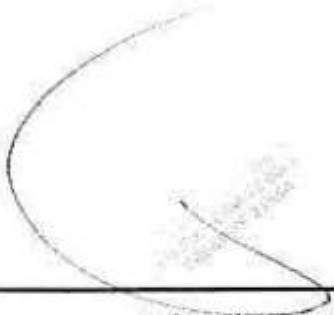
ACV: RCR2T, BNF, S/S.

ABDOME: FLACIDO, INDOLOR.

HD: FRATURA EXPOSTA PÉ ESQUERDO

CD: SOLICITO AVALIAÇÃO E CONDUTA DA ORTOPEDIA.

MAMANGUAPE, 18/07/2019


MÉDICO PLANTONISTA



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Odor Antonio da Silva</u>				Registro:	
Idade: <u>44</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor:	Clinica: <u>Ortop</u>	EMP:	LR:
Data: <u>18/07/199</u>	Cirurgião: <u>Dr. Vitorino Figueira</u>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: <u>Dr. Clonis</u>		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Fratura lux exp antpt (E)</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>fratura colo 3º MTT</u>					
<u>luxação da MTF do 1º ao 5º dedos</u>					
<u>exposta grau III A</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>limpeza cirúrgica</u>					
<u>redução fechada da luxação</u>					
<u>fixação da 1ª MTF e colo 3º MTT</u>					
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:

posicionamento do paciente
aspirina e antiinflamatório
colocação de campos conforme habitual

Incisão:

verruel sobre 3° MTF

Achados: luxação exposta do 1° ao 5° MTF p^c (E)
fratura sobre 3° MTF com rotação 180° da cabeça
instabilidade pós redução 1° MTF

Conduta:

realizada desbridamento cirúrgico
redução fechada das luxações
fixação da 1° MTF e sobre 3° MTF
checado redução e posicionamento dos implantes rob ctopia
lavagem copiosa com SF 0,9%

Fechamento: sutura da pele

OBS: taxa beta

seguinte: com Dr. Mounir
aflixina na alta

Data: 18 / 07 / 19

Dr. Andreia H. Nogueira
Cirurgia da Mão
CRM 10.502 TEST 18.745

MÉDICO/CRM

Dr. Klênio Farias da Nóbrega
Res. Ortopedia e Traumatologia

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.10.



Odier Antonio da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2141073

DATA DE EMISSÃO

ODIER ANTONIO DA SILVA

Antônio Francisco da Silva

Maria Josefa da Conceição

Mamanguape, PB.

15/09/1974

DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. 1.921, P. 8, V-91, Liv. A-3,

CCO ORIGEM

Cart. Capim. Mamanguape, PB.

CPI

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 116 DE 28/09/83

 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
ODIR ANTONIO DA SILVA

Nº de inscrição
025081714-41

Data do Nascimento
15/09/74



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

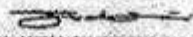
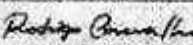
Odin Antonio da Silva
Assinatura

ODIR ANTONIO DA SILVA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 06/07/95

S
E
R
V
I
D
O

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO PARTID NACIONAL DE HABITAÇÃO	
Nome JOSE EDUARDO DA SILVA	
	IDENTIFICAÇÃO / CÍVIL / NACIONAL 1054962 EST 28 CM 435.536.024-91 DATA NASCIMENTO 02/04/1967 PROFISSÃO JOSEFA TEREZINHA DA SILVA PROFISSÃO ICC DATA 10/11/2019 06/04/1985
CPF 06724153182	DATA 10/11/2019 DATA 06/04/1985
ASSINATURA  ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO	
LOCAL JOAO PESSOA, PB	DATA EMISSÃO 11/11/2014
Assinatura do Proprietário  ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO	DATA EMISSÃO 03/08/2015 03/08/2015

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014082606552

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COPIA PARA - PRV - 20181500016162-2

1 0117507152-5 00/00000000 2018

JOSEELINO NASCIMENTO DA SILVA

05678508466

KYM4840/PB

KYM4840 RJ 9C2KD0550ER336975

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

ALCO/GASOL

HONDA/NXR150 BROS ES

2014 2014

2 P/149 /CI PARTIC

PRETA

IPVA PAGO EM 30/10/2018

1

2

3

PREMIO TARIFARIO (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO 09/11/2018

SEM RESERVA DE DOMINIO

APLICATIVO DE VENTILADOR/REGISTRADOR

120-141-000 Park Trans/ERGO

16/11/2018

31054

19267

CUITE DE MANUTENCAO - PB

16/11/2018

31054

DETRAN

DETRAN

PB Nº 014082606552

BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

WWW.SEGURADORA.LIDER.COM.BR

SAC DPVAT 0800 022 1104

2018 16/11/2018

1 05678508466

KYM4840/PB

01175071525 HONDA/NXR150 BROS ES

2014 9 9C2KD0550ER336975

PREMIO TARIFARIO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.300.056/0001-04

31054-0953596-20181116

0102-330

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190639545 **Cidade:** Cuité de Mamanguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ODIR ANTONIO DA SILVA **Data do acidente:** 18/07/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DO 3º METATARSO + LUXAÇÃO DAS FALANGES DO 1º AO 5º PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. (P1 P2 P5 P8)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

**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 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: 3190639545 **Cidade:** Cuité de Mamanguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ODIR ANTONIO DA SILVA **Data do acidente:** 18/07/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DO 3º METATARSO + LUXAÇÃO DAS FALANGES DO 1º AO 5º PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. (P1 P2 P5 P8)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

**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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0401018/19

Vítima: ODIR ANTONIO DA SILVA

CPF: 025.081.714-41

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 18/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ODIR ANTONIO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

ODIR ANTONIO DA SILVA : 025.081.714-41

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/11/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO