



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

10588724432

4 - Nome completo da vítima:

José Batista Alves de Almeida

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 645/2012

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

6 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Telefone:

17 - Celular:

545

PE 58069-039

(83) 986634900

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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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 abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco [237] Itaú [341]
 Banco do Brasil [001] Caixa Econômica Federal [104]

AGÊNCIA: *0617* CONTA: *37944* Dígito: *8*

(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)

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 impossibilitada de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidade 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, solicite o prosseguimento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.394/74, art. 3º, §1º, autorizando que esta autorização não significa 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 Companion(a): Sim Não

27 - Se a vítima deixou companion(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou Sim Não

31 - Vítima Sim Não

33 - Vítima deixou Sim Não

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT quanto aqueles beneficiários que se apresentarem e proverem esta condição, entendendo cliente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade de devolver o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

38 - 1º | Nome:

CPF:

PROTÓCOLO DESSA

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 04/10/19

João Batista Alves de Almeida

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

NÃO ALFABETIZADO

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

TESTEMUNHAS



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190567579

Vítima: MARIA DE FATIMA ALVES DE ALMEIDA

Data do Acidente: 02/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DE FATIMA ALVES DE ALMEIDA

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.**

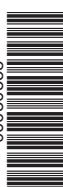
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190567579

Vítima: MARIA DE FATIMA ALVES DE ALMEIDA

Data do Acidente: 02/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MARIA DE FATIMA ALVES DE ALMEIDA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190567579

Vítima: MARIA DE FATIMA ALVES DE ALMEIDA

Data do Acidente: 02/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DE FATIMA ALVES DE ALMEIDA

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 completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: MARIA DE FATIMA ALVES DE ALMEIDA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000617

Conta: 0000037944-8

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, retorno 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:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <i>Fátima A. de Almeida</i>	
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: 345
10 - Bairro: Gramame		12 - Cidade: João Pessoa		13 - Estado: PB
15 - E-mail:				14 - CEP: 58069-039
				16 - Telef/ddd: (83) 986634906

DADOS CADASTRAIS

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:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00		<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: 0617		CONTA: 37944	8	AGÊNCIA: _____
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)

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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nasceu? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Vítima tem irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - Inscrição Magnética: _____	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: _____	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: <i>PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA</i>
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: _____	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____		
40 - Local e Data: <i>João Pessoa - PB 04/10/19</i>	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): <i>Maria de Fátima Alves de Almeida</i>		

TESTEMUNHAS

□ ★ ↗ ↘ ↙ ×



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
04 OUT. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 10866.01.2019.1.00.401



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 10866.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 10:02 horas do dia 19 de setembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, é desta 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 Maria de Fátima Alves de Almeida, CPF nº 105.887.244-32, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Auxiliar Administrativa, filho(a) de Josefa Alves de Almeida e Domingos Pereira de Almeida, natural de São João do Rio do Peixe/PB, nascido(a) em 16/02/1993 (26 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Fortaleza, Nº 145, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98709-9071.

Dados do(s) Fato(s):

Local: Rua Manoel Lopes de Carvalho, Posto Br, João Pessoa/PB, bairro Água Fria; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 02/05/19 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 02/05/2019, POR VOLTA DAS 06:30, ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA HONDA TWISTER DE COR VERMELHA, ANO 2016, PLACA QFL-8906/PB, CHASSI 9C2MC4400GR015374, REGISTRADA EM NOME DE LEANDRO FERREIRA DE OLIVEIRA, A QUAL ESTAVA SENDO PILOTADA PELO SENHOR ALEX JUNIO DE SOUSA DIAS, PORTADOR DO CPF 112756904-08, O QUAL ENCONTRA-SE PRESENTE A ESTA SALA DE OCORRÊNCIA E RELATA QUE PILOTAVA A REFERIDA MOTOCICLETA NA RUA MANOEL LOPES DE CARVALHO, ÁGUA FRIA, NESTA CAPITAL, QUANDO UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO SAIU DO POSTO DE COMBUSTÍVEIS SEM RESPEITAR A PREFERÊNCIA DA MOTOCICLETA E VEIO A COLIDIR NA MOTOCICLETA DO MESMO; QUE ESTA NOTIFICANTE FOI SOCORRIDA POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDA E DIAGNOSTICADA COM CID 82.0, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM 23/05/2019, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. VALDEBAN CARVALHO JR.

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

João Pessoa/PB, 19 de setembro de 2019.

JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

MARIA DE FÁTIMA ALVES DE ALMEIDA
Noticiante

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
04 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 10866.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <i>Fátima A. de Almeida</i>	
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: 345
10 - Bairro: Gramame		12 - Cidade: João Pessoa		13 - Estado: PB
15 - E-mail:				14 - CEP: 58069-039
				16 - Telef/ddd: (83) 986634906

DADOS CADASTRAIS

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:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00		<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: 0617		CONTA: 37944	8	AGÊNCIA: _____
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nasceu? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Vítima tem irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

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

NÃO ALFABETIZADO

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

40 - Local e Data,

Fátima A. de Almeida - PB 04/10/19

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome:

CPF:

*PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA*

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

□ ★ ↗ ↘ ↙ ×



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
04 OUT. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CERTIDÃO

Nº. 1538/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO 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 Nº226040 e Prontuário Nº 2019.05.0110 pertencentes a paciente **MARIA DE FATIMA ALVES DE ALMEIDA** que foi atendido dia 02/05/2019 às 07h46min, vítima de colisão de moto x carro, apresentando trauma em membros inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do tornozelo direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 23/05/2019. Com alta médica dia 24/05/2019.

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

João Pessoa, 13 de setembro de 2019

Rossana de Fátima de A. Barbosa
Médica de Vigilância à Saúde
CRM-PB - 3533

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533



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: 01/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DE FATIMA ALVES DE ALMEIDA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00617

CONTA: 00000037944-8

Nr. da Autenticação DD88D8C0155BA2EC



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Olime, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME O NÚMERO
MATRÍCULA

1110411

N. 039

20864157

HISTORICAÇÃO DE DEBITOS

DOMINGOS PEREIRA DE ALMEIDA
AV FORTALEZA, 145 - GRAMAME, JOÃO PESSOA - PB
58065-032

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Outros	
801.092.255.0188.000	000	1	0	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
A07A112079	17/05/2003	JARD. LACRE LIGADO	POTENCIAL	

Consta(n) em nossos registros pendênci(a)s de pagamento de conta intercorre(s). Conforme previsto na Lei Federal 11.445, essa(s) pendênci(a)s sujeitarão o(a) menor a suspensão no fornecimento de água. Caso o débito já tenha sido quitado, faça seu de 3 dias, desconsidere este aviso.

Para demais informações, entre em contato com a CAGEPA pelas lojas de atendimento ou pelo canal telefônico de atendimento (115), gratuitamente.

REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)	REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)
446/2019	16/03/2019	41,00			
480/2019	16/04/2019	37,93			

EMISSÃO:	02/05/2019	Total a Pagar:	RS 129,02
----------	------------	----------------	-----------

CONFIDENCIAL / PREV
CONCECO CONFIDENCIAL SIA

04 OUT. 2019
FRUTUCOLO
A.C. JOÃO PESSOA

BOLETO PARA PAGAMENTO



Documento será valor fiscal.

Documento não é segundário de conta.

*Boleto para simples pagamento da fatura faturamento de energia elétrica - N° 029.864.494

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Inscrição Estadual 15.415.822-0

DADOS DO CLIENTE

CELEM DOMINGOS DA SILVA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENIMENTO	TOTAL A PAGAR
AGO/2019	20/08/2019	150	27/08/2019	R\$ 138,62

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data do Pagamento: 29/08/2019

Pagador: CELEM 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
31502440000229271	001371069201908	27/08/2019	R\$ 138,62	

BENEFICIARIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

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 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 do 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. Esta 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 Alexandria Cesar Duarte

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754-74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Maria de Satima Alves de Almada inscrito (a) no CPF sob o N° 105.887.244-32
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Maria de Satima Alves de Almada

Inscrito (a) no CPF sob o N° 105.887.244-32, 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 à 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: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: <u>Chamigabeira</u>
Bairro: <u>João Pessoa</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u></u>	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 04/10/19

Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

04 OUT. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Leandro Ferreira de Oliveira,
RG nº 3 488.698, data de expedição 05/10/2019
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 099.101.184-83, com
domicílio na cidade de Colombópolis, no Estado de
Pará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua nova Serraria do Pente, nº 125,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Maria de Fátima Almeida, condutor era
Adel Gremio de Souza Dantas

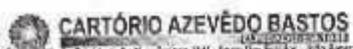
Veículo: moto
Modelo: CB 250F Twister
Ano: 2016
Placa: GRL-8906
Chassi: 9G2MC44006R015374
Data do Acidente: 02/05/2019
Local e Data: João Pessoa, 05-09-19

Leandro Ferreira de Oliveira

Assinatura do Declarante

Adel Gremio de Souza Dantas

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 001/2018
Av. Presidente Epitácio Pessoa, 1145 - Centro da Capital - 58010-000 João Pessoa/PB - CEP: 58010-000 | www.cartorioazevedobastos.com.br | Tel: (83) 3245-5510 | Fax: (83) 3245-5511

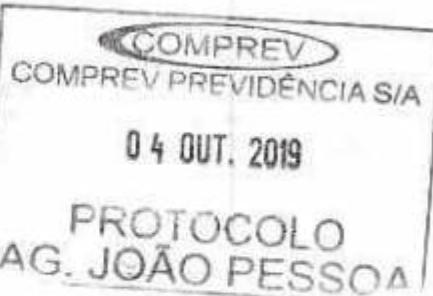
Reconheço por Autenticidade a assinatura de
LEANDRO FERREIRA DE OLIVEIRA.
A qual confere com o padrão registrado nesse serventuário, dou fé.

João Pessoa, cinco de Setembro de dois mil e dezenove
Em Testemunha da verdade.

Marco Antônio de Oliveira, Escrivântia - (Qtd: 1, Total: 12.7)

Selo Digital de Fiscalização Tipo AJC51122-TFVH

Confira os dados do ato em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>



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: 226040 Atd: Nao Regula
Data: 02/05/2019
Hora: 07:46:11
Recepctionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: MARIA DE FATIMA ALVES DE ALMEIDA Num. Prontuario: 2019.05.000110

CNS: 700204969825028 Sexo: F CPF: 3784156 Fone: 987963704

Natural: SAO JOAO DO RIO DO PEIXE/PB Data Nasc.: 16/02/1993 Id: 26 ano(s)

End.: RUA PROJETADA,ONAO SOUBE INFORMAR A RUA

Bairro: VALENTINA DE FIGUEIREDO Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: JOSEFA ALVES DE ALMEIDA Pai: DOMINGOS PEREIRA DE ALMEIDA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: SECRETARIO SEM ESPECIFICACAO

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: NOIVA RESPONSAVEL ALEX JUNIOR DE SOUSA DIAS

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Residencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:	FR:	[X] Aparentemente Bem [] Grave
FC:	TP:	[] Politraumatizado [] Convulsao
Peso:	Altura:	[] Hemorragia [] Dispneia
Glicemia:	IMC:	[] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[] Regular [] Chocado

Doenca Principal

Observacao

PACIENTE VITIMA DE COLISAO CARRO E MOTO COM
TRUAMID

NEGA TCE SIC

acidente com moto apurado

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

dor no poleo, perna e pé dir.

rigidez na articulação da tornozela.

Diagnóstico

Conduta Revisão

FRATURA BÍNATURAL/AF

1-1 c. ortopedico

Prescricao: JOJO ANDRADE J,

Horario da medicacao

Dr. Milton da Silva Liphores
CRM 4714 TEC 6115
Ortopedia Traumatologista

Dr. Adilino Fernandes
CRM 1002 TEC 6276
Ortopedia e Traumatologia

Contra PA: futura os PERIODOS G.R. GERAL
PEDIATRICO P/ INTERVENIR

02/05/19 On-Site

Paciente com ferimento contuso confundido
1/3 proximal da perna direita. Profunda
osteosíntese. Recuperação rápida e顺利

Data e Hora da PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Ch. Tetracogramma 250 VI/I - faze
Pete si facin de formecel D
Azi amedea bia este posibil

~~Reginauro N. Dias Alves
Médico Cirurgião - Geral
CRM/PRB: 6894~~

24
05, Psicología

19 Feito apoio protético no de consentimento, mas sobre hemicôndilo com adesivo as encostas mictares e p/ picos de suspensão.

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Mr & S Dix

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do M—



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Maria de Fátima Alves Data da Admissão: 21/7/19
Pronuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Sexo: M () Cor: _____ Data de Nascimento 1/1
Escolaridade: _____
QPD: Dor + edema Tornozeleira
HDA: Audia bl. protog / Traume Tornozeleira
R- x cl ft. Gimolunar

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: Fadiga Astenia Anorexia Perda de Peso _____ Kg em _____ Prurido Sudoresc 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 Soluço Regurgitação Hematicese Náuseas Vômitos Dispepsia Diarréia Melena Enterorragia Constipação Aumento de volume

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

SME: Dor _____ Rigidex pós-reposo 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 [] JHEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa [] HTF

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

[] Alcoholisme _____

Exercício Físico:

Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____

TB _____

NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg
 FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral:

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios:

Pele:

ACV:

AR:

ABD:

AGU:

SME:

SN:

S/alt.

001 + estoma Tenoz. (K)

Resultados de Exames Complementares:

Hipóteses Diagnósticas:

PT. Bimolaris Tomoz. (A)

Conduta:

Intervenção PI + 7º amygdo.



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>João de Feliciano</i>				Registro:
Idade: <i>26</i>	Sexo: <i>F</i>	Cor: <i>branca</i>	Clinica: <i>Hospital São Lucas</i>	EMP: _____
Data: <i>23/5/15</i>	Cirurgião: <i>Dra. Roseli</i>			1º Assistente: <i>Dra. Ana Lúcia</i>
2º Assistente: <i>Dra. Sueli</i>	3º Assistente: <i></i>			Instrumentador: <i></i>
Anestesista: <i>Dra. Mayra</i>	Tipo Anestesia: <i></i>			Horário: I: _____ T: _____
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPÉRATÓRIO				
<i>Fractura Sinuclédica Levada</i>				
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				
<i></i>				
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				
<i>Ressecção cirúrgica assum fisionó</i>				
CÓDIGO				
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 (<input type="checkbox"/>) Sim	Descreva:	
		2 (<input type="checkbox"/>) Não		
Biópsia de Congelação:		1 (<input type="checkbox"/>) Sim		
		2 (<input type="checkbox"/>) Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:				
1 (<input type="checkbox"/>) Enfermaria 2 (<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3 (<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico				

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Anfíscio e anti-séptico
no corpo operatório.

Incisão:

Faz-se a incisão
ao nível da fibula
distal

Achados:

Se observa superfície
com fissuras e
espessura fibulara

Conduta:

de 5 cm e 5 mm.
fim de com 5 paus.
Repete-se fáscia tendão

Faz-se ao nível da
mídia distal - pede
circunferência
1 pau fino medido

Fechamento:

Broto de fáscia
tendão.

OBS:

geral
de fundo
de fundo

Data: 23/11/19

Dr. Roberto A. Soárez
Traumatologista
CRM 11.000

MÉDICO/CRM



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		DATA DE NASCIMENTO 24/08/2009
PROJETO N° GUEIRA	3.784.156	
MARIA DE FÁTIMA ALVES DE ALMEIDA		DATUM DE NASCIMENTO 16/02/1993
DOMINGOS PEREIRA DE ALMEIDA		NASC. N.13556 FLS. 502 LIV. A-21
JOSEFA ALVES DE ALMEIDA		CARTÓRIO SJ RIO DO PEIXE-PB
REGISTRO		LEI Nº 7.160/96 (DE)
NOME		ABRIL/2009
		LEI Nº 7.160/96 (DE)

COMPREV
COMPRA VENDA
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



ONIPREV
COMPANHIA PREVIDÊNCIA S/A
04 OUT. 2019
PROTÓCOLO
Nº 00000000000000000000
JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567579 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE FATIMA ALVES DE **Data do acidente:** 02/05/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA
ALMEIDA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO DIREITO.

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 MODERADA DE TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: P.1,3(BAM) P.6(CIRURGIA)

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567579 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE FATIMA ALVES DE **Data do acidente:** 02/05/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA
ALMEIDA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO DIREITO.

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 MODERADA DE TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: P.1,3(BAM) P.6(CIRURGIA)

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50