

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

10588724432 - *Clara de Fátima A. 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:

6 - CPF:

Clara de Fátima Alves de Almeida 10588724432

7 - Endereço:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

Recuso Av. Fortaleza João Pessoa

PR 58069-039

(83) 986634906

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0617

CONTA:

37944

8

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

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 a 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, afirmando 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 (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ 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 nascuro (nascer)?

☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, entendendo, 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 - Assinatura de quem assina a pedido

35 - Nome legível de quem assina a pedido

36 - CPF legível de quem assina a pedido

37 - (F) Assinatura de quem assina a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 04/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



5067 2250 3503 6732

M DE FATIMA A D ALMEIDA
0617 013 00037944-8

VALIDDATE
10/24

e!c

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

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



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, 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: 10588724432 10588724432 Maria de Fátima Alves de Almeida

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

5 - Nome completo: Maria de Fátima Alves de Almeida 6 - CPF: 10588724432
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Av. Fortaleza 9 - Número: 345 10 - Complemento:
11 - Bairro: Gramma 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58069-039
15 - E-mail: (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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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 abaixo. Assinale uma opção):

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0617 CONTA: 37944

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 1º, § 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 (vencer)? ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a 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 ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura legível de quem assina a roga/a pedido

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 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 04/10/19
Maria de Fátima Alves de Almeida

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
04 OUT. 2019
PROTOCOLO
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 Nº 10866.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:02 horas do dia 19 de setembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e 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 Júnior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Maria de Fatima 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) Fatos:

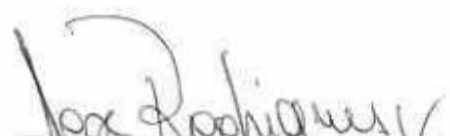
Local: Rua Manoel Lopes de Carvalho, Posto Br, João Pessoa/PB, bairro Água Fria; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 02/05/19 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

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 PREFERENCIA 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, excepo 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 FATIMA ALVES DE ALMEIDA
Noticiante



Procedimento Policial: 10866.01.2019.1.00.401

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: 10588724432 10588724432 Maria de Fátima Alves de Almeida

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

5 - Nome completo: Maria de Fátima Alves de Almeida 6 - CPF: 10588724432
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Av. Fortaleza 9 - Número: 345 10 - Complemento:
11 - Bairro: Gramma 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58069-039
15 - E-mail: (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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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 abaixo. Assinale uma opção):

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0617 CONTA: 37944

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 1º, § 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 (vencer)? ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a 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 ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura legível da vítima ou representante legal

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 - 1º Nome:

CPF:

39 - 2º 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)



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





CERTIDÃO

Nº. 1538/2019

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 Buritty, 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, dato 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: 000000037944-8

Nr. da Autenticação DD88D8C0155BA2EC



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-370 - CNPJ: 09.123.654/0001-07

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INDIQUE SEU NÚMERO
MATRÍCULA

1110411

N.º QSP

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS

20864157

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

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001.092.255.0188.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A07A112079	17/05/2003	DEPO. LACEP	LIGADO	POTENCIAL		

Consta(n) em nossos registros pendência(s) de pagamento de conta intercorrências. Conforme previsto na Lei Federal 11.445, essa(s) pendência(s) sujeita(m) o imóvel à suspensão no fornecimento de água. Caso o débito já tenha sido quitado, há mais de 5 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\$)
JAN/2019	16/02/2019	41,09			
ABR/2019	16/04/2019	37,95			

EMISSION:

02/05/2019

Total a Pagar:

R\$ 129,02

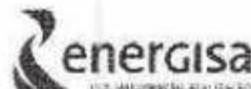
COMPROVANTE DE PAGAMENTO
04 OUT. 2019
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Existe para simplificar pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica. N° 029.854.494



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 29.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 15.015.822-0

DADOS DO CLIENTE			CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
CELENI DOMINGOS DA SILVA RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 JOÃO PESSOA			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 de Pagamento: 29/08/2019				
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
31502440000229271	001371069201908	27/08/2019	R\$ 138,62	
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				



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 88 | 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29635>

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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Cesar Duarte

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

M^a de Fátima Alves de Almeida inscrito (a) no CPF sob o Nº 105.887.244 / 32

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima M^a de Fátima Alves de Almeida

inscrito (a) no CPF sob o Nº 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 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>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Changabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

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

Alexandra Cesar Duarte
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 05/08/2019
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 099.101.184-83, com
domicílio na cidade de Caldeirão, no Estado de
Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Nossa Senhora da Penha, nº 125,
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 Maria de Fátima Alves Almeida cujo o condutor era
Alex Junio de Souza Dias

Veículo: moto
Modelo: CB 250F Twister
Ano: 2016
Placa: ATL-8906
Chassi: 9C2MC44006R015374
Data do Acidente: 02/05/2019
Local e Data: João Pessoa, 03-09-19

Leandro Ferreira de Oliveira
Assinatura do Declarante

Alex Junio de Souza Dias

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

LAZARIMONTES

E TABELIONATO DE NOTAS - Código CNJ 08.100

Av. Presidente Epitácio Pessoa, 1145 - Centro - João Pessoa - PB - CEP 53.030-000 - www.cartorioazvedobastos.pb.gov.br - Tel.: (33) 3344-5511 - Fax: (33) 3344-5512

Reconheço por Autenticidade a assinatura de

LEANDRO FERREIRA DE OLIVEIRA

a qual comparece com o padrão registrado nesse servente, dou fé

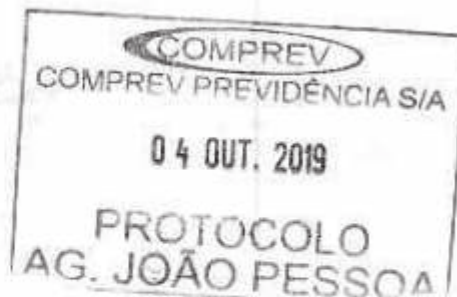
João Pessoa, cinco de Setembro de dois mil e dezenove

Em Teste da verdade

Marcelo Timóteo de Oliveira, Escrevente - (Qtd: 1, Total: 12.7)

Selo Digital de Fiscalização Tipo AJCS1122-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
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MARIA DE FATIMA ALVES DE ALMEIDA Num. de vezes atendido: 1
CNS: 700204969825028 Sexo: F CPF: 3784156 Fone: 987963704 Num. Prontuario: 2019.05.000110
Natural: SAO JOAO DO RIO DO PEIXE/PB Data Nasc.: 16/02/1993 Id: 26 ano(s)
End.: RUA PROJETADA, 00NAO 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
Ocupação: SECRETARIO SEM ESPECIFICACAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO
Resp.: NOIVA RESPONSVEL ALEX JUNIOR DE SOUSA DIAS
Tél/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU
Vitima de acidente por: MOTO
Vitima de violência por: NAO
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

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

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Lesão Principal

PACIENTE VITIMA DE COLISAO CARRO E MOTO COM
TRAUMA MID

Observacao

NEGA TCE SIG

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

acidente com moto apunhalado
por um joelho, para e pi di r.
rua da rua de alameda ou torcida.

Diagnostico

FRATURA BILATERAL

Conduta

Revis X
1-1-1. ortopedicos

Prescrição

DR. JOAO DO CARVALHO D.

Horario da medicacao

DR. PEREIRA CARVALHO - Contato
DR. Milton da Silva Lino
CRM 4714 TEO 615
Ortopedia Traumatologia
1/3 PROXIMA DA PERDA.
Conduta: SUTURA DA FERIDA P/ CIR. GERAL
ROTACIONAR P/ INTERNAR
Dr. Porfirio Fernandes
CRM 6278

02/05/19 Cir. Geral

Paciente com ferimento aberto confusão 1/3 proximal de pura direita. Profundidade subcutâneo. Recolhe do limbo + sub

Data e Hora Prescrição (assinatura e carimbo)

Cl. Tetarogamma 250 UI/ml - Faz
Pete e/ fratura de tornozelo D
Aos cuidados da auto cuida

Reginauro N. Dias Alves
Médico Cirurgião - Geral
CRM 788 6894

24/05/19 Psicologia

Feito após psicologia com consentimento, melhorou
admitir as orientações médicas p/ plano de recuperação

Qtde.	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
				Alana Gomes
				Psicóloga
				CRP-13/4139



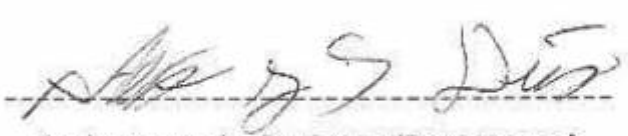
Reservado p/ liberacao

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

Data da Admissão: 2 / 5 / 19

Nome: Maria de Fátima Alves
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Sexo: ☒ F ☐ M () Cor: _____ Data de Nascimento: 1 / 1 / _____
Escolaridade: _____

QPD: Dor + edema tornoz. (Δ)
HDA: Queixa de prurido e trauma tornoz. (Δ)
Rx c/ ft. Ginecológica

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: ☐ Cefaleia ☐ 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-reposouso ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☒ Edema ☒ Repetição ☐ 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 [] HTF
[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

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 DOT + edema tornoz. (D)

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: PT - Bimaleolar Tornoz. (D)

Conduta: Internação pl + 7º curativo.

RELATÓRIO DE CIRURGIA

[illegible]

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Anestesia geral
 joelho exposto

Incisão:

Incisão horizontal
 ao nível da fíbula

Achados:

Articulação
 com fratura da tíbia
 e fíbula

Conduta:

de 5 (cinco) pontos
 fixados com 5 pontos.
 Repi foi feita com

Fixação ao nível da
 malleola lateral e posterior
 com 2 pontos e medula

Fechamento:

com 4 pontos
 Repi foi feita com

OBS:

sem
 de fratura da

Data: 23/11/19

Dr. Roberto A. Sáez
 CRM - Traumatologia
 1550


Ministério da Fazenda
CPF
Recife Federal
CADASTRO DE PESSOAS FISICAIS
 Número de Inscrição
105.887.244-32
 Nome
MARIA DE FATIMA ALVES DE ALMEIDA
 Nascimento
16/02/1993

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 REGISTRO CIVIL 3.784.156 DATA DE EXPIRAÇÃO 24/08/2009
 NOME MARIA DE FÁTIMA ALVES DE ALMEIDA
 RELACÃO DOMINGOS PEREIRA DE ALMEIDA
 JOSEFA ALVES DE ALMEIDA
 NATURALIDADE
 DATA DE NASCIMENTO
 SÃO JOÃO DO RIO DO PEIXE-PB 16/02/1993
 COGO ORIGEM NASC.N.13556 FLS.502 LIV.A-21
 CARTORIO SJ RIO DO PEIXE-PB
 Assinatura do Diretor
 L.S. Nº 7.110 DE 19/06/03

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DA PARAÍBA
 SECRETARIA DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO DE POLÍCIA CRIMINAL
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
 CARTEIRA DE IDENTIDADE
 Nome: *Maria de Fátima Alves de Almeida*
 Assinatura: *Maria de Fátima Alves de Almeida*


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSLITO
 CÂMBIO NACIONAL DE HABITACAO

NOME
 ALEXANDRA CESAR DUARTE

RG/IDENTIDADE / OUTROS RG
 2027715 SSP RJ

CPF
 046.502.754-74

DATA NASCIMENTO
 21/08/1982

PAIS
 ALEXANDRE DE ARAUJO
 DUARTE
 MARCIA CESAR DUARTE

PROFISSÃO
 ADE
 CATEGORIA
 B

Nº REGISTRO
 01051249660

VIGENCIA
 16/01/2019

1ª VIGENCIA
 29/06/2001

VALIDA EM TODOS
 O TERRITORIO NACIONAL
 894056231

ASSINATURA
 Alexandra Cesar Duarte

LOCAL
 JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSAO
 17/01/2014

ASSINATURA
 Rodrigo Carneiro

66588356744
 78027812593

DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO

PROFISSÃO PLASTIFICAR
 894056231

COMPREV
 COMPROVA PREVIDENCIA S/A
 04 OUT. 2019
 PROTOCOLO
 AG JOAO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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 ALMEIDA **Data do acidente:** 02/05/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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