



Número: **0800001-38.2020.8.15.0751**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Bayeux**

Última distribuição : **02/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.638,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JONATA CARNEIRO DE SOUZA (AUTOR)		FLAVIANA DA SILVA CÂMARA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
30310556	01/05/2020 10:57	2716201_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



CERTIDÃO

Nº. 1331/2019

Atendendo solicitação de FLAVIANA DA SILVA CÂMARA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burty, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº224366 e Prontuário Nº 2019.04.3013 pertencentes ao paciente **JONATA CARNEIRO DE SOUZA** que foi atendido dia 25/04/2019 às 08-113min, vítima de queda de moto. Apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta dos ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 15/05/2019. Com alta médica dia 16/05/2019.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 14 de agosto de 2019


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



PEFETURA 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: 224356 Atd: Nao Regu
Data: 25/04/2019
Hora: 08:13:25
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JONATA CARNEIRO DE SOUZA Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M CPF: 10381793435 Fone: 988974686 Num. Prontuario: 2019 04.000013
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 13/08/1995 Id: 23 ano(s)
End.: RUA/ MARIA SOUZA XAVIER, 0
Bairro: MANGUINHOS Cidade: BAYEUX UF: PB
Mae: MARIA JOSE CARNEIRO DE SOUZA Pai: EDMILSON FERNANDES DE SOUZA
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: Estado Civil: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: JONATA CARNEIRO DE SOUZA
Tel/Doc. Responsavel: 988974686 / CPF: 10381793435
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: BOMBEIRO
Vitima de acidente por: MOTO
Vitima de violencia por: NAO
☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

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

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave
☐ Politraumatizado ☐ Convulsao
☐ Hemorragia ☐ Dispneia
☐ Diarreia ☐ Agitado
☐ Regular ☐ Chocado
☐ Vomito

Observacao

Queixa Principal

CA DE MOTO COM PROVAVEL FRATURA ?

Historia - Exame Físico

paciente vitima de acidente trazido
pelo SAMU e MIEsq imobilizado. Refere queixa
de dor na MIEsq. No joelho queixas do exame
PBG, anarctico, anictico; apêndice exposto e doado
Glasgow 15 Abd= flácido; indolor à palp D.E.-1

Diagnostico

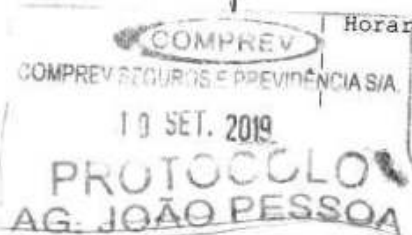
Trauma MIEsq

Conduta

Os cuidados da ortopedia

Prescrição

Horario da medicacao



Angela Lira





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Janete Carmine de Souza</u>		Data da Admissão: <u>25/04/19</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermária: _____	Leitor: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Religião: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: <u>1/1</u>
Escolaridade: _____			
QPD: <u>Do em MIE</u>			
HDA: <u>Excento refer quando de parto, evidenciou</u> <u>na instabilidade de gêmeos (E)</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso <u> </u> Kg em <u> </u> ☐ 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 <u> </u> ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise			
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema <u> </u> Outros: _____			
ABD: ☐ Dor <u> </u> ☐ 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 <u> </u> ☐ Rigidez pós-reposso ☐ Deformidades			
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos			
SN e PSO: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade: _____			
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 55056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ [] HTF

Cirurgias: _____

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

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

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

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: De de puno (E)Hipóteses Diagnósticas: Ex de punoConduta: Intervenção cirúrgica p/ tratamento cirúrgico

Dr. Pedro Pietrzani Cerutti
Médico
CRM-PB 12276

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





Nome: <i>JONATA CARNEIRO DE SOUZA</i>				Registro:	
Idade: <i>23a</i>	Sexo: <i>Masc</i>	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>15/05/2019</i>			Cirurgião: <i>Jorge Augusto</i>		
1º Assistente: <i>Alexandre Galvão</i>			2º Assistente: <i>KLEENIO R1</i>		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura dos Ossos da Perna E</i>					<i>S82.3</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Osteossíntese de Tibia e Fíbula</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA**Posição e Preparo:**

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de garrote em MIE

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em 1/3 médio da região anterolateral da perna

Abertura de tensor da fascia lata

Acesso entre músculo tibial anterior e face lateral de diáfise da tíbia

Achados:

Visualização de foco de fratura da tíbia

Conduta:

Realizada manobra de redução

Dissecção por planos até foco de fratura de fíbula

Aposição de 01 placa em L para pilão tibial

Aposição de 02 parafusos esponjosos de Ø 4.5mm + 01 parafuso interfragmentar de Ø 4.5mm

Aposição de 03 parafusos proximais de Ø 4.5mm

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

Fechamento:

Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo

Realizado RX controle

OBS: paciente sem queixas, alta hospitalar em 24h

Data: 15 / 05 / 19

Dr. Klênio Farias da Nobrega
Res. Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 11671

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/05/2020 10:57:23

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050110572369800000029124943>

Número do documento: 20050110572369800000029124943

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITABILIDADE
CARTEIRA NACIONAL DE HABITABILIDADE

JOSEFA CARREIRO DE SOUZA

VOLUNTÁRIO / OUTROS: **1000** **PS**

CNPJ: **103.817.34-35** **13.08/1990**

PAÍS: **BRASIL** **PERMANENTE DE**
SOUSA **MARIA JOSE CARREIRO DE**
SOUSA

PAÍS: **BRASIL** **PERMANENTE** **A**

Nº REGISTRO: **06355012650** **28/04/2011** **21/04/2011**

1083278406

JOÃO PESSOA, PB

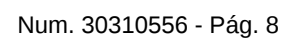
21/04/2011

61136 773/9
21128 747/7

JOÃO PESSOA, PB (PARAIBA)

COMPREV
COMPREV SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA S/A
10 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190525412 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JONATA CARNEIRO DE SOUZA **Data do acidente:** 25/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.6)
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 MEMBRO INFERIOR
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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190525412 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JONATA CARNEIRO DE SOUZA **Data do acidente:** 25/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.6)
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 MEMBRO INFERIOR
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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO

Outorgante: Jonata Carneiro de Souza, brasileiro(a), estado civil casado, profissão leiturista, residente e domiciliado à Rua Ver Genesio Lacerda nº 565, bairro Marquês de Pombal, Município de Bayeux, Estado de (o) Pernambuco, Cep: 55.888-000, portador(a) do Rg nº 369.1252, SSP/PE e CPF nº 103.817.934-35.

Outorgado: Flaviana da Silva Carneiro, brasileiro(a), estado civil solteira, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua da República nº 310, bairro Centro, Município de João Pessoa, Estado de (o) Pernambuco, Cep: 55.000-000, portador (a) do RG nº 2671190, SSP/PE e CPF nº 048.049.624-69.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) Jonata Carneiro de Souza, ocorrido em 25/04/2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza Inocuidade.

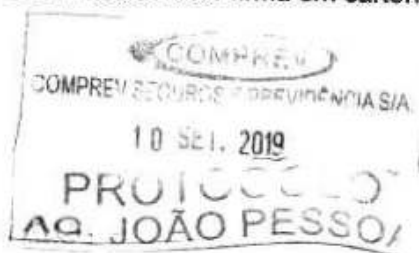
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim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

João Pessoa, 04 de 09 de 2019.

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Jonata Carneiro de Souza
Outorgante
CPF Nº 103.817.934-35

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0313627/19

Vítima: JONATA CARNEIRO DE SOUZA

CPF: 103.817.934-35

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JONATA CARNEIRO DE SOUZA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

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

JONATA CARNEIRO DE SOUZA : 103.817.934-35

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/09/2019
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS





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, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190525412

Vítima: JONATA CARNEIRO DE SOUZA

Data do Acidente: 25/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JONATA CARNEIRO DE SOUZA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: JONATA CARNEIRO DE SOUZA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000001729-9

Conta: 000001007402-9

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

Pag. 00577/00578 - carta_15R - INVALIDEZ





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, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190525412

Vítima: JONATA CARNEIRO DE SOUZA

Data do Acidente: 25/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JONATA CARNEIRO DE SOUZA

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

Carta nº 14905886

Pag. 00187/00188 - carta_01 - INVALIDEZ





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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:

103817 934-35 Jonata Carneiro de Souza

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Nº do CPF:

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

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.500,00 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

1729

CONTA:

10044020

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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:

☐

Sim

☐

Não

30 - Vítima deixou nasoturo (vairascer)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐

Sim

☐

Não

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 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:

COMPREENSÃO E PREVENIÊNCIA

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

PROTEÇÃO

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa, 10/05/2019

X Jonata Carneiro de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/05/2020 10:57:23

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050110572369800000029124943

Número do documento: 20050110572369800000029124943

Num. 30310556 - Pág. 15



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19021724B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/novobat /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por AMÉRICO, matrícula 1069636, Policial Rodoviário Federal, em 25/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19021724B01 e o número de controle C9597058F8E28D3FC5B1049160DE88.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19021724B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 25/04/2019 Hora: 07:50 Município: JOAO PESSOA/PB
BR: 230 KM: 25,0 Sentido: Decrescente
Policia! responsável pelo atendimento: AMERICO, 1069836

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Múltipla	Condição da Pista: Molhada
Estrutura Viária: Active	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Não	Canteiro Central: Sim
Condição meteorológica: Chuva	Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 25/04/2019, por volta das 07h50, no KM 25 da BR-230, em João Pessoa/PB, ocorreu um acidente, do tipo tombamento, com vítimas (01 lesionada). Os veículos envolvidos foram: V1 - tipo motocicleta, marca HONDA, modelo CG 125 FAN KS, placa OEY9059, conduzido por Jonatas Carneiro de Souza. Com base na análise dos vestígios identificados, constatou-se que V1 transitava no sentido João Pessoa-PB/Cabedelo-PB na faixa direita quando para não colidir em veículo que estava a frente freou bruscamente perdendo o controle de direção tombando sobre a rodovia tendo o condutor sofrido lesões graves. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi a falta de distância de segurança frontal, ação esta praticada por V1. Observações: - Local do acidente desfeito, o condutor não se encontrava no local do acidente e o veículo estava encostado na mureta do canteiro central. - Velocidade regulamentar: 80 Km/h. - Local com sinalização vertical e horizontal. - Condutor socorrido e encaminhado pelo Corpo de Bombeiros ao Hospital. - Veículo foi retirado por se encontrar com licenciamento vencido. - Não houve realização de teste de etilômetro pois o envolvido foi hospitalizado.



Documento assinado eletronicamente por AMERICO, matrícula 1069836, Polícia Rodoviária Federal, em 25/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.100-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 6 de outubro de 2015 e na seção 6 do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: <http://www.prf.gov.br/hoiobas/autenticar>, informando o protocolo 19021724B01 e o número de controle C9597058F8E28D3FC5B104916DDEB8.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

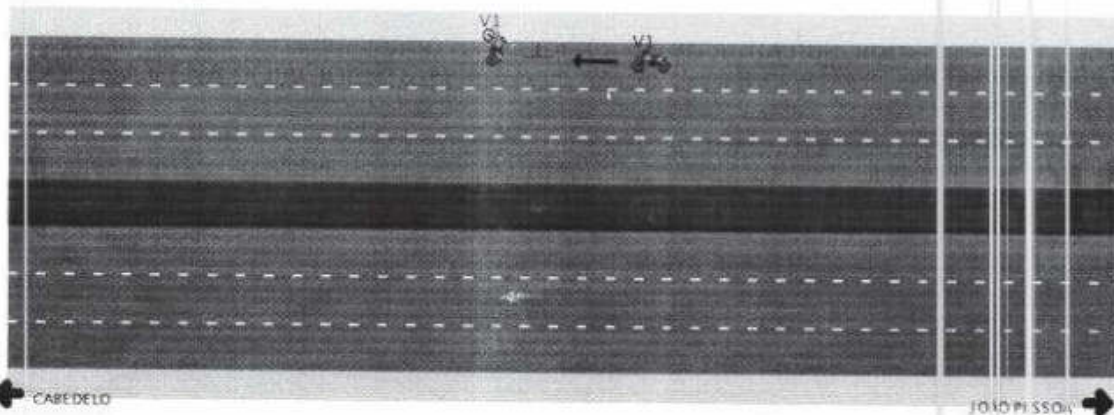


BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19021724B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local do evento



AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Tombamento	V1

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
1	V1			

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
---------------	-------------	----------------

V1 - VEÍCULO 1 - OEY9059 - MOTOCICLETA

V1 - Informações

Placa: OEY9059 Marca/modelo: HONDA/CG 125 FAN KS

Renavam: 0035863421

Ano fabricação: 2011 Chassi: 9C2JC4110CR404896

Tipo de veículo: Motocicleta

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Cor: Preta

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Informações complementares: Houve danos no guidão do veículo.



Documento assinado eletronicamente por AMÉRICO, matrícula 1069834, Policial Rodoviário Federal, em 25/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movobatautenticar>, informando o protocolo 19021724B01 e o número de controle C9597058F8E2B03FC5B1049160DEB8.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19021724B01

V1 - Encaminhamento

Motivo: Outros

Tipo de Receptor: Outro

Informações complementares: Veículo foi retido para depósito conveniado, empresa transguard, por estar com licenciamento vencido. lacre da placa rompido, falta de espelhos retrovisores.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por AMÉRICO, matrícula 1069836, Policial Rodoviário Federal, em 25/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novotat/autenticar>, informando o protocolo 19021724B01 e o número de controle C959705BF8E28D3FC5B1049160DEB8.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19021724B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/CG 125 FAN KS

Placa: OEY9059

Nº BOAT: 15021724B01

Nome do Agente: AMERICO

Matrícula do Agente: 1069836

Data: 25/04/2019

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (tríciclos)			X	

Dano de Monta: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA

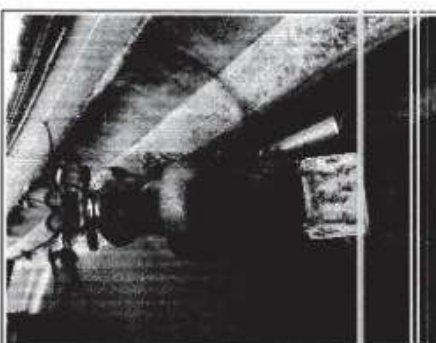


IMAGEM DA TRASEIRA

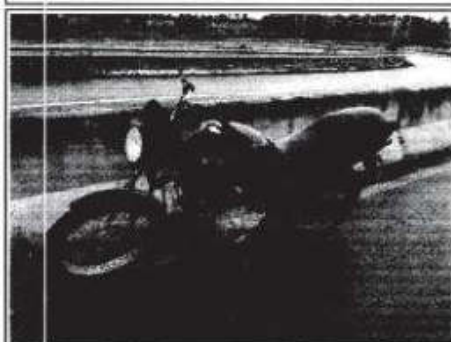


IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA

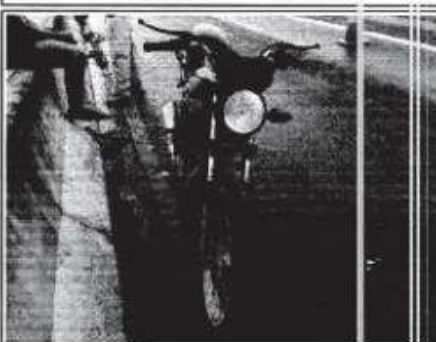


IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por AMERICO, matrícula 1069836, Polícia Rodoviária Federal, em 25/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.201-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/inec/obata/autenticar>, informando o protocolo 19021724B01 e o número de controle C9597058FBE28D3FC5B104916DDEB8.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19021724B01



V1 - Proprietário

Nome: ALEXANDRA ARAUJO SILVA
Email:
Endereço: JOAO PESSOA-PB

CPF/CNPJ: 072.325.204-17
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - JONATA CARNEIRO DE SOUZA

V1C - Informações

Nome: JONATA CARNEIRO DE SOUZA
CPF: 103.817.934-35
Sexo: Masculino
Usava capacete: Ignorado

Data de Nascimento: 13/08/1995
Estado civil: Não Informado
Estado físico: Lesões Graves

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: A
UF: PB
Observações CNH: 99

Primeira habilitação: 29/04/2015
Vencimento da habilitação: 29/04/2020

Nº Registro: 06355C12650
Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA GENIVAL GUEDES, 595, MARIO ANDREAZA, BAYEUX-PB
Telefone: 83 986249838

Email: jefersonsouza@hotmail.com

V1C - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico
Informações complementares:

Tipo de Receptor: Hospital ou clínica



Documento assinado eletronicamente por AMERICO, matrícula 1069836, Policial Rodoviária Federal, em 25/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novotab/autenticar>, informando o protocolo 19021724B01 e o número de controle C9597058F3E28D3FC5B104916DDEB8.

191





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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:

103817 934-35 Jonata Carneiro de Souza

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - CPF:

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



SEM RENDA



R\$1.000,00 A R\$1.000,00



R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00



R\$2.500,00 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)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1729

CONTA:

10044020

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 (viveres)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pai(a)u(s) vivos?



Sim



Não

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

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:

COMPREENSÃO E PREVIDÊNCIA

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

PROTEÇÃO

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa, 10/05/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FNS-001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/05/2020 10:57:23

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050110572369800000029124943

Número do documento: 20050110572369800000029124943

Num. 30310556 - Pág. 22

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: 224356 Atd: Nao Regu
Data: 25/04/2019
Hora: 08:13:25
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JONATA CARNEIRO DE SOUZA Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M CPF: 10381793435 Fone: 988974686 Num. Prontuario: 2019 04.000013
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 13/08/1995 Id: 23 ano(s)
End.: RUA/ MARIA SOUZA XAVIER, 0
Bairro: MANGUINHOS Cidade: BAYEUX UF: PB
Mae: MARIA JOSE CARNEIRO DE SOUZA Pai: EDMILSON FERNANDES DE SOUZA
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: Estado Civil: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: JONATA CARNEIRO DE SOUZA
Tel/Doc. Responsavel: 988974686 / CPF: 10381793435
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: BOMBEIRO
Vitima de acidente por: MOTO
Vitima de violência por: NAO
☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

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

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave
☐ Politraumatizado ☐ Convulsao
☐ Hemorragia ☐ Dispneia
☐ Diarreia ☐ Agitado
☐ Regular ☐ Chocado
☐ Vomito

Observacao

Queixa Principal

CA DE MOTO COM PROVAVEL FRATURA ?

Historia - Exame Físico

paciente vitima de acidente trazido
pelo SAMU e MIEsq imobilizado. Refere queixa
de dor na MIEsq. No exame físico: membros superiores
BOB, anestesias; anestesias; apêndices e membros inferiores
Glasgow 15 Abd= flácida; indolente à palp D.E.-1

Diagnostico

Trauma MIEsq

Conduta

Os cuidados da ortopedia

Prescrição

Horario da medicacao

COMPREV
COMPREV ACORDOS E PREVIDENCIA S/A
10 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Angelica



BRADESCO

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: 24/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JONATA CARNEIRO DE SOUZA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01729-9

CONTA: 000001007402-9

Nr. Autenticação

BRADESCO2409201905000000000023701729000001007402236250 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/05/2020 10:57:23

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050110572369800000029124943>

Número do documento: 20050110572369800000029124943

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda-via de conta

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica Nº 030.330.767



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Insc. Est. 16.915.823-0

DADOS DO CLIENTE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR	
MARIA JOSE CARNEIRO DE SOUZA RUA VER GENIVAL GUEDES 565 QD 10 LT 06 BAYEUX		5/417560-0	
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO
AGO/2019	29/08/2019	317	05/09/2019
			TOTAL A PAGAR
			R\$ 279,34

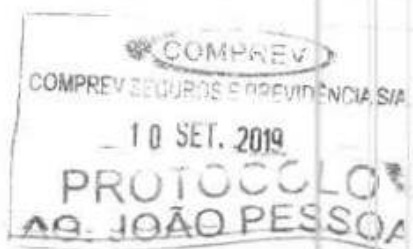
Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 05662.623171 4 80030000027934				
Pagador: MARIA JOSE CARNEIRO DE SOUZA CNPJ/CPF: 826.656.134-68				
RUA VER GENIVAL GUEDES 565 QD 10 LT 06 - MARIO ANDREAZZA - BAYEUX / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120005662623	000417560201908	05/09/2019	R\$ 279,34	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				
BR 230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR 230 KM 25 - CRISTO REDENTOR - JOAO PESSOA - PB - CEP - 58071-610
CNPJ: 09.095.183/0001-40 INSC EST.: 150158230

06- 001 - 409 - 3140	B	CJC: 0000280012 - 6
PEDRO JOSE DA SILVA		
RUA DA REPUBLICA 390		VARADOURO
JOAO PESSOA		CEP: 58.010- 13
Domicílio:	971 Medidor: 00008162616	Coordenadas: -7,121236, -34.385865
Referência: PX. A LOJA CRIATIVA ONDE FABRICA FLACAS		



Para Uso do Entregador ☐ Mudou-se ☐ Endereço Insuficiente ☐ Não Existe o Nº Indicado ☐ Desconhecido ☐ Recusado		☐ Não Procurado ☐ Ausente ☐ Falecido ☐ Informação Escrita pelo Porteiro	Reintegrado em:
			Ass. Nurr. Caiteiro:



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Flaviana da Silva Bannore inscrita (a) no CPF/CNPJ 048.079.621/69
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Geneta Comero de Souza inscrita
(a) no CPF sob o N° 103.817.934/35, do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da Vítima
Geneta Comero de Souza inscrita (a) no CPF sob o N° 103.817.934/35, 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 da República</u>		Número <u>390</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58010-180</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD)
			<u>(83)98873-0310</u>

João Pessoa, 09 de 09 de 2019
Local e Data

Flaviana da Silva Bannore
Assinatura do Declarante

