

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, 24 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200155130 **Vítima: JOAO CARLOS DE MORAES**

Data do Acidente: 21/12/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO CARLOS DE MORAES

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, 14 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200155130 **Vítima: JOAO CARLOS DE MORAES**

Data do Acidente: 21/12/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO CARLOS DE MORAES

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: JOAO CARLOS DE MORAES

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

Banco: **104**

Agência: **000001911**

Conta: **0000050753-6**

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



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: 07/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO CARLOS DE MORAES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01911

CONTA: 00000050753-6

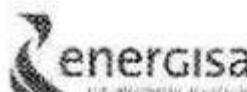
Nr. da Autenticação 915ECF0DD1AA9CFC

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é sequência da conta.

Recibo para sempre pagamento da fatura da conta da Energisa paraíba N° 037.641.360



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.295.363 / 0701-68 Insc. EST 16.215.623-8

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698281-1

REFERENCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JAN/2020	20/01/2020	227	27/01/2020	R\$ 193,47

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 30/01/2020

Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-45

RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440008234773	001698281202001	27/01/2020	R\$ 193,47	

BENEFICIARIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

PR230 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)

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0660 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 82 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Ovidoria: 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/BLIO/OTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO FEDERATIVO PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ASSESSORIA, CAPITALIZAÇÃO E RESSSEGURADO. 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 ILICITAS PREVISTAS NA LEI N.º 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte

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

João Carlos de Moraes inscrito (a) no CPF sob o N.º 753.622.824-72

do sinistro da DPVAT cobertura Invalidez da Vítima João Carlos de Moraes

inscrito (a) no CPF sob o N.º 753.622.824-72 conforme determinação da Circular Susep 445/12

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro a respeito, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia da 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>Av. Agente Fiscal José E. Duarte</u>	Número:	<u>151</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Vila Engabeba</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:	<u>58056-384</u>	
E-mail:							Tel. (DAD):	<u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 20/03/2020

Alexandria Cesar Duarte
Assinatura do Declarante



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: JOÃO CARLOS DE MORAES					PRONTUÁRIO N°:	
DATA: 61	SEXO: MASC.	COB:	CLÍNICA	JENS:	LEITO	
DATA DE ADMISSÃO: 21/12/19		DATA DE ALTA: 03/01/20		TEMPO DE PERMANÊNCIA:		
DIAGNÓSTICO INICIAL: PT. BIOMOLECULAR					CID: S. 81.6	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: O MESMO.						
OUTROS DIAGNÓSTICOS:						
PRINCIPAIS EXAMES:						
PROCEDIMENTO REALIZADO:						
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA:						
ANATOMIA PATHOLÓGICA:						
INFILÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO				
RESULTADO BACTERIOLOGIA:						
CONDICÕES DE ALTA: <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO		CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO				

RESUMO CLÍNICO	ANAMNESE, FISILOGIA, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES
<p>Paciente submetido a TTO cirúrgico através de remoção crurais + fráscos cutâneos com ósso trófico.</p>	

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: Líquida					
REPOUSO:	Relativo em casa por _____ dias. Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.				
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: Ante + Cefaleas					
RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do Dr. NEAL _____ em 30 dias para revisão. 07/01/20				

DATA: 03/01/20	Dr. Yuri Cordeiro CRM 11.607 / P Ortopedia e Traumatologia MÉDICO / CRM
Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.	

CERTIDÃO

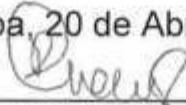
608
Nº. 0350/2020

Atendendo solicitação de **JOAO CARLOS DE MORAES** 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 nº289123 e Prontuário nº 2019.10.1812 pertencente ao paciente **JOAO CARLOS DE MORAES** que foi atendido dia 21/12/2019 ás 18h13min, vitima de colisão de moto x cachorro, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do tornozelo esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia, 02/01/2020. Com alta médica dia 03/01/2020.

E para constar eu Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 20 de Abril de 2020



Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

Dra Rosângela de Fátima de A. Barbosa
Clínica Médica/Medicina Intensiva
GERIATRIA / CRM - PB 3533

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMP: EXC 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: 289123

Atd: Nao Regula

Data: 21/12/2019

Hora: 18:13:32

Recepçionista: GISELLE ETELVINO DE A

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 3

Nome: JOAO CARLOS DE MORAES

Num. Prontuario: 2019.10.001812

Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 713.622.824-72

CNS: 700206973212630 Sexo: M IDENTIDADE: 585474 Fone: 987647281

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 05/05/1958 Id: 61 ano(s)

End.: RUA PROJETADA, 72

Bairro: JOSE AMERICO DE ALMEIDA Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: EDITE NEVES DE MORAIS

Pai: JOSE CARLOS DE MORAIS

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação:

FORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Assp.: JOAO CARLOS DE MORAES

Tel/Doc. Responsavel: 987647281 / IDENTIDADE: 585474

Procedencia: RESIDENCIA

Tipo de esporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[X] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO APOS COLISAO

CACHORRO

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Queda de moto. Apenas escoriações em MSE,
jelly. () Póm movimento de tornozelo ()

Diagnóstico

Conduta 1) Alta de cama
2) Ortopedia

Prescrição

Horário da medicacão

3) curta

11:00

1) tornozelo fl
2) curta fl

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão: _____

PROCEDIMENTO REALIZADO:

DESTINO DO PACIENTE:

() Residência () Transferido
() Alta a Pedido () Enfermaria

() Desistência

() U.T.I. () S.V.O. () I.M.L.

M⁵ da Glória S. mori?



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: João Carlos de Moraes Data da Admissão: / /
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Endereço: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: / /
QPD: fx m7 G.
HDA: Poente órgeo de auante de
moto h6 6h com fx m7.
neurio de homero levo co.
Medicações em uso: _____

CRM 6007
Dr. Júlio Fernandes
Procedente de
Hospital Mangabeira

AR

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e PESCOÇO: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
[]Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

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

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

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

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

Name: John Doe / 1234567890		Sexo: M / Cor: 20 / Clínica: Hospital		Registre: 01/01/2020		CRM: 1234567890		Assistente: Dr. John Doe		Assistente: Dr. Maria Silva		Instrumentador: Dr. Ana Souza		Assistente: Dr. Ana Souza		CID: 00000000000000000000		DIAGNOSTICO (S) PRE-OPERATÓRIO		CID: 00000000000000000000		DIAGNOSTICO (S) POS-OPERATÓRIO		CID: 00000000000000000000		PROCEDIMENTO (S) CIRURGICO (S)		CÓDIGO		PROCEDIMENTO (S) CIRURGICO (S)		CID: 00000000000000000000	

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco 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: _____

Hipóteses Diagnósticas: Ex TUE ①

Conduta: As exames

Dr. Júlio Henrique
Ortopedia e Traumatologia
CRM 8907

SLW

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Próst. dorf

Incisão:

Incisão de marg. e colif

Achados:

Fibra de milho estufa -
mto

Conduta:

Ribe com 1 pao q bln d'BL
arroz + papa milho

Uva d'ar e ar. com
+ flocos de milho

Fechamento:

OBS:

Data: 01/01/20


MÉDICO/CRM

OUTRORIÃO NACIONAL

1638531391

PROIBIDO PLASTIFICAR

JOAO CARLOS DE MORAES



DOC. EMISSOR: ORG. EMISSOR:

505474

03P

PB

CTT

713 622.824-72

DATA EMISSÃO
05/05/1958

PROJETO

JOSE CARLOS DE MORAES

EDITE NEVES DE MORAES

PERMISSÃO

██████████

ACC

██████████

CARTAS

AB

Nº REGISTRO

02545144035

VALIDADE

22/02/2023

PERMITITAÇÃO

03/01/1998

UF: BRASIL

UF: BRASIL

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

JOAO PESSOA, PB

DATA FABRICAÇÃO

28/02/2018

ASSINATURA DO EMISSOR

61526810115

PB036348090

PARAIBA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200155130 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO CARLOS DE MORAES **Data do acidente:** 21/12/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Documento/Motivo: Documentação Médico Hospitalar

Nome do documento Relatório Médico da Internação, Laudo de Exames de Imagem e em caso de cirurgia, folhas cirúrgicas
faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAILIZOU ESTABELECE A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

Outorgante João Carlos de Moraes, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Pedreiro, residente e domiciliado à Rua Pratada, nº 72, bairro Cidade dos Colibris, Município de João Pessoa, Estado de(o) Paraíba, Cep: 58.000-000, portador(a) do RG nº 58.547-9, SSP/ PB e CPF nº 713.622.824-72.

Outorgado: Alexandra Lúcia Duarte, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Almirante Tamandaré, nº 357, bairro Mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de (o) Paraíba, Cep: 58056-384, portador (a) do RG nº 262.7718 SSP/ PB, e CPF nº 046.505.754-41.

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) João Carlos de Moraes, ocorrido em 23/12/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza imvalides.

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, 12, de Fevereiro, de 2020.



X João Carlos de Moraes

Outorgante

CPF Nº 713.622.824-72

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0120733/20

Vítima: JOAO CARLOS DE MORAES

CPF: 713.622.824-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/12/2019

Titular do CPF: JOAO CARLOS DE MORAES

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

JOAO CARLOS DE MORAES : 713.622.824-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/04/2020
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/04/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0120733/20

Número do Sinistro: 3200155130

Vítima: JOAO CARLOS DE MORAES

CPF: 713.622.824-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/12/2019

Titular do CPF: JOAO CARLOS DE MORAES

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/04/2020
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/04/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

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: 07/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO CARLOS DE MORAES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01911

CONTA: 00000050753-6

Nr. da Autenticação 915ECF0DD1AA9CFC

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, 24 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200155130 **Vítima: JOAO CARLOS DE MORAES**

Data do Acidente: 21/12/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO CARLOS DE MORAES

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, 14 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200155130 **Vítima: JOAO CARLOS DE MORAES**

Data do Acidente: 21/12/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO CARLOS DE MORAES

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: JOAO CARLOS DE MORAES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001911

Conta: 0000050753-6

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:	
		733.622.824-72	João Carlos de Moraes	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
5 - Nome completo:		6 - CPF:		
7 - Profissão:		8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
9 - Bairro:		10 - Cidade:	11 - Estado:	12 - CEP:
13 - E-mail:		14 - Tel. (DDD):		15 - 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:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <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 checked="" 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"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 3911 <input type="checkbox"/> CONTA: 50753 6			AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/>	
(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.				

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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 atende 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: <input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?	30 - Vítima deixou nascituro (váncor)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?
<input type="checkbox"/> Não	Vivos: Falecidos:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	Vivos: Falecidos:	<input type="checkbox"/> Sim

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 o rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data,

João Pessoa - PB 20/03/2020
João Carlos de Moraes

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CAIXA

POUPANÇA

Girar

4392 6718 4502 1621

JOAO CARLOS DE MORAES

1911 013 00050753-6 10/24

Valid only in Brazil / Valido apenas no Brasil

VISA

Electron



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01636.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01636.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:21 horas do dia 12 de fevereiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **João Carlos de Moraes**, CPF nº 713.622.824-72, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Pedreiro, filho(a) de Edite Neves de Moraes e Jose Carlos de Moraes, natural de Coremas/PB, nascido(a) em 05/05/1958 (61 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº 72, bairro Cidade dos Colibris, tendo como ponto de referência Próximo Ao Bem Mais., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98847-8448.

Dados do(s) Fatos:

Local: Br 230, De Frente Ao Prf., Bayeux/PB, bairro Manguinhos; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 21/12/19 15:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo a declarante no dia 21/12/2019 por volta das 15:30 horas quando pilotava a moto: HONDA/CG 125 FAN KS; ano/mod: 2010/2010; de cor preta de placa: MOC3661/PB CHASSI: 9C2JC4110AR577179 pertencente ao Sr. Nivaldo Rodrigues de Souza portador do CPF: 051.532.854-56, Que transitava normalmente pela BR 230, sentido João Pessoa/Bayeux-PB quando, no município de Bayeux nas proximidades da PRF, um cachorro invadiu a pista e devido ao forte fluxo de trânsito o declarante não teve como desviar vindo a colidir com o animal, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido, por terceiros e conduzido para o COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY, onde foi diagnosticado, de acordo com o LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA assinado pelo Dr. YURY CORDEIRO CRM 11507 PB. FRATURA BIMALEOLAR CID: S.82.6, QUE O DECLARANTE FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CONFORME CERTIDÃO EM ANEXO.

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, 12 de fevereiro de 2020.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

JOÃO CARLOS DE MORAES
Noticiante

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:	
		733.622.824-72	João Carlos de Moraes	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
5 - Nome completo:		6 - CPF:		
7 - Profissão:		8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
9 - Bairro:		10 - Cidade:	11 - Estado:	12 - CEP:
13 - E-mail:		14 - Tel. (DDD):		15 - 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:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00				
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" 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: 3911		CONTA: 50753 6	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.				

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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 atende 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: <input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?	30 - Vítima deixou nascituro (váncor)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?
<input type="checkbox"/> Não	Vivos: Falecidos:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	Vivos: Falecidos:	<input type="checkbox"/> Sim

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 o rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data,

João Pessoa - PB 20/03/2020
João Carlos de Moraes

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CAIXA

POUPANÇA

Girar

4392 6718 4502 1621

JOAO CARLOS DE MORAES

1911 013 00050753-6 10/24

Valid only in Brazil / Valido apenas no Brasil

VISA

Electron



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: JOÃO CARLOS DE MORAES					PRONTUÁRIO N°:	
DATA: 61	SEXO: MASC.	COB:	CLÍNICA	JENS:	LEITO	
DATA DE ADMISSÃO: 21/12/19		DATA DE ALTA: 03/01/20		TEMPO DE PERMANÊNCIA:		
DIAGNÓSTICO INICIAL: PT. BIOMOLECULAR					CID: S. 81.6	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: O MESMO.						
OUTROS DIAGNÓSTICOS:						
PRINCIPAIS EXAMES:						
PROCEDIMENTO REALIZADO:						
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA:						
ANATOMIA PATHOLÓGICA:						
INFILÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO				
RESULTADO BACTERIOLOGIA:						
CONDICÕES DE ALTA: <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO		CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO				

RESUMO CLÍNICO	ANAMNESE, FISILOGIA, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES
<p>Paciente submetido a TTO cirúrgico através de remoção cirúrgica + fixação interna com placas e fios</p>	

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: Líquida					
REPOUSO:	Relativo em casa por _____ dias. Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.				
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: Ante + Cefaleas					

RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do Dr. NEAL _____ em 30 dias para revisão. 07/01/20
DATA: 03/01/20	

Dr. Yury Cordeiro
CRM 11.607 / P
Ortopedia e Traumatologia
RES. MÉDICO / CRM

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.	
--	--

Ligações: MCNCFÁSICO
Cis/Bas: Rua 47 C B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 5-5 - 406 - 1420 Referência Jan/2023
Número: 0000016200 Endereço: 1701/2323

ENERGIA PARALELUS SUDOCIRAD ENERGIA SA
BR 293 Km 25 - Cefro Redentor - Jatai - Piauí - CEP 6531-040
CNPJ 00.005.700/001-49 - Fone: (86) 3152-9241

Jan / 2020

10/01/2020

07/02/2020

012.707.404-07

THEORY

Acrescente o 12º e regule as suas contas em excesso, ademais
negociar para você cortar o andamento das contas.

Data	Lectura	Data	Lectura				
10/01/19	19882	13/01/19	19888				
<hr/>							
0031 Consumo em Água	16.000	0.765040	51,38	2	08,29	0,58	0,88
0031 Água, B Ámerica			1,27		17,25	0,22	1,27
<hr/>							
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0007 CONTA SERV LNU PÚBLICA			213	0,00	3	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do setor - TOTAL: 55,28 57,13 13,25 57,13 0,56 7,44
Infraestrutura: 0,56 54,30

EF 17/01/2020 R\$ 55,26

89	87	86	47	47	87	83	71	73	72	80	87	87
Jan/18	Feb/18	Mar/18	Apr/18	May/18	Jun/18	Jul/18	Aug/18	Sep/18	Oct/18	Nov/18	Dec/18	Jan/19

RESERVADO AO FISCO

1087.3cc2.1f06.ac68.e1a3.7eaa.1524.3baf.

				Composição do Consumo		
				Discriminação	Valor (R\$)	%
DIGMENSAL	0,07	3,05			34,15	25,8
DIGTRIMESTRAL	0,15		NOMINAL		19,51	23,9
DIGANUAL	20,20				2,10	3,0
DCMENSAL	3,21	1,00	CONTRATADA		2,12	3,3
DIGTRIMESTRAL	5,41		LIMITE INFERIOR		18,33	93,0
DCANUAL	12,85		LIMITE SUPERIOR		0,00	0,0
DMC	2,95	0,05				
DGR	12,22					
				Total	55,20	100,0