



Número: **0802026-57.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.050,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|---------------------------------|--------------------|---|-------------------|
| JOSEMAR BATISTA PEREIRA (AUTOR) | | JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) | |
| BRADESCO SEGUROS S/A (REU) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 33160645 | 12/08/2020 20:49 | 2742137_CONTESTACAO_Anexo_02 | Outros Documentos |



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, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190654910

Vítima: JOSEMAR BATISTA PEREIRA

Data do Acidente: 17/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSEMAR BATISTA PEREIRA

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 15163935

Pag. 00519/00520 - carta_01 - 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, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190654910 Vítima: JOSEMAR BATISTA PEREIRA

Data do Acidente: 17/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSEMAR BATISTA PEREIRA

Em razão da falta de apresentação do(a) DOCUMENTOS DA CIRURGIA, não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00393/00394 - carta_32 - INVALIDEZ

00050197



Carta nº 15178665





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, 04 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190654910

Vítima: JOSEMAR BATISTA PEREIRA

Data do Acidente: 17/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSEMAR BATISTA PEREIRA

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\$ 2.700,00 |

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 2.700,00

Recebedor: JOSEMAR BATISTA PEREIRA

Valor: R\$ 2.700,00

Banco: 104

Agência: 000001914

Conta: 000000108883-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

024.412.244-09

Joemar Batista Pereira

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

5 - Nome completo:

Joemar Batista Pereira

6 - CPF:

024.412.244-09

7 - Profissão:

Reuso

8 - Endereço:

R- Profetada

9 - Número:

212

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Santa Rita

12 - Cidade:

Santa Rita

13 - Estado:

PA

14 - CEP:

58300-000

15 - E-mail:

16 - Tel/DDD: (83) 98663-4900

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1914

CONTA:

001088835

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 20/11/19

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 13008.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 13008.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:52 horas do dia 11 de novembro de 2019, 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 José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Josemar Batista Pereira**, CPF nº 024.412.244-09, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Ivonete da Silva Pereira e João Batista Pereira, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 05/05/1976 (43 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, bairro Heitel Santiago, tendo como ponto de referência 42 - B, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98690-5854.

Dados do(s) Fatos:

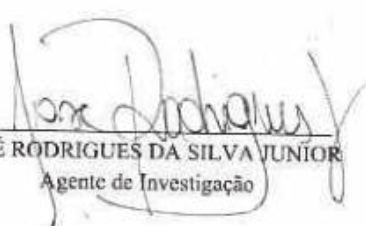
Local: Rua Arnobio Maroja, Principal de Tibiri, Santa Rita/PB, bairro Tibiri II; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/08/19 19:15h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 17/08/2019, POR VOLTA DAS 19:15, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR VERMELHA, ANO 2013, PLACA NPZ-5542/PB, CHASSI 9C2JC4120DR525565, REGISTRADA EM NOME DE JOSENILDO DA SILVA PEREIRA, NA RUA ARNOBIO MAROJA, TIBIRI, SANTA RITA/PB, QUANDO UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO, O QUAL VINHA NA MESMA RUA PORÉM EM SENTIDO OPOSTO VEIO NA CONTRA MÃO, COLIDIU NA MOTOCICLETA DESTE NOTIFICANTE E EVADIU-SE DO LOCAL EM SEGUIDA; QUE FOI SOCORRIDO POR PARTICULARES AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S92 + S92, CONFORME CERTIDÃO EXPEDIDA PELO DR. VALDEBAN CARVALHO JR.

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

João Pessoa/PB, 11 de novembro de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR
Agente de Investigação


JOSEMAR BATISTA PEREIRA
Noticiante

Procedimento Policial: 13008.01.2019.1.00.401





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

024.412.244-09

Joemar Batista Pereira

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

5 - Nome completo:

Joemar Batista Pereira

6 - CPF:

024.412.244-09

7 - Profissão:

Reuso

8 - Endereço:

R- Profetada

9 - Número:

212

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Santa Rita

12 - Cidade:

Santa Rita

13 - Estado:

PA

14 - CEP:

58300-000

15 - E-mail:

16 - Tel/DDD:

(83) 98663-4900

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1914

CONTA:

001088835

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34 -

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 20/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



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: | 27/12/2019 |
|------------------------|------------|

| | |
|----------------------|--|
| NUMERO DO DOCUMENTO: | |
|----------------------|--|

| | |
|--------------|----------|
| VALOR TOTAL: | 2.700,00 |
|--------------|----------|

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEMAR BATISTA PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000108883-5

Nr. da Autenticação 75F8FF0D984748F2





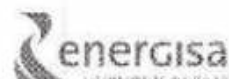
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 20:49:02

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Faça o pagamento sempre de acordo com a sua conta de consumo nº 032.953.601



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 03.995.183/0001-40 Insc. Est. 18.015.829-0

DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERÊNCIA

OUT/2019

APRESENTAÇÃO

21/10/2019

CONSUMO

214

VENCIMENTO

28/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 183,53

Acesse: www.energisa.com.br

| | | | | |
|---|-----------------|-----------------|--------------------|--------------------|
| BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL | | | | |
| 00190.00009 03150.244006 07097.707173 6 80560000018353 | | | | |
| Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04 | | | | |
| RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000 | | | | |
| Nosso Número | Nº Documento | Data Vencimento | Valor do Documento | Valor Pago |
| 31502440007097707 | 001371069201910 | 28/10/2019 | R\$ 183,53 | |
| BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA | | | | 09.095.183/0001-40 |
| BR230 KM 25, S N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 | | | | |
| Agência / Código do Beneficiário: 3054-3/2447-3 | | | | |





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.033/98.

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte
inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754/74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Josemar Batista Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.412.244/09
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Josemar Batista Pereira
inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.412.244/09 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | |
|---|----------------------------|------------------------------------|
| Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u> | Número: <u>157</u> | Complemento: _____ |
| Bairro: <u>Trangabeira</u> | Cidade: <u>João Pessoa</u> | Estado: <u>PB</u> |
| E-mail: _____ | CEP: <u>58056-384</u> | Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4900</u> |

Local e Data: João Pessoa - PB 20/11/19

Alexandria Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

CLDR.L001 V001/2017





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

| | | | | | |
|--|------------|--------------------------|-----------------------------|------------------------------------|----------------------|
| NOME: JOSEMAR BATISTA PEREIRA | | | | PRONTUÁRIO Nº | |
| IDADE: 43 ANOS | SEXO: MASC | COR | CLÍNICA Ortopedia | ENF.02 | LEITO: 111 |
| DATA DE ADMISSÃO: 17/08/2019 | | DATA DE ALTA: 05/09/2019 | | TEMPO DE PERMANÊNCIA | |
| DIAGNÓSTICO INICIAL AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE 2 E 3 PDE + FX EXPOSTA 1 PDE | | | | | CIT S. 98 + S. 92 |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo | | | | | |
| OUTROS DIAGNÓSTICOS | | | | | |
| PRINCIPAIS EXAMES EXAME FÍSICO + RX | | | | | |
| TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA | | | | | |
| ANATOMIA PATOLÓGICA | | | | | |
| INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO | | | | COLETA DE MATERIAL () SIM (X) NÃO | |
| RESULTADO BACTERIOLOGIA | | | | | |
| CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO () | | | | | |
| ÓBITO | | | | | |

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador de AMPUTAÇÃO DE 2 E 3 PDE E FRATURA EXPOSTA DE 1 PDE. Realizada REGULARIZAÇÃO DE COTO DE 1 PDE E AMPUTAÇÃO DE 2 E 3 PDE. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antitrombótica, antibiótica e para analgesia. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no local. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Cefalexina, profenid, dipirona

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 07 dias para revisão. DR. LUCIANO GOMES

05/08/2019

DATA

Dr. Volcán-López
M.R. em Ortopedia
CRM/RS 7692

05 SET. 2019

ASS. MÉDICO / CRM 119



REFEITÓRIA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANAELBEIRA GOV. TARCISIO BURITI
JA: ROSELE MISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
3056-354 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1580
AX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 254083 Atd: Nao Regulado
Data: 17/08/2019
Hora: 20:05:39
Recepcionista: HELENA MARIA HONORATO DA
Clínica: CIRURGICA

ADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1
Nome: JOSEMAR BATISTA PEREIRA Num. Prontuário: 2019.08.001854
NS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2020130 Fone: 986905854
atura: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 05/05/1976 Id: 43 ano(s)
nd.: RUA PROJETADA - CASA B - EITEL SANTIAGO, 42 CPF = 024412244-09
airro: MUNICIPIOS Cidade: SANTA RITA UF: PB
ae: IVONESE DA SILVA PEREIRA Pai: JOAO BATISTA PEREIRA
aca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO
cupação: PREENHIDO (FORA EXERCICIOS) Estado Civil: CASADO(A)
NFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO
esp.: C MLMD
el/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
residência: RUA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO
Causa do acidente por: COLISAO CARRO X MOTO/CONDUTOR - RJ. 19.05H
Vítima de violência por: NAO
[] Caso Policial

RE-CONSULTA CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO
A: FR: [] Aparentemente Bem [] Grave
C: TP: [] Politraumatizado [] Convulsao
eso: Altura: [] Hemorragia [] Dispneia
licença: IMC: [] Diarreia [] Agitado
irc. Abd: Q21: [] Regular [] Chocado
[] Vômito
Queixa Principal Observação
X SAO MOTO X CARRO. CORTE EM PE ESQUERDO NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Vítima de colisão moto x carro h cerca de
16. TCC. Amul. para, aboleu a polia

diagnóstico

Conduta

Tam dor em perna p a ingestão de pílula.
resposta em horas e com uso de uterina

Quelha com o
① Atendimento amul
② Pro. de MIE e p.c.
③ Ortopedia
④ falta de comp. enf.

Dani: Amorim R. de Oliveira
Cirurgião Geral
CRM: 100.000.000.000



#T-10 #A/0000

data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Prescrita Amoxicilina 500mg de 12 em 12h
por 7 dias
Vestir
Ae boneca (curiosos)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

| Idade | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao |
|-------|--------------|------|---------|----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Dr. Suelio Moreira Torres
Assinatura e Carimbo
12/08/2020

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

| | | | |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|------------------|
| Nome: <u>Isaiah Batista Brasil</u> | | Data da Admissão: <u>11.08.14</u> | |
| Prontuário: _____ | Idade: _____ | Enfermaria: _____ | Leito: _____ |
| Endereço: _____ | | Bairro: _____ | |
| Cidade: _____ | Estado: _____ | Fone: _____ | Profissão: _____ |
| Sexo: <u>M</u> | Cor: _____ | Estado Civil: _____ | Religião: _____ |
| Escolaridade: _____ | Data de Nascimento: <u>1/1/</u> | | |
| HISTÓRIA DO DOENTE: <u>Exame com Análise</u> | | | |
| HISTÓRIA DOENÇA: <u>Exame com Análise</u> | | | |
| Medicações em uso: _____ | | | |
| Interrogatório Sintomatológico: | | | |
| Geral: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso _____ Kg em _____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese | | | |
| <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____ | | | |
| Pele: _____ | | | |
| Cabeça e Pescoço: <input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorreia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe | | | |
| <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bocio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia Audição: _____ Visão: _____ | | | |
| AR e ACV: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise | | | |
| <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____ Outros: _____ | | | |
| ABD: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematemese <input type="checkbox"/> Náuseas | | | |
| <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume | | | |
| AGU: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria | | | |
| <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____ | | | |
| SME: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposouso <input type="checkbox"/> Deformidades | | | |
| <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos | | | |
| SN e PSQ: <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Moricidade e Sensibilidade | | | |
| <input type="checkbox"/> Anestesia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor | | | |

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 20:49:02

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081220490199800000031742326>

Número do documento: 20081220490199800000031742326

Num. 33160645 - Pág. 14

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HTF

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

[] Transtorno [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemia: _____

Exame Físico:

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

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

Genal: _____

Cabeça e Pescoço: (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: R

Hipóteses Diagnósticas: fa. aguda de Adip

Conduta: A. bloco recuado



| | | | | | |
|---|-----------|------|-----------------------------|-----------|-----|
| Nome: JOSEMAR BATISTA PEREIRA | | | | Registro: | |
| Idade: 43 A | Sexo: MAS | Cor: | Clinica: Traumatologia | EMP: | LR: |
| Data: 04/09/2019 | | | Cirurgião: DR LUCIANO GOMES | | |
| 1º Assistente: DR CARLOS THIAGO | | | 2º Assistente: | | |
| Anestesista: | | | Instrumentador: | | |
| DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO | | | | CID | |
| NECROSE DE 3 TOBODÁCTILO ESQ | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO | | | | CID | |
| O mesmo | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S) | | | | CÓDIGO | |
| AMPUTAÇÃO DE 3 PDE | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não | | | | | |
| Descreva: | | | | | |
| | | | | | |
| Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não | | | | | |
| Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: | | | | | |
| 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico | | | | | |



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campo: cirúrgicos estéreis

Incisão:

Achados:

Visualização de necrose do 3º PDE

Conduta:

Realizado amputação do 3º PDE

Fechamento:

Limpeza com Sfa 0,9%

Sutura com nylon

Curativo

OBS:

Dr. Luciano S. de Figueiredo
Ortopedia/Traumatologia
CRM 9328

ata: 04/09/2019

MÉDICO/CRM

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





| | | | | | |
|---|-------------------|------|---------------------------|-----------|--------|
| Nome: JOSEMAR BATISTA PEREIRA | | | | Registro: | |
| Idade: 43a | Sexo: Masc | Cor: | Clinica: Traumat. | EMP: | LR: |
| Data: 22/08/2019 | | | Cirurgião: NERIVAL | | |
| 1º Assistente: valdeban rz | | | 2º Assistente: | | |
| Anestesista: DRA. MAYRA | | | Instrumentador: | | |
| DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO | | | | | CID |
| NECROSE DE 2 Pododáctilo ESQ. | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO | | | | | CID |
| O mesmo | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S) | | | | | CÓDIGO |
| AMPUTAÇÃO DE 2 PDE | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 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 campo: cirúrgicos estéreis

Iniciação:

Achados:

Visualização de NECROSE DE 2 PDE

Condutas:

REALIZADO AP. ITAÇÃO DE 2 PDE

Fechamento:

Limpeza com S₁ a 0,9% de punho


Curativo

Rx de controle

OBS:

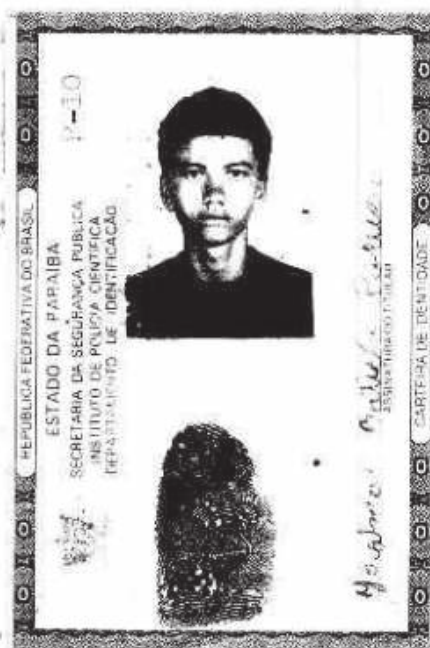
Antibióticos por 48 h+ AVALIAZARO DE PERFUSAO DE 3 PDE

Data: 22/08/2019


 Fabiano Carvalho Jr.
 CRM 7602 PB
 Cirurgião de Traumatologia
 MÉDICO CRM

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





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190654910 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEMAR BATISTA PEREIRA **Data do acidente:** 17/08/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA EM 1º, 2º E 3º PODODÁCTILOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Documento/Motivo: Documentação Médico Hospitalar

Nome do documento faltante: DOCUMENTOS DA CIRURGIA

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER 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: RAIOS 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 |



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190654910 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEMAR BATISTA PEREIRA **Data do acidente:** 17/08/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA EM 1º, 2º E 3º PODODÁCTILOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM AMPUTAÇÃO DO 2º E 3º PODODÁCTILOS DO PÉ ESQUERDO (DEBRIDAMENTO E REGULARIZAÇÃO DO COTO) E ALTA MÉDICA. (PÁG.5/6/7/8)

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DOS 2º E 3º PODODÁCTILOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA ANATÔMICA DOS 2º E 3º PODODÁCTILOS DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé | 10 % | Em grau completo - 100 % | 20% | R\$ 2.700,00 |
| Total | | | 20 % | R\$ 2.700,00 |



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190654910 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEMAR BATISTA PEREIRA **Data do acidente:** 17/08/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA EM 1º, 2º E 3º PODODÁCTILOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM AMPUTAÇÃO DO 2º E 3º PODODÁCTILOS DO PÉ ESQUERDO (DEBRIDAMENTO E REGULARIZAÇÃO DO COTO) E ALTA MÉDICA. (PÁG. 5/6/7/8)

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DOS 2º E 3º PODODÁCTILOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA ANATÔMICA DOS 2º E 3º PODODÁCTILOS DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé | 10 % | Em grau completo - 100 % | 20% | R\$ 2.700,00 |
| Total | | | 20 % | R\$ 2.700,00 |



PROCURAÇÃO

Outorgante: Josemar Batista Pereira, brasileiro(a), estado civil casado, profissão pedreiro, residente e domiciliado à Rua Projetada nº 423 bairro Castel Santiago Município de Santa Rita, Estado de(o) PB Cep: 58300-000 portador(a) do Rg nº 2020130, SSP/PB e CPF nº 024.412.244-09

Outorgado: Alexandria Lousa Duarte, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Antônio Fúscaro nº 959 bairro Itam Gabeira Município de Santa Rita, Estado de(o) PB Cep: 58056-384 portador (a) do RG nº 2627418 SSP/ PB e CPF nº 096.502.754-74

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) Josemar Batista Pereira, ocorrido em 17/08/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza imobiliária.

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.

Santa Rita, 17 de outubro de 2019.



Josemar Batista Pereira
Outorgante
CPF Nº 024.412.244-09

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0413583/19

Vítima: JOSEMAR BATISTA PEREIRA

CPF: 024.412.244-09

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 17/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSEMAR BATISTA PEREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
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

JOSEMAR BATISTA PEREIRA : 024.412.244-09

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: 25/11/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

ALEXANDRA CESAR DUARTE

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0413583/19

Número do Sinistro: 3190654910

Vítima: JOSEMAR BATISTA PEREIRA

CPF: 024.412.244-09

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 17/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSEMAR BATISTA PEREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-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: 12/12/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

