



Número: **0800443-65.2020.8.15.0181**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Cejusc I - Cível - Guarabira - FPL/UEPB**

Última distribuição : **04/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOATAN DE MENEZES (AUTOR)		FRANCISCO MENDES DA SILVA NETO (ADVOGADO) THYAGO BRUNNO PAULINO COUTINHO PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33935150	03/09/2020 09:41	2747626_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, 17 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190702506

Vítima: JOATAN DE MENEZES

Data do Acidente: 22/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOATAN DE MENEZES

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 15248700

Pag. 00367/00368 - 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, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190702506

Vítima: JOATAN DE MENEZES

Data do Acidente: 22/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), JOATAN DE MENEZES

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim 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.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00311/00312 - carta_07 - INVALIDEZ

00070156



Carta nº 15272010



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

123.397.584-64 JOATAN DE MENEZES

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

5 - Nome completo:

JOATAN DE MENEZES

6 - Nº do sinistro ou ASL:

123.397.584-64

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

R. MANOEL PEIXOTO

9 - Número:

195 CAPELA S.F.

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

PILGUEZINHOS

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58.210-000

15 - E-mail:

NETO-EXECUTIVO@HOTMAIL.COM

16 - Tel. (DDD):

(183) 9.8835-8653

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

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

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☐ CONTA 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: BRADES

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 nascituro (vairascor)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/vivos vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34 - Imprimado digital do representante legal

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Pilguezinhos - PB, 06 de Dezembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS 001 V002/2019





T
TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
WARDIRIA TOSCANO DE SALES - Titular
Av. Dom Pedro II, nº 43 - Centro - Guarabira - PB, CEP: 56200-000 - Fone: (83) 3271-8000
Autentico a presente copia, reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.
Guarabira-PB 03/12/2019 11:33:39
Wardiria Toscano de Sales - Titular
[2019-008889] EML:R\$ 2,48 FAFEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 0,50 ISS:R\$ 0,12
SELQ DIGITAL: A7L85637-F35S
Contrata a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



I
9
11



**SECRETARIA DO ESTADO DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
8º DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA DE PILOEZINHOS-PB**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Livro nº. 001/2019
Folha nº 90
Ocorrência nº45 /2019

Certifico que consta no LIVRO DE OCORRENCIA POLICIAL Nº001/2018, FLS. Nº 90, OP. Nº44/2019, o registro que transcrevo na integra; Aos SETE dias do mês de NOVEMBRO do ano de dois mil e dezenove, nesta cidade de Peõesinhos/PB, na Delegacia de Policia sob a responsabilidade de Delegado, **SEVERINO GOMES DE ASSIS**, por volta das 08H00MIN, compareceu; **MARIA DAS VITORIAS DE MENEZES**, TELEFONE 91259114, RG 2505059 SSP/PB, brasileira, união estável, natural de Santa Cruz/RN, nascida aos 17.07.1974, agricultora, filha de Severino Teles de Menezes e Francisca Nino de Menezes, residente na rua Manoel Peixoto, 195, Centro Piloezinhos/PB .
O QUAL NOTIFICOU: Que no dia 22/09/2019 por volta da 01 hora da madrugada seu filho JOATAN DE MENEZES, brasileiro, solteiro, natural de Guarabira/PB, nascido em 16/04/1992, filho de pai não declarado e Maria das Vitorias de Menezes, residente na rua Manoel Peixoto, 195, Centro Piloezinhos/PB, sofreu um acidente de moto, quando ia no bagageiro da MOTO HONDA POP 100, DE COR AZUL, ANO/MOD 2007/2008, DE PLACA/MNV 3756/PB, CHASSI/9C2HB02108R008385 DE PROPRIEDADE DE FABIO GOMES FERREIRA, conduzida pelo seu irmão FRANCISCO DE ASSIS DOS SANOS MENEZES, quando vinha na pista que liga Pirpirituba Guarabira/PB, quando colidiu com um veiculo que vinha em sentido contrario; Que seu filho que conduzia a moto faleceu no local e seu outro filho que vinha de carona foi socorrido em estado grave para o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde passou mais de um mês internado, onde foi realizado Procedimento Cirúrgico, o mesmo encontra-se em casa, sem poder andar, e necessita de repouso domiciliar por tempo indeterminado. Vê documentação em anexo. **DO REFERIDO É VERDADE DOU FÉ.**

PILOEZINHOS/PB 07 de Novembro DE 2019.

NOTICIANTE

Suelio Moreira Torres
Mat: 90.481.3
Ferreira da Polícia Civil PB



EM BRANCO





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
8ª SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PILÔEZINHOS/PB

Exame requisitado: OFENSA FÍSICA
REQUISIÇÃO Nº 10/2019

Peõesinhos/PB, 07 der Novembro de 2019

SENHOR DIRETOR:

Requisitamos a Vossa Senhoria, as providências, para que no prazo legal (Art. 160 Parágrafo Único, do Código de Processo Penal, alterado pela Lei nº 8.862/94), seja procedido o EXAME DE OFENSA FÍSICA em pessoa cujos dados são dispostos a seguir, e que logo após, seja o respectivo LAUDO remetido para a DELEGACIA MUNICIPAL DE PILÔEZINHOS/PB.

QUALIFICAÇÃO: JOATAN DE MENEZES,, BRASILEIRO, SOLTEIRO, AGRICULTOR, NATURAL DE GUARABIRAPB, nascido aos 16/04/1992, FILHO DE PAI NÃO DECLARADO E MARIA DAS VITORIAS DE MENEZES, RESIDENTE NA RUA MÂNOEL PEIXOTO, 195, CENTRO PILÔEZINHOS/PB. TELEFONE 91259114

DATA DO FATO: 22/09/2019 POR VOLTA DE 01H DA MADRUGADA

LOCAL: NA PISTA QUE LIGA PIRPIRITUBA/GUARABIRA/PB.

HISTÓRICO: Afirma vítima, na data acima mencionada foi vítima de acidente de moto.

SEVERINO GOMES DE ASSIS
Delegado de Polícia Civil

Ao Sr. *Mario dos Vitorias de menezes*
Diretor do Núcleo de Polícia Científica – NPC
GUARABIRA - PB



SEC. DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
NÚCLEO DE POLÍCIA CIENTÍFICA DE GUARABIRA
SOLICITAÇÃO DE EXAME COMPLEMENTAR

Retornar após 120 dias ^{+ 21 -} 25 de MARÇO 2020

Documentos Necessários:

☒ Requisição da Delegacia de Exame Complementar

☒ Laudo Médico Recente

Especialista: ortopedista.

() Outros Cópia primeiro exame
traumatológica

Guarabira, 29 de novembro de 2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - Nº do sinistro ou ASL:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Telefone:

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\$1.00 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)

AGÊNCIA: CONTA: 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):

35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante), 42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

WADIRIA TOSCANO DE SALES - Titular
Av. Damião Pedro, nº 43 - Centro - Guarabira - PB. CEP: 56200-000 - Fone: (83) 3271-8002

Autentico a presente copia, reproducao fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.

Guarabira-PB 03/12/2019 11:33:39

Wadiria Toscano de Sales - Titular

[2019-008890] ENOL:R\$ 2,48 FARPEN:R\$ 0,29 FEE:R\$ 0,50 ISS:R\$ 0,12

SELO DIGITAL: AJL85638-7MEX

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



VISTO EM: 29/11/19

Marcos Ferreira da Silva Filho
Matr. 522.835-2

Comandante 3ºBBM

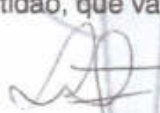
**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DA PARAÍBA
2º COMANDO REGIONAL DE BOMBEIRO MILITAR
3º BATALHÃO DE BOMBEIRO MILITAR**

Guarabira-PB, 14 de novembro de 2019.

CERTIDÃO Nº. 0025/2019

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia **22/09/2019**, conforme requerimento **45/2019**, solicitado pela **Sr.(a) MARIA DAS VITÓRIAS DE MENEZES**, consta que foi socorrido por volta das **00h41min** **Sr.(a) JOATAN DE MENEZES**, vítima de acidente colisão **MOTO X CARRO**, ocorrido na RODOVIA PB 073, após o anel viário (Itamatay) na zona rural, da cidade de **Guarabira/PB**. Que a guarnição da viatura de prefixo **AR-35** tendo como CHEFE o **SGT BM EMANUEL**, Matrícula **519.693-1**. Estado da vítima: Encontrava-se em decúbito dorsal, **INCONSCIENTE E DESORIENTADA**, com fraturas abertas nos membros inferiores (patela e tornozelo esquerdo). Que após os procedimentos de imobilização, fez o transporte da vítima para o Hospital Regional de Guarabira/PB ficando aos cuidados médicos de plantão.

Para constar, eu **LUIZ FERNANDO PEREIRA DAS NEVES JÚNIOR**- 2º TEN QOBM, Matrícula **527.451-6**, subchefe da Seção de Expediente do 3º Batalhão de Bombeiros Militar de Guarabira, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim.


Subchefe da Seção de Expediente



**GOVERNO
DA PARAIBA**

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DA PARAÍBA - 3º BATALHÃO DE BOMBEIRO MILITAR
RUA ALMEIDA BARRETO, Nº 246, CENTRO, GUARABIRA/PB - CEP: 56200-000
TEL.: (83) 3271-2460
E-MAIL: 3bbm@bombeiros.pb.gov.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/09/2020 09:41:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090309414922100000032464208>

Número do documento: 20090309414922100000032464208

EM BRANCO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOATAN DE MENEZES,

RG nº 3902231, data de expedição 17/09/2019, Órgão SSD3/PB,

CPF nº 123.397.584-67, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA MANOEL FEIXOTO</u>
Número	<u>195</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>PILOE ZINHOS</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58210-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98835-8653</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: GUARABIRA, 06 DE DEZEMBRO 2019

Assinatura do Declarante: Joatan de Menezes



MARIA DAS VITORIAS DE MENEZES
RUA MANOEL PEREIRA, 155 - CENTRO
PILÓCINHOS / PB CEP 58210000 (AG: 22)

Ligação: MONOFÁSICO
Classe: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Renda: 15 - 27 - 495 - 5630 Referência: Out / 2019
Medidor: 00008394519 Emissão: 26/10/2019

Energisa
ENERGISA PARÁRUA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R1230, Km 28 - Canto Residencial, João Pessoa / PB - CEP 55071-690
CNPJ 09.036.113/0001-40 Ins. Est. 16.015.623-0
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº003.274.873
Cód. para Deb. Automático: 000003454-8

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2019	25/10/2019	26/11/2019	063.069.304-13

UC (Unidade Consumidora): **5/803454-8**

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de março de 2002, garantindo a prioridade de atendimento de vacinação e de prevenção.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
25/09/19	8150	25/10/19	8238	1	78	30

Demonstrativo									
CD	Descrição	Quantidade	Família	Valor Base Calc	A	Consumo	Base Calc	Porção	Debito
		Total		Total	CD				
0801	Consumo até 30VAH-BR	30,000	0,180660	5,72	0,00	0	0,00	5,72	0,09
0801	Consumo - 31 a 100VAH-BR	48,000	0,338840	16,33	0,00	0	0,00	16,33	0,12
0801	Adic. 2 Yampaia			0,28	0,00	0	0,00	0,28	0,00
0801	Adic. 3 Amarela			0,49	0,00	0	0,00	0,49	0,00
0810	Subtotal			21,41	0,00	0	0,00	21,41	0,18
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0801	RENT. BANDO AMAR. RESIDENCIAL 09/2019			-0,02	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0801	Debito de Bando			-23,41	0,00	0	0,00	0,00	0,00



Receituário Médico



ZATAN M.

Encaminhamento

União

- Prontuário Geral

6.11.19

Dr. Breno C. Torres
Ortopedia/Cirurgia do Quadril
CRM-PE 7232/TEOT 13940

Data: / /

Médico - CRM

F(NG).CC.002-1





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA



CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Sodam de Almeida

DATA DO ATENDIMENTO: 22/09/19

Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA: _____

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Santum

DIAGNÓSTICO: Distúrbio de Síndrome Pubé

PROCEDIMENTO: Fixador de bacia

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

F(NG).APC.035-1



DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	SALA
Em	ortomedia		Medica Dr. Jansen Henriques M. 11385
15 dias			
18.12.19		12h	

F(NG).APC.035-1





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGUE
o trabalho**

Documento de Alta

Nome: JOATAN DE MENEZES			Número Prontuário: 118210
Data de Nascimento: 16/04/1992	Sexo: Masculino	Data de Internação: 22/09/2019 08:56:43	Data de Alta: 27/10/2019 08:32:43
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: PACIENTE 27 ANOS, INTERNADO NESSE SERVIÇO DESDE O DIA 22/09/19. REMOVIDO DE HOSPITAL DE MENOR PORTE IOT. VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO. FOI INTERNADO PARA PROCEDIMENTOS CIRURGICOS. HOJE PACIENTE ENCONTRA-SE ESTÁVEL, CONSCIENTE. APTO PARA ALTA HOSPITALAR E RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO.			
Resumo da Internação: PACIENTE 27 ANOS, INTERNADO NESSE SERVIÇO DESDE O DIA 22/09/19. REMOVIDO DE HOSPITAL DE MENOR PORTE IOT. VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO. FOI INTERNADO PARA PROCEDIMENTOS CIRURGICOS. HOJE PACIENTE ENCONTRA-SE ESTÁVEL, CONSCIENTE. APTO PARA ALTA HOSPITALAR E RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO.			
Resultado de Exames: RADIOGRAFIA			
Tratamento: ORIENTAÇÕES GERAIS, ATB, ANALGESIA, AINES, XARELTO			
Diagnóstico: S33.4 - Ruptura traumática da sínfise púbica			
Recomendações: TOMAR MEDICAÇÕES PRESCRITAS RETORNO NO HTOP			

Méico
Dr. Jansen Henriques
CRM/PB 11385

JANSEN HENRIQUES CEZARINO
CRM: 11385 - PB

Data: 27/10/2019





Receituário

Paciente: JOATAN DE MENEZES
Data: 27/10/2019 08:28:46
Idade: 27
Sexo Masculino
CPF: Não Informado
BAE: 1191666

LAUDO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O SENHOR JOATAN DE MENEZES, 27 ANOS, DEU ENTRADA NO SERVIÇO DIA 22/09/2019, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, SENDO NECESSÁRIO REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. HOJE PACIENTE ENCONTRA-SE ESTÁVEL, APTO PARA ALTA HOSPITALAR. O MESMO NECESSITA DE REPOUSO DOMICILIAR POR TEMPO INDETERMINADO.

CID : S33.4

Médico
Dr. Jansen Henriques
CRM/PB 11385

Dr. JANSEN HENRIQUES CEZARINO
11385/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

CNFS: 2593262 - FONE: (**83) 3216-5736 / 3216-5775

Receituário

Paciente: JOATAN DE MENEZES
Data: 27/10/2019 08:28:46
Idade: 27
Sexo Masculino
CPF: Não Informado
BAE: 1191666

LAUDO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O SENHOR JOATAN DE MENEZES, 27 ANOS, DEU ENTRADA NO SERVIÇO DIA 22/09/2019, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, SENDO NECESSÁRIO REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. HOJE PACIENTE ENCONTRA-SE ESTÁVEL, APTO PARA ALTA HOSPITALAR. O MESMO NECESSITA DE REPOUSO DOMICILIAR POR TEMPO INDETERMINADO.

CID : S33.4

Médico
Dr. Jansen Henriques
CRM/PB 11385

Dr. JANSEN HENRIQUES CEZARINO
11385/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

CNFS: 2593262 - FONE: (**83) 3216-5736 / 3216-5775

Receituário

Paciente: JOATAN DE MENEZES

Data: 27/10/2019 08:28:46

Idade: 27

BAE: 1191686

Sexo: Masculino

CPF: Não Informado

LAUDO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O SENHOR JOATAN DE MENEZES, 27 ANOS, DEU ENTRADA NO SERVIÇO DIA 22/09/2019, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, SENDO NECESSÁRIO REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. HOJE PACIENTE ENCONTRA-SE ESTÁVEL, APTO PARA ALTA HOSPITALAR. O MESMO NECESSITA DE REPOUSO DOMICILIAR POR TEMPO INDETERMINADO.

CID : S33.4

Médico
Dr. Jansen Henriques
CRM/PB 11385

Dr. JANSEN HENRIQUES CEZARINO

11385/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

CNES: 2593262 - FONE: (**83) 3216-5736 / 3216-5775

Receituário

Paciente: JOATAN DE MENEZES

Data: 27/10/2019 08:28:46

Idade: 27

BAE: 1191686

Sexo: Masculino

CPF: Não Informado

LAUDO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O SENHOR JOATAN DE MENEZES, 27 ANOS, DEU ENTRADA NO SERVIÇO DIA 22/09/2019, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, SENDO NECESSÁRIO REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. HOJE PACIENTE ENCONTRA-SE ESTÁVEL, APTO PARA ALTA HOSPITALAR. O MESMO NECESSITA DE REPOUSO DOMICILIAR POR TEMPO INDETERMINADO.

CID : S33.4

Médico
Dr. Jansen Henriques
CRM/PB 11385

Dr. JANSEN HENRIQUES CEZARINO

11385/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

CNES: 2593262 - FONE: (**83) 3216-5736 / 3216-5775





Receituário Médico



CONTAR M. =

Envolvimento no

unidade

- Prontuário Genitor

Dr. Breno C. Torres
Ortopedia/Cirurgia do Quadril
CRM-PA 7232/TEOT 13949

Data: ____/____/____

Médico - CRM

F(NG).CC.002-1



Receituário

Paciente: JOATAN DE MENEZES

Idade: 27

Data: 27/10/2019 08:25:12

Sexo: Masculino

CPF: Não Informado

BAE: 1191666

USO ORAL

- CEFALEXINA 500MG ----- 28 COMP.
TOMAR 01 COMP. DE 6/6H POR 07 DIAS

- IBUPROFENO 600MG ----- 01 CX
TOMAR 01 CP DE 12/12H POR 5 DIAS

- DÍPIRONA 500 MG ----- 01 CX
TOMAR 01 COMP. DE 6/6H SE DOR

- XARELTO 10 MG - ----- 01 CX
TOMAR 01 CP AO DIA POR 10 DIAS


Médico
Dr. Jansen Henriques
CRM/PB 11385

Dr. JANSEN HENRIQUES CEZARINO
11385/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

CNES: 2593262 - FONE: (**83) 3216-5736 / 3216-5775





Receituário Médico



HEETSHL

Pl JANTAN MONDO

Uma Tubo

① colapso

sybun greda

6.11.19

Dr. Breno C. Torres
Ortopedia/Cirurgia do Quadril
CRM-PB 7232/TEOT 13940

Data: 1 / 1

Médico - CRM

F(NG).CC.002-1



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
FEDERAL 3.902.231

DATA DE
EXPIRAÇÃO 17/09/2010

NOME JOATAN DE MENEZES

FILIAÇÃO MARIA DAS VITÓRIAS DE MENEZES

NATURALIDADE GUARABIRA-PB

DATA DE NASCIMENTO 16/04/1992

DOC ORIGEM NASC.N.4305 FLS.05V LIV.A 05

CARTÓRIO PILOEZINHOS PB

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/93

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO

DEFENDIMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

P.62

JOATAN DE MENEZES

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 123.397.584-67

Nome JOATAN DE MENEZES

Nascimento 16/04/1992

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE 5BDD.D553.6F4B.5645

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 09:33:50 do dia 22/10/2013 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR JOATAN DE MENEZES

DATA DE NASCIMENTO 16/04/1992

Nº INSCRIÇÃO 0403 2518 1201

DTA 010 0130

PILOEZINHOS/PB

30/11/2015

JUIZ ELEITORAL

Des. João Alves da Silva

Partidário do TSE-PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

JOATAN DE MENEZES

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VÁLIDO SOMENTE COM NOME E DATA 2015-14 ELEITORAL



EM BRANCO





PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: JOATAN DE MENEZES
Data do Acidente: 06/12/2019 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 123 397 584-67

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Registro de Ocorrência Policial - ☒ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Laudo de Invalidez do IML - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☒ CPF da vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAVS

☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): JOATAN DE MENEZES
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal
CPF do portador: 123 397 584-67
E-mail: joatan.menezes@seguradoralider.com.br
Data: 06/12/2019 Assinatura: Joatan de Menezes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Porto de Atendimento (Nome do portador): JOATAN DE MENEZES Matrícula: 123 397 584-67
Atendente: João Rivelino Brito Corrêa Ag. de Correção: AC Guarabira - 8.577.737
Data: 06/12/2019 Assinatura: João Rivelino Brito Corrêa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190702506 **Cidade:** Pilõesinhos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOATAN DE MENEZES **Data do acidente:** 22/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: DISJUNÇÃO DA SINFISE PÚBLICA,

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR). P.02/

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME O RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO DATADO DE 27/10/019, ASSINADO POR DR. JANSEN HENRIQUE CEZARINO, CRM: 11385, DO HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA.

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0453874/19

Vítima: JOATAN DE MENEZES

Data do acidente: 22/09/2019

CPF: 123.397.584-67

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOATAN DE MENEZES

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOATAN DE MENEZES : 123.397.584-67

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: 16/12/2019
Nome: JOATAN DE MENEZES
CPF: 123.397.584-67

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019
Nome: DAIANE SANTOS BARBOZA
CPF: 124.570.097-90

JOATAN DE MENEZES

DAIANE SANTOS BARBOZA

