



Número: **0817095-18.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **09/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JULIAO PAULO DE OLIVEIRA (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35890295	26/10/2020 10:27	Contestação	Contestação
35890690	26/10/2020 10:27	2757392_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros Documentos
35891125	26/10/2020 10:27	2757392_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

EM ANEXO





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00088.01.2020.1.02.008

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00088.01.2020.1.02.008, cuja teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 16:06 horas do dia 18 de agosto de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Geraldo Batinga da Silva, matrícula 1332775, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia Civil, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu **Julião Paulo de Oliveira**, conhecido(a) por Julião, RG nº 1761329 SEDS/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Benícia Maria da Conceição e Não Declarado, natural de Pocinhos/PB, nascido(a) em 04/03/1964 (56 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº s/n, bairro Ligeiro, tendo como ponto de referência Posto de Saúde Local, na cidade de Campina Grande/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Projetada, nº s/n, Posto de Saúde Local, Campina Grande/PB, bairro Ligeiro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 23/02/20 15:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 129, § 6º do CPB (Lesão corporal culposa).

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo I/Shineray XY 50, marca Shineray, tipo de veículo motocicleta, cor branca, ano 2013/2014, UF: PB, placa QFR-0244, chassi LXYXCHL02E0265540, renavam 01125946404, características gerais: Cadastrada Em Nome de Angelas Maria F de Castro Almeida.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que, na tarde do dia 23 de fevereiro do ano fluente, o Notificante se deslocava na motocicleta já discriminada, objetivando deixar sua esposa no Shopping do centro da cidade de Campina Grande, onde reside e ao retornar para sua residência, precisamente nas imediações do Posto de saúde no bairro de Catolé e, quando da necessidade de livrar um buraco, acionou o freio dianteiro, a motocicleta derrapou, o Notificante perdeu o controle e assim, sofreu uma queda, consequentemente, foi socorrido ao Hospital de Traumas de Campina Grande, onde foi submetido a procedimento cirúrgico, conforme Laudo Médico apresentado.

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, 18 de agosto de 2020.


EVERALDO MARTINS DA COSTA
Escrivão de Polícia Civil


JULIÃO PAULO DE OLIVEIRA
Notificante

Procedimento Policial: 00088.01.2020.1.02.008



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:
839.282.514-49

4 - Nome completo da vítima:
JULIANO PAULO DE OLIVEIRA

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

5 - Nome completo:

JULIANO PAULO DE OLIVEIRA

6 - CPF:

839.282.514-49

7 - Profissão:

PEDREIRO

8 - Endereço:

RUA PROJETADA

9 - Número:

S/N

10 - Complemento:

11 - Bairro:

LIGEIRO

12 - Cidade:

CAMPINA GRANDE

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58100-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(83) 98805-6654

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:

☒ RECURSO 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: STONE PAGAMENTOS S.A

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 0001

CONTA: 551607

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vários)?

☐ 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

impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, 15/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

☐ MORTE

Luizão Paulo de Oliveira

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

539.312.514-49

Complemento:
AP 302

CEP

198805-6654

☐ ACIMA DE R\$10.000,00☐ Caixa Econômica Federal (104)

10003590

(Informar o dígito se existir)

Num. 35890690 - Pág. 3

BOLETO PARA PAGAMENTO



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 06.555.096/0001-95 Ins. Est. 15.552.129-7

Documento emitido no dia 26/10/2020

Documento emitido no dia 26/10/2020

Valor do Boleto: R\$ 27,38 - Valor do Juros: R\$ 0,00 - Valor do Imposto: R\$ 0,00 - Valor do Total: R\$ 27,38

Nº 007.225.916

DADOS DO CLIENTE

JAISE ISABEL DE QUEIROZ
RUA PROJETADA S/N QD: A1L2, BL18 AP: 302
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/290706-1

REFERÊNCIA

JUL/2020

APRESENTAÇÃO

28/07/2020

CONSUMO

78

VENCIMENTO

04/08/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 27,38

Site: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 10/08/2020				
Pagador: JAISE ISABEL DE QUEIROZ CNPJ/CPF: 023.838.654-13				
RUA PROJETADA S/N QD: A1L2, BL18 AP: 302 - LIGEIRO - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360002344965	000290706202007	04/08/2020	R\$ 27,38	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA				08.826.506/0001-95
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/10/2020 10:27:09

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102610270920800000034275505

Número do documento: 20102610270920800000034275505



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 21313199 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.269/0038-52
Av. Marechal Deodoro, 4700 - Moinhos, Campina Grande - PB, CEP: 56432-409 Data: 27/02/2020
Unidade de Emergência (B.E) - Modelo 02 Atendimento: acidentado
PACIENTE: JULIAO PAULO DE OLIVEIRA + 54 ANOS + CG SAMU
CPF: Nascimento: 31/12/1969

Cidade: Telefone:
Estado Civil: RG: Raciol:
Profissão:
Data de: CNP:
Atendi: 23/02/2020 CONVÊNIO(S):

MOVIDE ACIDENTE DE MOTO QUEDA DE MOTO (100% 160% 12)
OBSERVAÇÃO: SEM DOCUMENTOS
MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Cabeça	20. Braço direito	39. Tornozelo direito
2. Orelha	21. Mão direita	40. Tornozelo esquerdo
3. Olho	22. Antebraço direito	41. Tornozelo esquerdo
4. Nariz	23. Mão esquerda	42. Tornozelo direito
5. Boca	24. Antebraço esquerdo	43. Tornozelo direito
6. Dente	25. Mão esquerda	44. Tornozelo esquerdo
7. Escala	26. Braço esquerdo	45. Tornozelo esquerdo
8. Braço direito	27. Mão direita	46. Tornozelo esquerdo
9. Antebraço direito	28. Mão esquerda	47. Tornozelo esquerdo
10. Mão direita	29. Mão esquerda	48. Tornozelo esquerdo
11. Ombro direito	30. Mão esquerda	49. Tornozelo esquerdo
12. Braço direito	31. Mão esquerda	50. Tornozelo esquerdo
13. Antebraço direito	32. Mão esquerda	51. Tornozelo esquerdo
14. Mão direita	33. Mão esquerda	52. Tornozelo esquerdo
15. Ombro esquerdo	34. Mão esquerda	53. Tornozelo esquerdo
16. Braço esquerdo	35. Mão esquerda	54. Tornozelo esquerdo
17. Antebraço esquerdo	36. Mão esquerda	55. Tornozelo esquerdo
18. Mão esquerda	37. Mão esquerda	56. Tornozelo esquerdo
19. Ombro esquerdo	38. Mão esquerda	57. Tornozelo esquerdo

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = ____ % Grau ____ () 1º Grau ____ () 2º Grau ____ () 3º Grau
DIAGNOSTICO / CID:

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMARIO - DADOS CLINICOS

PAUSEI VITIMAS NO DEBATEMENTE CIRCULATÓRIO COM 54 ANOS, EM NO BIC E APRESENTANDO DE LESÃO EM BIC (BIC) ANTES DE SER ADMITIDO NO HOSPITAL, COM 54 ANOS, SEM ALTERAÇÃO DO EXAME FÍSICO.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS: () Fotoreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow: PA HGT: Sato2

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais
() Isotermia arterial
() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: DOUGLAS Ass: 1 Dia 1

Especialista: 1 Ass: 1 Dia 1

MÉDICO SOLICITANTE
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº PRESCRIÇÕES E CONDUTAS HORÁRIO REALIZADO

1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Divaldo Gurgel
Vice-diretor clínico
CRM-PB 9953



EXAME DE CHAMADA / PROVA DE SELETIVO

PROVA DE SELETIVO

QUESTÃO DO ALUNO: _____

1. Nome completo _____

2. Número de inscrição _____

3. Data de nascimento _____

X **Assinatura de Suelio**

SERVIÇO DE SELETIVO

PROVA DE SELETIVO

CHAMADA

PROVA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----



23/02/2020



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES (HET) DE 778 2640018-52
Av. Nél. Filadelfo Pereira, s/nº - MABIMAC, Curitiba Grande - PR, CEP: 58432-000 DATA: 23/02/2020

Paciente: JULIAO PAULO DE OLIVEIRA* 54 ANOS* CG SAMU Idade: 02020 N° ATEND: 2113199

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 23/02/2020 HORA : 16:04:27

ESPECIALIDADE: CIRURGIA

MOTIVO: ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: QUEDA DE MOTO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES () SIM (X) NAO HAS () SIM (X) NAO
DEF. MOTORA () SIM (X) NAO

ALERGIAS: NEGA

MEDICAÇÃO EM USO:

ESTADO GERAL: BOM

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARREIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBLOS () TOSSE



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
VERMELHO

HTCG-Parâmetros Administrativos

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS

HORA PA TEMP FC FR DIURESE ASSINATURA
ENFERMEIRO/COREN

DO

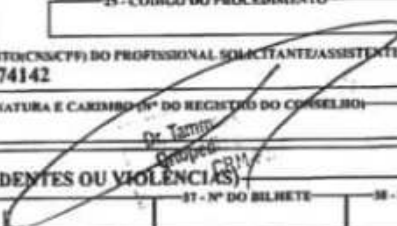
DBS: SAMU CG DEIXOU PCT NA VERMELHA E SAIU SEM FAZER FICHA OU PASSAR O CASO PARA EQUIPE DO SETOR

ENFERMEIRO/COREN
atendimento

Heidi Elisabete de Souza
Curitiba, 23/02/2020



Data da internação: 23/02/2020 Hora: 17:17:15

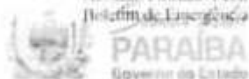
 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE SEM DOCUMENTOS		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 2113246	
7 - CARTÃO DO SUS 		8 - DATA DE NASCIMENTO 31/12/1969	
9 - SEXO Masculino ☒ Feminino ☐		10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DE TELEFONE	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Nº 0			
12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 		13 - CÓDIGO 14 - UF 15 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS #ORTOPEDIA# RELATO DE DOR E DEFORMIDADE DO TORNOZELO DIREITO APOS ACIDENTE MOTOCICLISTICO, NEGA OUTRAS QUEIXAS ORTOPEDICAS. RX: FRATURA TORNOZELO DIREITO (TRIMALEOLAR) CD: INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA TTO CIRURGICO VPM			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO NECESSIDADE DE TTO CIRURGICO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS EXAME FISICO + RX			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA TORNOZELO ESQUERDO		21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 	
26 - CLÍNICA INTENÇÃO	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO INTENÇÃO	28 - DOCUMENTO (X) CNES () CPF 980016294174142	
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE TAMMER GOMES DE MORAIS		30 - DATA DA SOLICITAÇÃO 23/02/2020	
31 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO 			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - Nº DO BILHETE 38 - SÉRIE	
39 - CNPJ EMPRESA 40 - CNPJ DA EMPRESA 41 - CNPJ		42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO	
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 		44 - COB. ÓRGÃO EMISSOR 	
45 - DOCUMENTO () CNES () CPF 		46 - Nº DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		48 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO 	
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 			



28/02/2020

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ 08.778.268/0001-52
Av. Mal. Floriano Pessoa, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 56432-000
Data: 28/02/2020
Nome: Wagner Luiz Egito de Araujo



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: JULIAO PAULO DE OLIVEIRA

Data da Internação: 23/02/2020 Data da Alta: 28/02/2020

Registro: 2113246

Tempo de Permanência: -18316

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final: FRATURA DO MALEOLO LATERAL

Principais Exames: EXAME FISICO + EXAME DE IMAGEM + EXAME LABORATORIAL

Cirurgia: OATEOSINTESE Data: 28/02/2020

Equipe:

Cirurgião: RICARDO AMORIM FILHO

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO, FOI REALIZADO OSTEOSINTESE SEM INTERCORRENCIAS

Orientações: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR, ATESTADO MÉDICO, ORIENTAÇÕES ORTOPÉDICAS E SOBRE LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA

Medicações para Casa: PRESCREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 07 DIAS, DAPIRONA 1G VO 6/6H CASO DOR, LOXONIN 60 MG VO 8/8H POR 06 DIAS

Condições de Alta: Melhorado

Data: 28/02/2020

Assinatura/Carimbo
Wagner Luiz Egito de Araujo

RESPONSÁVEL: Wagner Luiz Egito de Araujo

Carimbo de Assinatura e Data: 28/02/2020





Número do Prontuário: 183872

DATA DA CIRURGIA: 27/02/2020

Número do Atendimento: 2113246 Clín: ORTOPEdia 1 - Enf: 9 - Lei: 4

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JULIAO PAULO DE OLIVEIRA

Data da Internação: 23/02/2020

Atendimento: 2113246

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 27/02/2020

Equipe:

Cirurgião: RICARDO AMORIM FILHO

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 3:

Instrumentador: KÉCIA

Anestesiista: FERNANDO ANTONIO COSTA WANDERLEY

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM.

Acidente Durante Operação: NÃO.

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. INCISÃO EM FACE LATERAL DE TORNOZELO ESQUERDO + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA;
4. REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO DE FRATURA;
5. OSTEOSINTESE COM PLACA TERÇO TUBULAR DE 8 FUROS + 6 PARAFUSOS CORTICAIS SOB FLUOROSCOPIA;
6. INCISÃO EM FACE MEDIAL DE TORNOZELO ESQUERDO + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA;
7. REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO DE FRATURA;
8. OSTEOSINTESE COM 1 PARAFUSO ESPONJOSO ROSCA PARCIAL + 1 ARRUELA SOB FLUOROSCOPIA;
9. LAVADO DE FERIDA OPERATÓRIA + SUTURA + CURATIVO.

Data 27/02/2020

Assinatura/Carimbo
Euler Fabrício Alves Cruz



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <u>Guilherme Paulo de Oliveira</u>		IDADE <u>55</u>	SEXO <u>M</u>	COR <u>P</u>	
DATA <u>27-02-20</u>	PRESSÃO ARTERIAL <u>130-70</u>	PULSO <u>80</u>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMATÓCRITO <u>4.3</u>	HEMOGLOBINA <u>12.5</u>	HEMATÓCRITO <u>37.6</u>	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
AP. RESPIRATÓRIO		N		ASMA <u>H</u>		BRONQUITE <u>N</u>	
AP. CIRCULATÓRIO		N		ELETROCARDIOGRAMA <u>N</u>			
AP. DIGESTIVO		N		DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO	
ESTADO MENTAL		N		ATRAVÉS	CORTICOIDES	ALERGIA <u>N</u>	HIPOTENSORES <u>N</u>
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		<u>Fratura Tornozelo</u>		ESTADO GERAL <u>I</u>		RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AE	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS		INDUÇÃO Satisf: _____ Excit: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ MANUTENÇÃO ANESTESIA SATISF: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____					
LÍQUIDOS		VP. ARTERIAL: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO 260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20					
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		REFLEXOS NA SO: _____ Obstr: _____ Co₂: _____ Excit: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com cânula: _____ Paro o Leito: Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____					
POSICÃO							
AGENTES		<u>Hese-10mg + Remor-10mg + ce fazel-1g</u>					
TÉCNICA		<u>Proced.</u>					
OPERAÇÃO		<u>Fratura Cir. Ext. Tornozelo</u>					
CIRURGIÕES		<u>Roberto</u>					
ANESTESISTAS		<u>Wanderley</u>					
OBSERVAÇÕES		Dr. Fernando A. C. Vitorino CRM 1660 PERDA SANGÜÍNEA					

AR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Juliao Paulo de Oliveira		Idade:	56 anos	
Convênio:	Sus		Data:	27-02-20	
Procedimento:	T. Cirurgico de Fratura de Tornozele (E)				
Cirurgião:	Dr. Ricardo	Auxiliar:	Dr. Euler	Anestesista:	Dr. Wanderley
Início:	16:25	Término:	17:20	Anestesia	Raqui

[illegible][illegible]

Observações:

Assinatura Anestesista

Circulante



23

0.5 50

01-10-2019

20

La

100

10

Amnub. 00:27 - 5.04

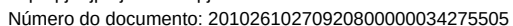
2.000!

10

[illegible]

50 50

2005







Scanned with CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 013176694481

11039070140

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRT 20170100074227-4

VIA

1

0112594640-4

00/00000000

NOME/ENDEREÇO

ANGELAS MARIA F DE CASTRO ALMEIDA
R ALCIDES TRAVASSOS RAMOS L25
VELAME
58419343 CAMPINA GRANDE - PB

CPF/CNPJ

84824697468

PLACA

QFR0244/PB

NOME ANTERIOR

ASIA NOTOS COMERCIO E S DE N LTD

PLACA ANT/UF

NOVO

PB

CHASSI

LXVXCBL02E0265540

ESPECIE TIPO

PAS/CTC/MOTO/MAG APLIC

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

I/SHINERAY XY 50 Q

ANO FAB

2013

ANO MOD

2014

CAP/POT/CIL

2 P/49 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

BRANCA

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMINIO

1. Motor : 1P39FMAEC059149

ANEXO DE OFÍCIO E

DATA

Scanned with CamScanner



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

QFR0244

Imprimir Consulta

Último Licenciamento: 2019
 Proprietário: *****
 Placa: QFR0244
 Combustível: GASOLINA
 Marca/Modelo: I/SHINERAY XY 50 Q
 Espécie/Tipo: PASSA / CICLOMOTOR
 Ano de Fabricação: 2013
 Ano Modelo: 2014
 Categoria: PARTICULAR
 Cor Predominante: BRANCA
 Vencimento Licenciamento: 30/06/2020
 Observação:
 Restrição:
 Financeira:
 Município: CAMPINA GRANDE
 Situação: EM CIRCULACAO
 Data da Consulta: 03/03/2020

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA			
DETRAN - PB		Nº	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
LOG. ANUAL	EXERCÍCIO	2019	
NOME / ENDEREÇO			

PLACA		QFR0244	
ESPECIE / TIPO		COMBUSTÍVEL	
PASSA / CICLOMOTOR		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB. ANO MOD.	
I/SHINERAY XY 50 Q		2013 2014	
CATEGORIA		COR PREDOMINANTE	
PARTICULAR		BRANCA	
VENCIMENTO		30/06/2020	
OBSERVAÇÕES			
CAMPINA GRANDE			
03/03/2020			



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: 839.282.514-49 4 - Nome completo da vítima: JULIANO PAULO DE OLIVEIRA

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

5 - Nome completo: JULIANO PAULO DE OLIVEIRA 6 - CPF: 839.282.514-49
7 - Profissão: LIGEIRO 8 - Endereço: RUA PROJETADA 9 - Número: S/N 10 - Complemento:
11 - Bairro: LIGEIRO 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58100-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000 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: 5892 0 CONTA: 23280 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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(s) (se nascidos)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, JOÃO PESSOA, 29/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/10/2020 10:27:09

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102610270920800000034275505

Número do documento: 20102610270920800000034275505

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200309909 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIAO PAULO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 23/02/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 6

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0243417/20

Vítima: JULIAO PAULO DE OLIVEIRA

CPF: 839.282.514-49

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 23/02/2020

Titular do CPF: JULIAO PAULO DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JULIAO PAULO DE OLIVEIRA : 839.282.514-49

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: 28/08/2020
Nome: JULIAO PAULO DE OLIVEIRA
CPF: 839.282.514-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

JULIAO PAULO DE OLIVEIRA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	08/10/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JULIAO PAULO DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05892-0

CONTA: 000010023280-9

Nr. da Autenticação 44F6CC89AFD1D758





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, 01 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200309909

Vítima: JULIAO PAULO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 23/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIAO PAULO DE OLIVEIRA

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, contados 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,

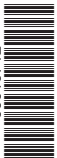
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16084092

Pag. 01483/01484 - carta_01 - INVALIDEZ

00010742





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, 11 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200309909

Vítima: JULIAO PAULO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 23/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JULIAO PAULO DE OLIVEIRA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00179/00180 - carta_25 - 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, 21 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200309909

Vítima: JULIAO PAULO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 23/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JULIAO PAULO DE OLIVEIRA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00201/00202 - carta_25 - INVALIDEZ





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima: 859.282.514-49	Nome completo da vítima: JULIANO PAULO DE OLIVEIRA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: JULIANO PAULO DE OLIVEIRA	CPF: 859.282.514-49	
Profissão: PEDREIRO	Endereço: RUA PROJETADA	Número: 514
Bairro: LIGUEIRO	Cidade: CAMPINA GRANDE	Estado: PB
E-mail:	CEP:	Tel (DDD): 133/98805-6654

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

RECEITA MENSAL:			
☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001)	☐ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: NÚ PAGAMENTOS S.A	
AGÊNCIA:	AGÊNCIA: 0001
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
CONTA:	CONTA: 10003590
(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.

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 (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	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.	

Local e Data: João Pessoa, 25/08/20	Nome: _____
CPF: _____	CPF: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200309909 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIAO PAULO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 23/02/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 6

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

