



Número: **0850577-68.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **30/10/2020**

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 |
|---|---|
| DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA (AUTOR) | MANOEL SATURNINO NETO (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) | |

Documentos

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|----------|--------------------|---|-------------------|
| 36954359 | 23/11/2020 09:30 | <u>2766132_CONTESTACAO_Anexo_02</u> | 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, 24 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190715255 Vítima: DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA

Data do Acidente: 16/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a). DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA

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 n° 15283562



220 00683/00684 - carta 01 - INVA IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 09:30:29
<http://pjeb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112309302948300000035269300>
Número do documento: 20112309302948300000035269300

Nº 36954359 - Pág. 1



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, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190715255 Vítima: DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA

Data do Acidente: 16/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a). DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

| | |
|---------------------------------------|---|
| Documentação médico-hospitalar | Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues. |
|---------------------------------------|---|

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

卷之三

00060390

Carta n° 15298619



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 09:30:29
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112309302948300000035269300>
Número do documento: 20112309302948300000035269300

Núm. 36954359 - Pág. 2



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 Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190715255 Vítima: DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA

Data do Acidente: 16/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.
Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 08/11/2019, emitido pelo Dr. ROSANGELA M.ESCOREL ALMEIDA CRM nº 3883 - PB, da Instituição HOSPITAL MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00099/00100 - carta_31 - INVALIDEZ



00070050

Carta nº 15560253



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 09:30:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112309302948300000035269300>
Número do documento: 20112309302948300000035269300

Num. 36954359 - Pág. 3



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 ASI: 3 - CPF da vítima: 011.717.794-75 4 - Nome completo da vítima: DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA

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

5 - Nome completo: DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA 6 - CPF: 011.717.794-75
 7 - Profissão: Aux.TÉCNICO 8 - Endereço: R ALIETE RIBEIRO DE ARAÚJO 9 - Número: 255 10 - Complemento: BL-C-AP301
 11 - Bairro: João Paulo II 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58046-653
 15 - E-mail: daniel.granbell@yahoo.com.br 16 - Tel.(DDD): (83) 93302-6563

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

| | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

21 - DADOS BANCÁRIOS: 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: BRADESCO

AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: 1104 CONTA: 0019152

(Informar o dígito se existir)

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

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 à 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 Lider 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 (varascer)? 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 Lider 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 - 1^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: *Yard Pessoa, 20/02/2019.*

Daniel Bezerra de Almeida

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 146860.01.2019.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 146860.01.2019.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettowen Carvalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 12:30 min do dia 24/10/2019, na Delegacia Online, **Daniel bezerra de Almeida**, nacionalidade Português(a), profissão Auxiliar técnico, nascido(a) em 16/06/1989, idade 30, estado civil Casado (a), de cor Branca, filho(a) de Edite bezerra de Almeida e Rumao Batista de Almeida, CPF 071.717.794-75, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Aliete Ribeiro de Araújo, nº 255, complemento Bl C Ap 301, bairro João Paulo II, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58076653, telefone(s) 83988026569, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 16/10/2019 07:50h; Tipificação: **Acidente de trânsito sem vítima**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: Cabedelo, Renaiser Cabedelo, Cabedelo/PB.

Veículo(s) Envolvido

(1) Veículo - Montadora: Honda. Modelo: Honda/biz 110 t. Cor: Vermelha. Placa: OFZ-9355. Chassi: 9C2J.C7000.H.R.403652.

Condutor - Nome: Daniel bezerra de Almeida. Telefone: 83988026569. Estado: Paraíba. Cidade: João Pessoa. Bairro: João Paulo II. Logradouro: João pessoa. Número: 255..

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Queda de moto ao passar no buraco o peneu escorregou e perdi o controle.

Sendo o que havia a constar, cientificado 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.

Daniel Bezerra de Almeida
Daniel bezerra de Almeida

69FC46B2EE5F205D92D0D8769F628C3

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3213-9053. E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.





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 ASI: 3 - CPF da vítima: 011.717.794-75 4 - Nome completo da vítima: DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA

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

5 - Nome completo: DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA 6 - CPF: 011.717.794-75
 7 - Profissão: Aux.TÉCNICO 8 - Endereço: R ALIETE RIBEIRO DE ARAÚJO 9 - Número: 255 10 - Complemento: BL-C-AP301
 11 - Bairro: João Paulo II 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58046-653
 15 - E-mail: daniel.granbell@yahoo.com.br 16 - Tel.(DDD): (83) 93302-6563

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

| | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

21 - DADOS BANCÁRIOS: 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: BRADESCO

AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: 1104 CONTA: 0019152

(Informar o dígito se existir)

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

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 à 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 Lider 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 Sim Não teve filhos? 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não nasceu(nascerá)? 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - 1^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: *João Pessoa, 20/02/2019.*

Daniel Bezerra de Almeida

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





CAGEPA

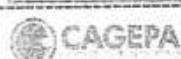
COOPERATIVA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe Jolio Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

FARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MAISICULA
71418091
REIRENNA
11-2-00134

本节主要讨论如何在给定的参数下，通过求解一个线性方程组，来求得未知数的值。

二〇一九年

DANIEL RIBEIRO DE ALMEIDA
RUA ALFRETE RIBEIRO DE ARAUJO, S/N - APTO 301 BLA
JOÃO PESSOA PB 58076-653



| MATRÍCULA | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO | TOTAL A PAGAR |
|-------------|---------------|--------------|---------------|
| 111-11-1111 | 08-07-2019 | R\$ 50,00 | R\$ 50,00 |

ANSWERING THE CALL TO ACTION FOR A FEMINIST MUSEUM



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 09:30:29
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011230930294830000035269300>
Número do documento: 2011230930294830000035269300

Núm. 36954359 - Pág. 7

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190715255 Cidade: Cabedelo Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA Data do acidente: 16/10/2019 Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METATARSO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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 |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | | Total | 0 % |
| | | | | |





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através do número 0800

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 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 33

Eu, Francisca Rodrigues de Souza

RG nº 003.995.320, data de expedição 17/08/2018

Orgão SSPRN, portador do CPF nº 084.173.452-26,
com domicílio na cidade de Jacó Paraíba, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua: Alute Ribeiro de Souza, nº 295,
complemento Bl. C / Ap 301, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

menionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Daniel Bezerra de Almeida, cujo o condutor era
Daniel Bezerra de Almeida.

Veículo: Biz 110 Modelo: Honda/Biz 110 Ano: 2017

Placa: QFZ 9355 Chassi: 962 SC 7000 HR 403652

Data do Acidente: 16/10/2019

Local e Data: 20 de Dezembro de 2019

Francisca Rodrigues de Souza

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) portador(a) da identidade RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia CID-10 S92.2, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de (5) dias, a partir desta data.

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a) Dr. Thales Farias
Cirurgião-Dentista - CRM-DF 21393
CNPJ 03.358.032/0001-00

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a) _____ a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

AVARAPUÁ **AVARAPUÁ HOSPITAL DE ATENDIMENTO**





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Desconhecido, portador(a) da identidade RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia CID-10 S92.3, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 32 (10 dias) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 17/10/17

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

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





CERTIDÃO

Nº. 1867/2019

Atendendo solicitação de **DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buriti, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº271233 pertencentes ao paciente que foi atendido dia 17/10/2019 às 11H47min, apresentando trauma em pé esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de 5º metatarso esquerdo. Medicado e imobilizado.

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

João Pessoa, 08 de novembro de 2019

Rosangela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
AUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 271233 Atd: Nao Regulad
Data: 17/10/2019
Hora: 11:47:26
Recepctionista: GISELLE ETELVINO DE AL
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA

Num. Prontuario: 2019.10.001970

Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 071.717.794-75

CNS: 706808222207527 Sexo: M IDENTIDADE: 2837165 Fone: 988026569

Natural: MONTEIRO/PB Data Nasc.: 16/06/1986 Id: 33 ano(s)

End.: RUA ALIETE RIBEIRO DE ARAUJO (LOT M NOVA),255BL C AP 301

Bairro: JOAO PAULO II Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: EDITE BEZERRA DE ALMEIDA Pai: RUMAO BATISTA DE ALMEIDA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AUXILIAR TECNICO SEM ESPECIFICACAO Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO

Resp.: DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA

Tel/Doc. Responsavel: 988026569 / IDENTIDADE: 2837165

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

| | | | |
|---------------------------------|---------|---|------------------------------------|
| PA: | FR: | <input type="checkbox"/> Aparentemente Bem | <input type="checkbox"/> Grave |
| FC: | TP: | <input type="checkbox"/> Politraumatizado | <input type="checkbox"/> Convulsao |
| Peso: | Altura: | <input type="checkbox"/> Hemorragia | <input type="checkbox"/> Dispneia |
| Glicemias: | IMC: | <input type="checkbox"/> Diarreia | <input type="checkbox"/> Agitado |
| Circ. Abd: | O2%: | <input checked="" type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Chocado |
| <input type="checkbox"/> Vomito | | | |

Queixa Principal

Observacao

TRAUMA EM PE E

História Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico | Conduta 030106006-1

PA = 5º MET S1 Vm 0301060102

Prescrição

| Horario da medicacao

Indumenta

Médico de Plantão: Dr. Kariney S. Pacheco
CRM 5804
Ortopedia e Traumatologia



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 09:30:29

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112309302948300000035269300

Número do documento: 20112309302948300000035269300

Num. 36954359 - Pág. 13

SANTA BARBARA COMERCIO DE MATERIAL
MEDICO HOSPITALAR EIRELI

Lote 100 - BUTA IMOB LONGA

Qtde. total de Itens 1
Valor total R\$.

Qtde. total de Itens 1
Valor total R\$ 220,00

FORMA DE PAGAMENTO **VALOR PAGO**
Dinheiro R\$ 200,00

TOTAL PAGOS **220.00**

Consulte pela Chave de Acesso em:

Consulte pela Chave de Acesso em
<https://www.receita.pt.gov.br/cptce/cptca>

2519 1226 0329 7900 0100 8500 2000 00004 5016 24 01 19

CONSUMIDOR

CPF 07171779475
DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA

NEC# P#: 000 000 450 Series: 002

13/12/2018 17:06:66 - 1Ma/Scans und

Protocolo de Autenticação

Protocolo de Autorização

Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012; R\$48.81
Val Aprox R\$48.84 Fed 9.24 Est 39.60 Fonte
IBPT/empresometro.com.br D529CB - CFOP 5102 =
R\$229.00 Operador, Usuário, Administradores





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 09:30:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112309302948300000035269300>
Número do documento: 20112309302948300000035269300

Num. 36954359 - Pág. 15



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 09:30:29
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112309302948300000035269300>
Número do documento: 20112309302948300000035269300

Nº 36954359 - Pág. 16



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **071.717.794-75**Nome: **DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA**Data de Nascimento: **16/06/1986**Situação Cadastral: **REGULAR**Data da Inscrição: **31/12/2004**Digito Verificador: **00**Comprovante emitido às: **10:47:06** do dia **20/12/2019** (hora e data de Brasília).Código de controle do comprovante: **344B.A5AC.19E1.D6AD**

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
(/Servicos/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0464574/19

Número do Sinistro: 3190715255

Vítima: DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA

CPF: 071.717.794-75

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 16/10/2019

Titular do CPF: DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA

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: 18/02/2020
Nome: DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA
CPF: 071.717.794-75

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: DENISE DE OLIVEIRA LIMA
CPF: 070.235.054-07

DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA

DENISE DE OLIVEIRA LIMA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/11/2020 09:30:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112309302948300000035269300>
Número do documento: 20112309302948300000035269300

Num. 36954359 - Pág. 18