



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	2766132_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, 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, 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,

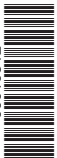
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15283562

Pag. 00683/00684 - carta_01 - INVALIDEZ

00010342





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

Pag. 00779/00780 - carta_03 - INVALIDEZ

00060390



Carta nº 15298619





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 BURITTY, 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



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: 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): (33) 93802-6563

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:
☒ 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)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA: 1104 5 CONTA: 0019152 3
(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

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, 20/12/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 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: 9C.2J.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

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 ASL: 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): (33) 93802-6563

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:
☒ 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)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA: 1104 5 CONTA: 0019152 3
(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

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

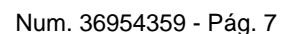
40 - Local e Data: João Pessoa, 20/12/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



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 %	R\$ 0,00





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, Francisca Rodrigues de Sousa
RG nº 003.995.220, data de expedição 17/08/2018
Órgão SSP RN, portador do CPF nº 084.173.454-26,
com domicílio na cidade de João Pessoa no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua: Allete Figueiro de Araújo, nº 255
complemento Bl. C / Ap 301, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado 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: DFZ 9355 Chassi: 962 JC 7000 HR 403652
Data do Acidente: 16/10/2019

Local e Data 20 de Dezembro de 2019

Francisca Rodrigues de Sousa
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)
Sr(a) Daniel Bezerra De Alencar 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 15
(Quinze) dias, a partir desta data.

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)
Dr. Thales Farias
Clínica de Traumatologia
CRM 8799 - PE 21393
1201 12803

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 - ANEXADA PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO






ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que a pedido do(a)
Sr.(a) Deivid Bezerra de Azevedo 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 S92.5, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período de 32
(trinta e dois) dias, a partir desta data

João Pessoa, 17/10/14


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 Ag. Foz de João 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 Burity, 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, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 08 de novembro de 2019

Rosângela 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
Recepcionista: GISELLE ETELVINO DE AL
Clinica: ORTOPIEDIA

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 violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[X] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

TRAUMA EM PE E

Historia Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao



SANTA BARBARA COMERCIO DE MATERIAL
MEDICO HOSPITALAR EIRELI

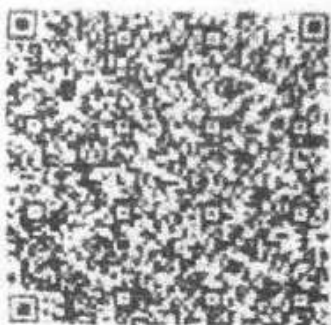
Endereço: Rua 2000, 100 - Jd. Santa Bárbara - Fátima - Curitiba - PR - 81200-000
CNPJ: 07.171.779/0755
R. DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA - 100 - Jd. Santa Bárbara - Fátima - Curitiba - PR - 81200-000
CNPJ: 07.171.779/0755
Inscrição Estadual: 10.000.450-002
Inscrição Municipal: 10.000.450-002
Inscrição Federal: 10.000.450-002

Quantidade	Unidade	Valor Unit.	Valor Total
1	BOTA IMOB LONGA	1.000,00	220,00
Qtde total de itens			1
Valor total R\$			220,00
FORMA DE PAGAMENTO		VALOR PAGU	
Dinheiro R\$		220,00	
TOTAL PAGU R\$		220,00	

Consulte pela Chave de Acesso em
<https://www.receita.pb.gov.br/nfceconsulta>

2519 1225 0329 7900 0100 6500 2000 0004 5016 3423 2700

CONSUMIDOR



CPF 07171779475
DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA

NFCe nº: 000.000.450 Série: 002
13/12/2019 17:06:56 - Via Consumidor
Protocolo de Autorização
325190312288831 13/12/2019 17:07:11

Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012): R\$48,84
Val Aprox R\$48,84 Fed 9,24 Est 39,60 Fonte
IBPT/empresometro.com.br D529CB, CFOP 5102 -
R\$220,00, Operador Usuario Administrador



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PB

NOME
DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA

DOC IDENTIDADE / CNB EMBOBO 1º
2037165 SSP PB

CPF 071.717.794-75 DATA NASCIMENTO 16/06/1989

FUNÇÃO
RUBEN BATISTA DE
ALMEIDA
EDITE BEZERRA DE
ALMEIDA

PERMISSÃO ACC C/CUBA
AD AD

Nº REGISTRO 049720115301 VALIDEZ 01/10/2023 1ª VENCIMENTO 13/02/2009

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1660815301

PROIBIDO PLASTIFICAR
1660815301

OBSERVAÇÕES
A:

Daniel Bezerra de Almeida
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 03/10/2018

João Pessoa
ASSINATURA DO EMISSOR 62140504450
PB037638360

PARAÍBA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETRAN LA CRE	
DEFIN - PS CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO DATA DE EMISSÃO 20191200006815-7 DATA DE VENCIMENTO 2019		Nº 014799040339 00452000823	
FRANCISCA RODRIGUES DE SOUSA CPF 0112513012-9 RG 00/00000000		08417345426 NOVO PB 9C2JC7000HR403652	
PAS/MOTONETA/NAO APLIC HONDA/BIZ 110I MANEJO: MOTOCICLO ESPECIE: PAV CONSTRUTORA GASOLINA		014799040339 NOVO PB 9C2JC7000HR403652	
2 P/109 /CI COPIA LANC CAT PARTIC VERMELHA		00/00/0000 0 00/00/0000 0	
1 P V A ***** 0		1 1 2 3	
***** SEGURO P A G O 27/05/2019 DATA DE EMISSÃO 27/05/2019		0 0	
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA SOUSA-PB 11436 30/05/2019		0 0	

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
 Nº 014799040339
 DATA 20191200006815-7
 00/00000000 2019

08417345426
HUMANITE LP
NOVO PB
9C2JC7000HR403652
QFZ9355/PB

GASOLINA

2017

VERMEIJHA

2007-2008

2

0

$$\text{Total} = \frac{1}{1} + \frac{1}{4} + \frac{1}{9} + \frac{1}{16} + \frac{1}{25} + \frac{1}{36} + \frac{1}{49} + \frac{1}{64} + \frac{1}{81} + \frac{1}{100} + \frac{1}{121} + \frac{1}{144} + \frac{1}{169} + \frac{1}{196} + \frac{1}{225} + \frac{1}{256} + \frac{1}{289} + \frac{1}{324} + \frac{1}{361} + \frac{1}{400} + \frac{1}{441} + \frac{1}{484} + \frac{1}{529} + \frac{1}{576} + \frac{1}{625} + \frac{1}{676} + \frac{1}{729} + \frac{1}{784} + \frac{1}{841} + \frac{1}{900} + \frac{1}{961} + \frac{1}{1024} + \frac{1}{1089} + \frac{1}{1156} + \frac{1}{1225} + \frac{1}{1296} + \frac{1}{1369} + \frac{1}{1444} + \frac{1}{1521} + \frac{1}{1600} + \frac{1}{1681} + \frac{1}{1764} + \frac{1}{1849} + \frac{1}{1936} + \frac{1}{2025} + \frac{1}{2116} + \frac{1}{2209} + \frac{1}{2304} + \frac{1}{2401} + \frac{1}{2500} + \frac{1}{2601} + \frac{1}{2704} + \frac{1}{2809} + \frac{1}{2916} + \frac{1}{3025} + \frac{1}{3136} + \frac{1}{3249} + \frac{1}{3364} + \frac{1}{3481} + \frac{1}{3600} + \frac{1}{3721} + \frac{1}{3844} + \frac{1}{3969} + \frac{1}{4096} + \frac{1}{4225} + \frac{1}{4356} + \frac{1}{4489} + \frac{1}{4624} + \frac{1}{4761} + \frac{1}{4900} + \frac{1}{5041} + \frac{1}{5184} + \frac{1}{5329} + \frac{1}{5476} + \frac{1}{5625} + \frac{1}{5776} + \frac{1}{5929} + \frac{1}{6084} + \frac{1}{6241} + \frac{1}{6400} + \frac{1}{6561} + \frac{1}{6724} + \frac{1}{6891} + \frac{1}{7064} + \frac{1}{7241} + \frac{1}{7424} + \frac{1}{7611} + \frac{1}{7804} + \frac{1}{7999} + \frac{1}{8196} + \frac{1}{8399} + \frac{1}{8604} + \frac{1}{8811} + \frac{1}{9024} + \frac{1}{9241} + \frac{1}{9464} + \frac{1}{9691} + \frac{1}{9924} + \frac{1}{10161} + \frac{1}{10404} + \frac{1}{10651} + \frac{1}{10904} + \frac{1}{11161} + \frac{1}{11424} + \frac{1}{11691} + \frac{1}{11964} + \frac{1}{12241} + \frac{1}{12524} + \frac{1}{12811} + \frac{1}{13104} + \frac{1}{13401} + \frac{1}{13704} + \frac{1}{14011} + \frac{1}{14324} + \frac{1}{14641} + \frac{1}{14964} + \frac{1}{15291} + \frac{1}{15624} + \frac{1}{15961} + \frac{1}{16304} + \frac{1}{16651} + \frac{1}{17004} + \frac{1}{17361} + \frac{1}{17724} + \frac{1}{18091} + \frac{1}{18464} + \frac{1}{18841} + \frac{1}{19224} + \frac{1}{19611} + \frac{1}{20004} + \frac{1}{20401} + \frac{1}{20804} + \frac{1}{21211} + \frac{1}{21624} + \frac{1}{22041} + \frac{1}{22464} + \frac{1}{22891} + \frac{1}{23324} + \frac{1}{23761} + \frac{1}{24204} + \frac{1}{24651} + \frac{1}{25104} + \frac{1}{25561} + \frac{1}{26024} + \frac{1}{26491} + \frac{1}{26964} + \frac{1}{27441} + \frac{1}{27924} + \frac{1}{28411} + \frac{1}{28904} + \frac{1}{29401} + \frac{1}{29904} + \frac{1}{30411} + \frac{1}{30924} + \frac{1}{31441} + \frac{1}{31964} + \frac{1}{32491} + \frac{1}{33024} + \frac{1}{33561} + \frac{1}{34104} + \frac{1}{34651} + \frac{1}{35204} + \frac{1}{35761} + \frac{1}{36324} + \frac{1}{36891} + \frac{1}{37464} + \frac{1}{38041} + \frac{1}{38624} + \frac{1}{39211} + \frac{1}{39804} + \frac{1}{40401} + \frac{1}{40904} + \frac{1}{41411} + \frac{1}{41924} + \frac{1}{42441} + \frac{1}{42964} + \frac{1}{43491} + \frac{1}{44024} + \frac{1}{44561} + \frac{1}{45104} + \frac{1}{45651} + \frac{1}{46204} + \frac{1}{46761} + \frac{1}{47324} + \frac{1}{47891} + \frac{1}{48464} + \frac{1}{49041} + \frac{1}{49624} + \frac{1}{50211} + \frac{1}{50804} + \frac{1}{51401} + \frac{1}{51904} + \frac{1}{52411} + \frac{1}{52924} + \frac{1}{53441} + \frac{1}{53964} + \frac{1}{54491} + \frac{1}{55024} + \frac{1}{55561} + \frac{1}{56104} + \frac{1}{56651} + \frac{1}{57204} + \frac{1}{57761} + \frac{1}{58324} + \frac{1}{58891} + \frac{1}{59464} + \frac{1}{60041} + \frac{1}{60624} + \frac{1}{61211} + \frac{1}{61804} + \frac{1}{62401} + \frac{1}{62904} + \frac{1}{63411} + \frac{1}{63924} + \frac{1}{64441} + \frac{1}{64964} + \frac{1}{65491} + \frac{1}{66024} + \frac{1}{66561} + \frac{1}{67104} + \frac{1}{67651} + \frac{1}{68204} + \frac{1}{68761} + \frac{1}{69324} + \frac{1}{69891} + \frac{1}{70464} + \frac{1}{71041} + \frac{1}{71624} + \frac{1}{72211} + \frac{1}{72804} + \frac{1}{73401} + \frac{1}{73904} + \frac{1}{74411} + \frac{1}{74924} + \frac{1}{75441} + \frac{1}{75964} + \frac{1}{76491} + \frac{1}{77024} + \frac{1}{77561} + \frac{1}{78104} + \frac{1}{78651} + \frac{1}{79204} + \frac{1}{79761} + \frac{1}{80324} + \frac{1}{80891} + \frac{1}{81464} + \frac{1}{82041} + \frac{1}{82624} + \frac{1}{83211} + \frac{1}{83804} + \frac{1}{84401} + \frac{1}{84904} + \frac{1}{85411} + \frac{1}{85924} + \frac{1}{86441} + \frac{1}{86964} + \frac{1}{87491} + \frac{1}{88024} + \frac{1}{88561} + \frac{1}{89104} + \frac{1}{89651} + \frac{1}{90204} + \frac{1}{90761} + \frac{1}{91324} + \frac{1}{91891} + \frac{1}{92464} + \frac{1}{93041} + \frac{1}{93624} + \frac{1}{94211} + \frac{1}{94804} + \frac{1}{95401} + \frac{1}{95904} + \frac{1}{96411} + \frac{1}{96924} + \frac{1}{97441} + \frac{1}{97964} + \frac{1}{98491} + \frac{1}{99024} + \frac{1}{99561} + \frac{1}{100104} + \frac{1}{100651} + \frac{1}{101204} + \frac{1}{101761} + \frac{1}{102324} + \frac{1}{102891} + \frac{1}{103464} + \frac{1}{104041} + \frac{1}{104624} + \frac{1}{105211} + \frac{1}{105804} + \frac{1}{106401} + \frac{1}{106904} + \frac{1}{107411} + \frac{1}{107924} + \frac{1}{108441} + \frac{1}{108964} + \frac{1}{109491} + \frac{1}{110024} + \frac{1}{110561} + \frac{1}{111104} + \frac{1}{111651} + \frac{1}{112204} + \frac{1}{112761} + \frac{1}{113324} + \frac{1}{113891} + \frac{1}{114464} + \frac{1}{115041} + \frac{1}{115624} + \frac{1}{116211} + \frac{1}{116804} + \frac{1}{117401} + \frac{1}{117904} + \frac{1}{118411} + \frac{1}{118924} + \frac{1}{119441} + \frac{1}{120024} + \frac{1}{120611} + \frac{1}{121204} + \frac{1}{121801} + \frac{1}{122404} + \frac{1}{123011} + \frac{1}{123624} + \frac{1}{124241} + \frac{1}{124864} + \frac{1}{125491} + \frac{1}{126124} + \frac{1}{126761} + \frac{1}{127404} + \frac{1}{128051} + \frac{1}{128704} + \frac{1}{129361} + \frac{1}{130024} + \frac{1}{130691} + \frac{1}{131364} + \frac{1}{132041} + \frac{1}{132724} + \frac{1}{133411} + \frac{1}{134104} + \frac{1}{134801} + \frac{1}{135504} + \frac{1}{136211} + \frac{1}{136924} + \frac{1}{137641} + \frac{1}{138364} + \frac{1}{139091} + \frac{1}{139824} + \frac{1}{14$$

EGURO P A G O

A LTDA

DATA

8

30/05/20

PB Nº 014799040339 BILHETE DE SEGURO PRIVAT

SAC DPVAT 0600 022 1204

PLMA
QE29355/PB

1101

N° CHARGE
HR403652

ÍNDICE

CLUSTAL (N) algorithm (pgs)

[illegible]

P A G E

PRINCE GEORGE

INDEX - OPVAT

10001-01

190530

BRASIL
(HTTPS://GOV.BR)



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

CPF de: Próprio

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

DANIEL BEZERRA DE ALMEIDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

DENISE DE OLIVEIRA LIMA

