



Número: **0800000-23.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **01/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|---|--------------------|--|-------------------|
| FABIO JOSE LEMOS (AUTOR) | | RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO) RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO) | |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 37295 474 | 01/12/2020 08:51 | 2769567_CONTESTACAO_Anexo_02 | Outros Documentos |

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO JOSE LEMOS**

Nº Sinistro: **3180333017**

Vítima: **FABIO JOSE LEMOS**

Data do Acidente: **03/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180333017**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13134675

Pag. 01445/01446 - carta_01 - INVALIDEZ

00020723



Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO JOSE LEMOS**
Nº Sinistro: **3180333017**
Vítima: **FABIO JOSE LEMOS**
Data do Acidente: **03/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180333017**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência ilegível
- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00589/00590 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13137203



Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO JOSE LEMOS**
Nº Sinistro: **3180333017**
Vítima: **FABIO JOSE LEMOS**
Data do Acidente: **03/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180333017**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01051/01052 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13265337





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

| | | |
|---------------------------|---------------------------------|---|
| Número do Sinistro ou ASL | CPE da Vítima 011.207.204-43 | Nome completo da vítima FABIO JOSE LEMOS |
|---------------------------|---------------------------------|---|

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | |
|--|--|---------------------------------|
| Nome completo FABIO JOSE LEMOS | CPE titular da conta 011.207.204-43 | Profissão RECUSO |
| Endereço RUA CEL ANTONIO CORREIA BRASIL | Número 257 | Complemento CASA |
| Bairro ERMAPU SETIRO | Cidade JOÃO PESSOA | CEP 58100-040 |
| Email | Estado PB | Telefone (DDD) 83 99841-0296 |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

| | | |
|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | | |
| <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) | | |
| <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) | | |
| AGÊNCIA Nº 0617 | D/V [] | CONTA Nº 00003956 |
| D/V 6 | | |
| <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) | | |
| BANCO Nome [] | | |
| AGÊNCIA Nº [] | | |
| D/V [] | | |

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

JOÃO PESSOA, 18 de JULHO de 2018

Local e Data

FABIO JOSE LEMOS

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

| | | |
|---------------------------|---------------------------------|--|
| Número do Sinistro ou ASL | CPF da Vítima 021.287.204-43 | Nome completo da vítima Fábio José Solmeo |
|---------------------------|---------------------------------|--|

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | |
|--|--|---------------------------------|
| Nome completo Fábio José Solmeo | CPF titular da conta 021.287.204-43 | Profissão Recebe |
| Endereço Rua Jomara Província do povo | Número 185 | Complemento Casa |
| Bairro Pibiri | Cidade Santa Rita | Estado PB |
| Email | CEP 58919-000 | Telefone (DDD) PB 99841-8296 |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

| | | | |
|---|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) | | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) | |
| AGÊNCIA NRO. 0017 D/V | | BANCO Nome NRO. | |
| CONTA NRO. 03956 D/V | | AGÊNCIA NRO. D/V | |
| (Informar dígito se existir) | | (Informar dígito se existir) | |

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa 03 de Agosto de 2018
Local e Data

Fábio José Solmeo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00136.01.2018.1.02.008

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00136.01.2018.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:35 horas do dia 13 de julho de 2018, 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 Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu **Fabio José Lemos**, conhecido(a) por Fábio, CNH nº 03575090438, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Marisa Bernadina Lemos e Pedro Lemos Sobrinho, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 30/10/1975 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Coronel Antônio Correia Brasil, Nº 257, complemento casa., bairro Emami Sátiro, tendo como ponto de referência Posto de Gasolina, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99841-8296.

Dados do(s) Fatos:

Local: Posto Rodoviário Federal, Bayeux/PB, bairro Mário Andreazza; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/03/18 20:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) CPB ART. 129 § 6º C/C ART. 18 INC. II: LESÃO CORPORAL CULPOSA.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo CB 600, marca Honda, tipo de veículo motocicleta, cor preta, ano 2008, placa MOI-4924, chassi 9C2PC42008R003571, renavam 00118820389

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

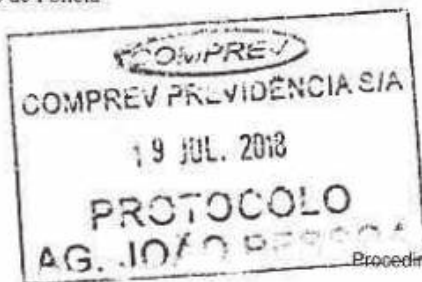
Que, no dia 03 de março do ano fluente, se conduzia em sua moto já discriminada e cadastrada em seu nome, por uma das ruas do conjunto Mário Andreazza e, numa ladeira ali existente, foi bruscamente trancado por um veículo de placas e Condutor não identificado, oportunidade em que freou, tentando livrar-se dele e assim, sofreu uma queda, tendo o tal veículo evadido-se do local, enquanto que o notificante foi socorrido para o Complexo Hospitalar Mangabeira onde foi identificado Fratura no osso da perna esquerda.

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, 13 de julho de 2018.

EVERALDO MARTINS DA COSTA
Escrivão de Polícia

FABIO JOSÉ LEMOS
Noticiante



Procedimento Policial: 00136.01.2018.1.02.008





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00136.01.2018.1.02.008

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00136.01.2018.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:35 horas do dia 13 de julho de 2018, 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 Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu **Fábio José Lemos**, conhecido(a) por Fábio, CNH nº 03575090438, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Marisa Bernadina Lemos e Pedro Lemos Sobrinho, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 30/10/1975 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Coronel Antônio Correia Brasil, Nº 257, complemento casa, bairro Ernani Sátiro, tendo como ponto de referência Posto de Gasolina, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99841-8296.

Dados do(s) Fatos:

Local: Posto Rodoviário Federal, Bayeux/PB, bairro Mário Andreazza; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/03/18 20:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) CPB ART. 129 § 6º C/C ART. 18 INC. II: LESÃO CORPORAL CULPOSA.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo CB 600, marca Honda, tipo de veículo motocicleta, cor preta, ano 2008, placa MOI-4924, chassi 9C2PC42008R003571, renavam 00118820389.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que, no dia 03 de março do ano fluente, se conduzia em sua moto já discriminada e cadastrada em seu nome, por uma das ruas do conjunto Mário Andreazza e numa ladeira ali existente, foi bruscamente trancado por um veículo de placas e Condutor não identificado, oportunidade em que freou, tentando livrar-se dele e assim, sofreu uma queda, tendo o tal veículo evadido-se do local, enquanto que o notificante foi socorrido para o Complexo Hospitalar Mangabeira onde foi identificado Fratura no osso da perna esquerda.

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, 13 de julho de 2018.

[Assinatura]
EVERALDO MARTINS DA COSTA
Escrivão de Polícia

[Assinatura]
FABIO JOSÉ LEMOS
Notificante



Procedimento Policial: 00136.01.2018.1.02.008

Registro eletrônico





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00136.01.2018.1.02.008

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00136.01.2018.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:35 horas do dia 13 de julho de 2018, 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 Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu **Fábio José Lemos**, conhecido(a) por Fábio, CNH nº 03575090438, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Marisa Bernadina Lemos e Pedro Lemos Sobrinho, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 30/10/1975 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Coronel Antônio Correia Brasil, Nº 257, complemento casa., bairro Ernani Sátiro, tendo como ponto de referência Posto de Gasolina, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99841-8296.

Dados do(s) Fatos:

Local: Posto Rodoviário Federal, Bayeux/PB, bairro Mário Andreazza; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/03/18 20:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **CPB ART. 129 § 6º C/C ART. 18 INC. II: LESÃO CORPORAL CULPOSA.**

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo CB 600, marca Honda, tipo de veículo motocicleta, cor preta, ano 2008, placa MOI-4924, chassi 9C2PC42008R003571, renavam 00118820389

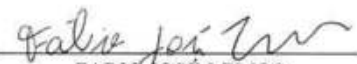
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

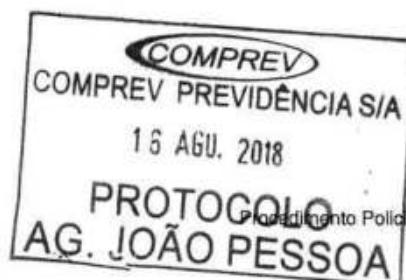
Que, no dia 03 de março do ano fluente, se conduzia em sua moto já discriminada e cadastrada em seu nome, por uma das ruas do conjunto Mário Andreazza e, numa ladeira ali existente, foi bruscamente trancado por um veículo de placas e Condutor não identificado, oportunidade em que freou, tentando livrar-se dele e assim, sofreu uma queda, tendo o tal veículo evadido-se do local, enquanto que o notificante foi socorrido para o Complexo Hospitalar Mangabeira onde foi identificado Fratura no osso da perna esquerda.

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, 13 de julho de 2018.


EVERALDO MARTINS DA COSTA
Escrivão de Polícia


FABIO JOSÉ LEMOS
Noticiante



Processamento Policial: 00136.01.2018.1.02.008





CERTIDÃO

Nº. 0914/2018

Atendendo solicitação de RENAN DE CARVALHO PAIVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 107650 e Prontuário de Nº 2018.03.000368, pertencentes à **FABIO JOSE LEMOS** que foi atendido dia 03/03/2018 às 21H53min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em perna esquerda + tornozelo direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 22/03/2018 com alta médica dia 24/03/2018.

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

João Pessoa, 03 de julho de 2018

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
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 107650 Atd: Nao Regul
Data: 03/03/2018
Hora: 21:59:19
Recepcionista: JOELMA IRIO AQUINO D
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: FABIO JOSE LEMOS Num. de vezes atendido: 2
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1875980 Fone: 0 Num. Prontuario: 2018.03.000368
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 30/10/1975 Id: 42 ano(s)
End.: JORNAL DA PROVINCIA DO PARA, 0
Bairro: TIBIRI Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF: PB
Mae: MARISA BERNARDINA LEMOS Pai:
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: SEM PROFISSAO Estado Civil: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: FABIO JOSE LEMOS
Tel/Doc. Responsavel: 0 / IDENTIDADE: 1875980
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: BOMBEIROS

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao

Queixa Principal

TR. A NA MIE APOS VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de acidente automobilístico queda de altura com queixas de dor em M.E, não há ferimentos visíveis, ABD úmido.

Diagnostico

CD. Sólido R. de L. 1º grau
AV. de Olopedes

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

10/10/2018

Paciente com trauma em M.E. com dor, edema e deformidade, apresenta sinais vitais estáveis e ferimentos em M.E. e M.I. com ferimentos de grau I.

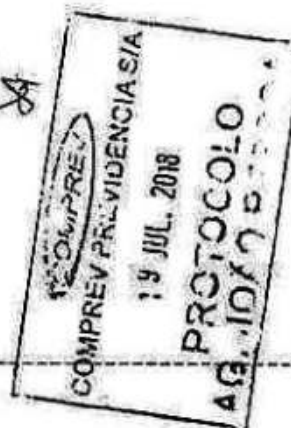
Dr. Daniel B. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

07/03/2018 - Psicologia
Realizados atendimentos
+ orientações

Anna Mary de Medeiros
Psicóloga
CRP 001.106.49
CNPJ 03/2850



ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

| Q:de | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao |
|------|--------------|------|---------|----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Síndroma Kienbo de S. Romêgio

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO JOSE LEMOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00617

CONTA: 000000003956-6

Nr. da Autenticação 4E7748E6E4B41E08



IRANA MARIA LEMOS
RUA DEL ANTONIO CORREIA BRAGA, 157 - ERVAN SATIRO
C/ADRESSADA - PO CEP: 35000-000 (A.D. 1)

Emissão: 19/01/2018 Referência: Jan/2018

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO
Reters: 12 - 2 - 735 - 7040 Nº medidor: 0001125140

Medição realizada em 19/01/2018
Código de barras: 3424329401

Nº da Fatura: 3729401
Código para Dth Automática: 92004767545

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

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/CNPJ/RANI |
|-------------------|--------------|----------------------------------|---------------|
| Jan / 2018 | 19/01/2018 | 20/02/2018 | 3424329401 |

UC (Unidade Consumidora): 5/476364-5

Canal de contato

Informamos a não efetuação da leitura por impedimento de acesso à sua unidade, resultando no faturamento pela média. Eventual diferença será compensada no próximo faturamento. Reafirmamos a necessidade de dar acesso ao local de medição. Persistindo o impedimento o fornecimento poderá ser suspenso após três dias da apresentação desta fatura (Art. 171 Res. 414/ANEEL).
Compartilhe sua energia conosco também nas redes sociais. Estamos presentes no Facebook com @energisa e no Twitter @energisa, sempre que precisar de gente. Queremos estar sempre próximos.

173-23

| Anterior | Atual | Constante | Consumo | Dias |
|----------|---------|-----------|---------|------|
| Data | Leitura | Data | Leitura | |
| 20/12/17 | 14552 | 19/01/18 | 14676 | 30 |

| Resumo da Fatura | | | | | | | | | |
|--|-------------------------------|------------|----------|------------|-------|---------|-------|-------|-------|
| CD | Descrição | Quantidade | Tarifa | Valor Base | Valor | Imposto | Base | Valor | Valor |
| Tributos Totais (R\$) ICMS (R\$) ICMST | | | | | | | | | |
| 0001 | Consumo em kWh | 123,000 | 0,726850 | 89,38 | 89,38 | 27 | 24,44 | 80,53 | 0,83 |
| 0501 | Adc. B. Vermelha | 2,00 | 2,00 | 27 | 0,54 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | | | | | | | |
| 0601 | CONTRIB SERV LUM PUBLICA | 3,70 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0604 | JUROS DE MORA 12/2017 | 0,35 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0605 | MULTA 12/2017 | 1,91 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0606 | ATUALIZAÇÃO MONETARIA 12/2017 | 0,08 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

Scanned by CamScanner



Ficha Nr: 107650 Atd: Nao Regul
Data: 03/03/2018
Hora: 21:59:19
Recepcionista: JOELMA IRIO AQUINO D
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: FABIO JOSE LEMOS
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1875980 Fone: 0
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 30/10/1975 Id: 42 ano(s)
End.: JORNAL DA PROVINCIA DO PARA, 0
Bairro: TIBIRI Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF: PB
Mae: MARISA BERNARDINA LEMOS Pai:
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: SEM PROFISSAO Estado Civil: NAO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: FABIO JOSE LEMOS
Tel/Doc. Responsavel: 0 / IDENTIDADE: 1875980
Procedencia: RUA

Estado Civil: NAO INFORMADO

Transporte utilizado: BOMBEIROS

Uma de acidente por: MOTO

Vitima de violência por: NAO

[] Case Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: 02 1/2:

Queixa Principal

TR. A NA MLE APOS VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> [] Aparentemente Bem | <input type="checkbox"/> [] Grave |
| <input type="checkbox"/> [] Politraumatizado | <input type="checkbox"/> [] Convulsao |
| <input type="checkbox"/> [] Hemorragia | <input type="checkbox"/> [] Dispneia |
| <input type="checkbox"/> [] Diarreia | <input type="checkbox"/> [] Agitado |
| <input type="checkbox"/> [] Regular | <input type="checkbox"/> [] Chocado |
| <input type="checkbox"/> [] Vomito | |
| Observacao | |

Historia - Exame Fisico - (hora de atendimento medico)

paciente vítima de acidente automobilístico queda de altura, apresentando lesões compatíveis com quebras de osso em M.E., ingo hálito PREVIDENCIA S. 19 JUL. 2008

Diagnostico

CD - Solução R. de L. 100 x 1 pmo
Av. da Ortopedia | Conduta

Prescrição

| Horario da medicacao

Into person

Dr. Daniel B. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia

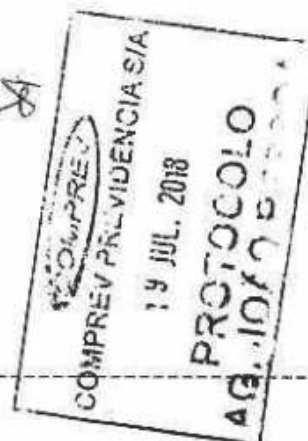


Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

07/03/2018 - Psicologia

Realizados atendimentos
+ outros

Ana Mary de Medeiros
Psicóloga - CRP 01/2959
357.22.000-09



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Qtd | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao |
|-----|--------------|------|---------|----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Suelio Moreira da S. Romão

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



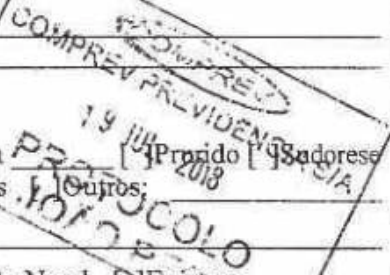


FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

| | | | |
|---|--------------|-----------------------------------|--------------|
| Nome: <u>Felipe José Lima</u> | | Data da Admissão: <u>03/03/18</u> | |
| Prontuário: _____ | Idade: _____ | Enfermaria: _____ | Leito: _____ |
| Nome da Mãe: _____ | | Bairro: _____ | |
| Endereço: _____ | | Cidade: _____ | |
| Estado: _____ | | Fone: _____ | |
| Profissão: _____ | | Sexo: F () M () Cor: _____ | |
| Estado Civil: _____ | | Religião: _____ | |
| Escolaridade: _____ | | Data de Nascimento: <u>1/1</u> | |
| QPD: <u>Dor o desconforto por causa da</u> | | | |
| HDA: <u>Travando por causa da fratura</u> <u>dos ossos da perna</u> | | | |
| Medicações em uso: _____ | | | |
| Interrogatório Sintomatológico: | | | |
| Geral: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____ | | | |
| Pele: _____ | | | |
| Cabeça e Pescoço: <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Audição: _____ Visão: _____ | | | |
| AR e ACV: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Outros: _____ | | | |
| ABD: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematemese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume | | | |
| AGU: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____ | | | |
| SME: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposuio <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos | | | |
| SN e PSQ: <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor | | | |

Dr. Daniel B. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9243

Dr. Paulo



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

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

[]Trauma []Neo []Tabagismo

[]Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

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

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

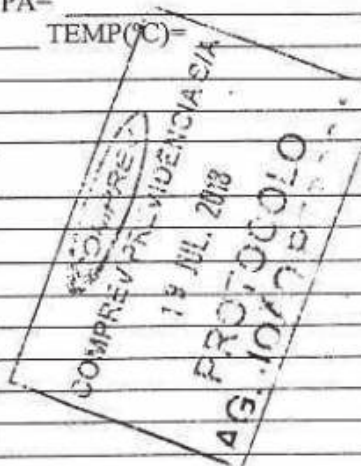
ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

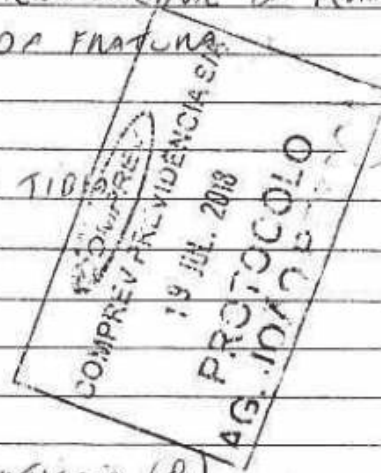
SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *Fratura avulsão de perna @*Conduta: *Internar p/ Hta. Amegras*



| DESCRIÇÃO DA CIRURGIA |
|--|
| Posição e Preparo: |
| PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA. |
| ASSEPSIA + ANTISEPSIA. |
| APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTERELIS. |
| GAMOTEAMENTO DO M.E. |
| Incisão: |
| INCISÃO EM 1/3 MÉDIO DA REGIÃO ANTERO-MEDIAL DA PÉLIA. |
| DISSECAÇÃO POR PLANOS ATÉ O FOCO DA FRATURA. |
| Achados: |
| VISUALIZAÇÃO DO FOCO DE FRATURA DA TÍBIA. |
| Conduta: |
| REDUÇÃO CRUENTA. |
| APOSIÇÃO DE PLACA + PARAFUSOS CORTICAIS (P). |
| LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF0,9%. |
| RETIRADA DO GAMOTEAMENTO. |
| Fechamento: |
| FECHAMENTO DE PELE. |
| CURATIVO |
| OBS: |



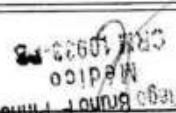
Data: 22/03/18

Dr. Yury Córdova
Dr. Roberto Santos
MÉDICO/CRM

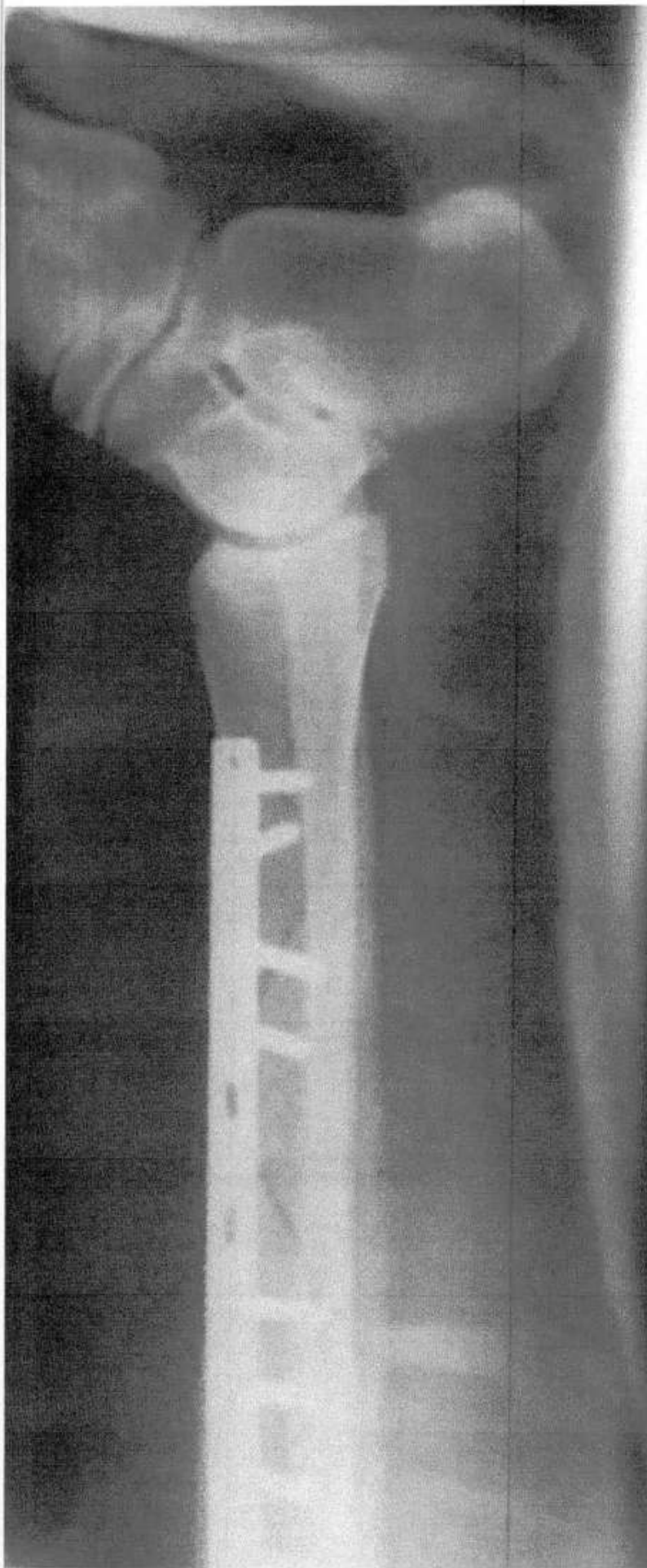




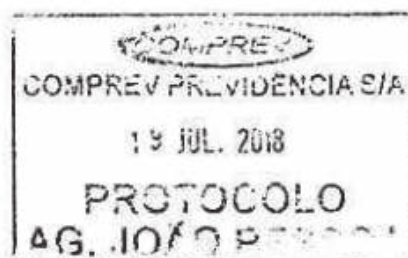
LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

| | | | | | | |
|--|---------|--------------------------|---|----------------------|---------------|--|
| NOME: FABIO JOSÉ LEMOS | | | | | PRONTUÁRIO Nº | |
| IDADE: 42A | SEXO: M | COR | CLÍNICA Ortopedia | ENF.:26 | LEITO: 412 | |
| DATA DE ADMISSÃO: 03/03/18 | | DATA DE ALTA: 24/03/2018 | | TEMPO DE PERMANÊNCIA | | |
| DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DE TÍBIA E | | | | CID | | |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo | | | | | | |
| TRATAMENTO TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | | | |
| PRINCIPAIS EXAMES E.F. + RADIOGRÁFICO | | | | | | |
| TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA: AINE + ATB + ANALGESICO | | | | | | |
| ANATOMIA PATOLÓGICA | | | | | | |
| INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO | | | COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO | | | |
| RESULTADO BACTERIOLOGIA | | | | | | |
| CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO () ÓBITO | | | | | | |
| RESUMO CLÍNICO [HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES] Paciente com história de trauma em PERNA E (FRATURA DE TÍBIA E) sendo submetido a tratamento cirúrgico REDUÇÃO CRUENTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACAS E PARAFUSOS EM FRATURA DE TÍBIA E, evoluindo sem intercorrências. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação analgésica e antibióticos. Retornará ao ambulatório de serviço para continuidade de tratamento e orientações. | | | | | | |
| ORIENTAÇÕES PÓS ALTA Diet: Livre ou conforme já realizada pelo (a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc... USO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias. CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar. MEDICAÇÕES PARA CASA: analgésicos + antibióticos. | | | | | | |
| RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do <i>Complexo Hospitalar Mangabeira</i> em 15 dias para revisão. (DR. ROBERTO SANTOS) | | | | | | |
| 24/03/2018 | | |  ASS. MÉDICO / C.R.M. | | | |
| Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO | | | | | | |









| REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES | |
|--|----------------------|
| DETTRAN - PB Nº 013222036631 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO | |
| 1 0011882038-9 00/00000000 2017 | |
| FABIO JOSE LEMOS | |
| 02128720443 | MOI4924/PB |
| NOVO | PB 9C2PC42008R003571 |
| PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC | GASOLINA |
| HONDA/CB600F HORNET | 2008 2008 |
| 2 P/599 /CI | PARTIC PRETA |
| 00/00/0000 | 1* |
| 0 | 2* |
| 0 | 3* |
| PREMIO TARIFARIO (R\$) 0,00 PREMIO TOTAL (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO 06/06/2017 | |
| ***** SEGURO P A G O 06/06/2017 | |
| SEM RESERVA DE DOMINIO | |
| JOAO PESSOA-PB | |
| 32280 | 10/08/2017 7976 |

| SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT | |
|---|----------------------|
| PB Nº 013222036631 BILHETE DE SEGURO DPVAT | |
| ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204 | |
| EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 10/08/2017 | |
| 02128720443 | MOI4924/PB |
| 00118820389 | HONDA/CB600F HORNET |
| 2008 | 9C2PC42008R003571 |
| PRÊMIO TARIFÁRIO | |
| FNE (R\$) ***** | DENATRAM (R\$) ***** |
| CUSTO DO SEGURO (R\$) ***** | |
| CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** | SEGURO P A G O |
| PAGAMENTO 08/08/2017 | |
| SEGURODORA LÍDER - DPVAT | |
| CNPJ 09.348.608/0001-04 | |
| 7976-1325187-20170810 | |

Scanned by CamScanner



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180333017 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO JOSE LEMOS **Data do acidente:** 03/03/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA ESQUERDA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Total | | | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONÇA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0264032/18

Número do Sinistro: 3180333017

Vítima: FABIO JOSE LEMOS

CPF: 021.287.204-43

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/03/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FABIO JOSE LEMOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/10/2018

Nome: FABIO JOSE LEMOS

CPF: 021.287.204-43

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2018

Nome: RENATO LUNA DIAS

CPF: 705.216.494-98

FABIO JOSE LEMOS

RENATO LUNA DIAS

