
Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200152828

Vítima: JOSE CARLOS DE ALMEIDA

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CARLOS 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



Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200152828

Vítima: JOSE CARLOS DE ALMEIDA

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE CARLOS DE ALMEIDA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **JOSE CARLOS DE ALMEIDA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000000904**

Conta: **0000061633-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: **036 88 04/39** CPF da vítima: **930.624.534-04** Nome completo da vítima: **Jose Carlos de Almeida**

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

Nome completo: **Jose Carlos de Almeida** CPF: **930.624.534-04**

Profissão: **Servilino** Endereço: **R. João Crislo e Chico** Número: **295** Complemento: **—**

Bairro: **Gamarra** Cidade: **João Pessoa** Estado: **PB** CEP: **58069-529**

E-mail: **—** Tel.(DDD): **(83) 99811 5088**

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0904** CONTA: **64633** **4**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **—**

AGÊNCIA: **—** CONTA: **—**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: **—**

Grau de Parentesco com a vítima: **—** Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: **—**

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: **—** Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da assinatura beneficiária não obrigatória

Local e Data, **João Pessoa PB 22.10.2019**

Nome: **Jose Carlos de Almeida**

CPF: **—**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Jose Carlos de Almeida

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: **—**

CPF: **—**

Assinatura

2ª | Nome: **—**

CPF: **—**

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

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

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



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 12061.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 12061.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:57 horas do dia 15 de outubro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Adonis Coelho Regadas, Agente de Investigação, matrícula 1331728, ao final assinado, compareceu **José Carlos de Almeida**, CPF nº 930.627.534-04, RG nº 1427649 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Serralheiro, filho(a) de Geny Maria de Almeida e José Raimundo de Almeida, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 08/03/1970 (49 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua João Grilo e Chicô, complemento Casa, bairro Barra de Gramame, tendo como ponto de referência Próximo a Integração, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98874-2456.

Dados do(s) Fatos:

Local: Em Frente Ao Corpo de Bombeiros, João Pessoa/PB, bairro Jardim Veneza; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 14/12/18 18:45h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a motocicleta, Honda/NXR 160 BROS ano/mod. 2018, - Chassi: 9C2KD0810JR048232, pertencente Neyckson Hallen Nunes de Almeida - CPF: 059.951.694-16 - na BR 101, em frente ao Corpo de Bombeiros, quando foi surpreendido por outro veículo que saiu de uma rua paralela que entrou na BR sem sinalizar, fazendo com que o noticiante apesar de frear para evitar colisão não conseguiu, vindo a atingir o outro veículo, onde o mesmo veio a cair ao solo, que logo após a STTRANS, conduziu o noticiante, até Complexo Hospitalar Mangabeira - Governador Tarcísio Burity, onde o mesmo foi atendido e submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tibia esquerda. Conforme CERTIDÃO - Nº 0684/2019 emitida por Rosângela M. Escorel Almeida - Medico Intensivista - CRM 3883.

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, 15 de outubro de 2019.


ADONIS COELHO REGADAS
Agente de Investigação


JOSÉ CARLOS DE ALMEIDA
Noticiante

Procedimento Policial: 12061.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: **036 88 04139** CPF da vítima: **930.624.534-04** Nome completo da vítima: **Jose Carlos de Almeida**

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

Nome completo: **Jose Carlos de Almeida** CPF: **930.624.534-04**

Profissão: **Servilino** Endereço: **R. João Crilo e Clito** Número: **295** Complemento: **—**

Bairro: **Gamarra** Cidade: **João Pessoa** Estado: **PB** CEP: **58069-529**

E-mail: **—** Tel.(DDD): **(83) 99811 5088**

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0904** CONTA: **66633** **4**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **—**

AGÊNCIA: **—** CONTA: **—**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: **—**

Grau de Parentesco com a vítima: **—** Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: **—**

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: **—** Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou do beneficiário não alfabetizado

Local e Data, **João Pessoa PB 22.10.2019**

Nome: **—**

CPF: **—**

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: **—**

CPF: **—**

Assinatura

2ª | Nome: **—**

CPF: **—**

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



CERTIDÃO

Nº. 0684/2019

Atendendo solicitação de JOSE CARLOS 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 Nº190321 pertencente ao requerente que foi atendido dia 14/12/2018 às 22H41min, vítima de moto, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetida a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tibia esquerda. Medicado e imobilizado.

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

João Pessoa, 26 de abril 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 GÓV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ: 1

Ficha Nr: 190321 Atd: Nao Regula
Data: 14/12/2018
Hora: 22:41:47
Recepcionista: MARILENE AUGUSTO FERN
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE CARLOS DE ALMEIDA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.12.001696

CNS: 898000500226107 Sexo: M IDENTIDADE: 1427649 Fone: 988742456

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 08/03/1970 Id: 48 ano(s)

End.: RUA JOAO GRILO E CHICO (RES GERVASIO MAIA), 225

Bairro: GRAMAME Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: GENY MARIA DE ALMEIDA

Pai: JOSE RAIMUNDO DE ALMEIDA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: CASADO(A)

Ocupação: SERRALHEIRO (FORA EXCECAO)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: JOSE CARLOS DE ALMEIDA

Doc. Responsavel: 988742456 / IDENTIDADE: 1427649

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE UPA DOS BANCARIOS

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO /BR 23

Vitima de violência por: CONDUTOR PX AOS BOMBEIROS

[] 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%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

Encaminhado 02 UPA de Cruz das Almas
com dorquias de Fm fechada de tornozelo (E)
Retor. queda de moto.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Re tornozelo (E) AP
posit

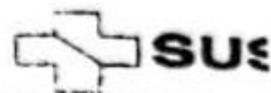
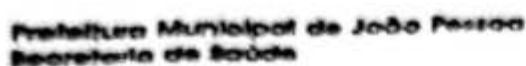
Diagnostico Fm. unido. fclm. Conduta tdr 602

Prescricao

Horario da medicacao

030 de 00/02
030 de 02/00

Dr. Rodrigo Castro do Amaral
Ortopedista/Traumatologista
CRM-PB 4841-SBO 8331



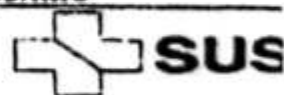
**FICHA DE ENCAMINHAMENTO
REFERÊNCIA**

UNIDADE DE ORIGEM: D.S. I () II () III () IV () V ()
NOME DO USUÁRIO: *San Carlos de Almeida* SEXO: M () F ()
NOME DA MÃE: TELEFONE: _____
DATA DE NASCIMENTO: *1 / 1* IDADE: _____ CPF: _____ RG: _____
ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____ CEP: _____
Nº DO CARTÃO RUBI: _____ Nº DO PRONTUÁRIO: _____
JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO: *Quando vi o rosto c/ Ex feições de mãe la total
Ex a linha de dentes mediana (mãe) e a boca. Anomalia nascer pré-natal
e a criança. A mãe e o pai e a mãe com Síncope Fator*
CID 10: _____
CONDIÇÃO ADOTADA: *Tudo pronto
Emissão de Trama não confere nenhuma*
ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL: *Dr. João Paulo Lima*
ENCAMINHADO PARA: *atendimento / tratamento*
UNIDADE DA REDE ESPECIALIZADA: _____ ESPECIALIDADE: _____
ENDEREÇO: _____ DATA: *1 / 1* HORA: _____
CÓDIGO DA CONSULTA: _____
NOME DO PROFISSIONAL DA REDE ESPECIALIZADA: _____

RECORTE AQUI E DEVOLVA A PARTE DE BAIXO PREENCHIDA AO USUÁRIO



Prefeitura Municipal de João Pessoa
Secretaria de Saúde

**FICHA DE ENCAMINHAMENTO
CONTRA-REFERÊNCIA**

NOME DO USUÁRIO:
UNIDADE DA REDE ESPECIALIZADA:
EXAME CLÍNICO:

PARECER:

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL: DATA: / /

ATENÇÃO USUÁRIO:

ATENÇÃO USUÁRIO -
COMPARECER A UNIDADE DE SAÚDE COM 30 (TRINTA) MINUTOS ANTES DA HORA MARCADA.

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: 05/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CARLOS DE ALMEIDA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00904

CONTA: 000000061633-4

Nr. da Autenticação 94DE87F3E11C495D



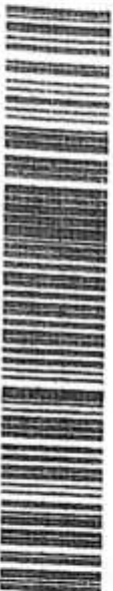
00000986



CTC RECIFE PE PL7

PC-16

JOSE CARLOS DE ALMEIDA
R JOAO GRILLO E CHICO 225
CASA - GRAMAME
58069-529 JOAO PESSOA - PB



72110942302360000000098630 020919

Fechamento próxima fatura: 29/09/2019

Postagem: 02/09/2019
Vencimento: 13/09/2019
Emissão: 30/08/2019

Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	706,27
Pagamento efetuado em 01/08/2019	706,27
Saldo fatura atual	0,00
+ Lançamentos atuais	1.232,48
Total desta fatura	1.232,48

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcuar com os juros e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Titular **JOSE CARLOS DE ALMEIDA**
Cartão **6062.XXXX.XXXX.9048**

Para que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. E rapidinho!

vencimento

A) pagamento total

B) pagamento mínimo

C) parcelas fixas



CERTIDÃO

Nº. 0684/2019

Atendendo solicitação de JOSE CARLOS 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 Nº190321 pertencente ao requerente que foi atendido dia 14/12/2018 às 22H41min, vítima de moto, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetida a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tibia esquerda. Medicado e imobilizado.

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

João Pessoa, 26 de abril 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 GÓV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ: 1

Ficha Nr: 190321 Atd: Nao Regula
Data: 14/12/2018
Hora: 22:41:47
Recepcionista: MARILENE AUGUSTO FERN
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE CARLOS DE ALMEIDA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.12.001696

CNS: 898000500226107 Sexo: M IDENTIDADE: 1427649 Fone: 988742456

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 08/03/1970 Id: 48 ano(s)

End.: RUA JOAO GRILLO E CHICO (RES GERVASIO MAIA), 225

Bairro: GRAMAME Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: GENY MARIA DE ALMEIDA

Pai: JOSE RAIMUNDO DE ALMEIDA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: CASADO(A)

Ocupação: SERRALHEIRO (FORA EXCECAO)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: JOSE CARLOS DE ALMEIDA

Doc. Responsavel: 988742456 / IDENTIDADE: 1427649

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE UPA DOS BANCARIOS

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO /BR 23

Vitima de violência por: CONDUTOR PX AOS BOMBEIROS

[] 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%:

[] Regular

[] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

Encaminhado de UPA de Cruz das Almas
com dor aguda de Fm fechada de tornozelo (E)
Após queda de moto.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Re tornozelo (E) AP
posit

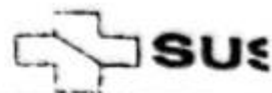
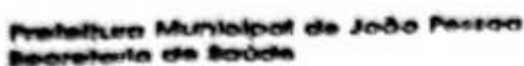
Diagnostico Fm unido fclm Conduta 12 e 60s

Prescricao

Horario da medicacao

030 de 00/02
030 de 02/00

Dr. Rodrigo Castro do Amaral
Ortopedista/Traumatologista
CRM-PB 4841-SBO 8331



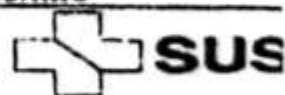
**FICHA DE ENCAMINHAMENTO
REFERÊNCIA**

UNIDADE DE ORIGEM: D.S. I () II () III () IV () V ()
NOME DO USUÁRIO: *Sra. Larys de Almeida* SEXO: M () F ()
NOME DA MÃE: TELEFONE: _____
DATA DE NASCIMENTO: *1 / 1* IDADE: _____ CFP: _____ RG: _____
ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____ CEP: _____
Nº DO CARTÃO RUBI: _____ Nº DO PRONTUÁRIO: _____
JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO: *Quando vi o rosto c/ Ex feições de miúdo de 10 anos
Ex e filho de mulher megal (mãe) e pai. Anos de namoro pré-natal
e querendo. A mãe e pai e pai e pai com Sra. de Freitas*
CID 10: _____
CONDIÇÃO ADOTADA: *Tudo pronto
Emissão de Trama não conforme protocolo*
ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL: *Dr. João Paulo Lima*
ENCAMINHADO PARA: *Dr. Pedro / Acumulado*
UNIDADE DA REDE ESPECIALIZADA: _____ ESPECIALIDADE: _____
ENDEREÇO: _____ DATA: *1 / 1* HORA: _____
CÓDIGO DA CONSULTA: _____
NOME DO PROFISSIONAL DA REDE ESPECIALIZADA: _____

RECORTE AQUI E DEVOLVA A PARTE DE BAIXO PREENCHIDA AO USUÁRIO



Prefeitura Municipal de João Pessoa
Secretaria de Saúde



**FICHA DE ENCAMINHAMENTO
CONTRA-REFERÊNCIA**

NOME DO USUÁRIO:
UNIDADE DA REDE ESPECIALIZADA:
EXAME CLÍNICO:

PARECER:

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL: DATA: / /

ATENÇÃO USUÁRIO:

ATENÇÃO USUÁRIO -
COMPARECER A UNIDADE DE SAÚDE COM 30 (TRINTA) MINUTOS ANTES DA HORA MARCADA.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

IDENTIFICADORA 1.427.649 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 06/01/2009

NOME JOSE CARLOS DE ALMEIDA

FILIAÇÃO JOSE RAIMUNDO DE ALMEIDA
GENY MARIA DE ALMEIDA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO 08/03/1970

JOAO PESSOA-PB NASC.N.8691 FLS.238V LIV.A-8

CARTORIO JOAO PESSOA-PB

CPF 930.627.534-04

Assinatura do Titular

Assinatura do Emissor

LEI N 7.206/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL V-02

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO I-236

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Assinatura do Titular

Assinatura do Emissor

LEI N 7.206/03

Ministério da Receita Federal

Receita Federal

CPF

930 627 534-04

JOSE CARLOS DE ALMEIDA

08/03/1970

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 015099562330

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 0116003208-1 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2019

NOME NEYCKSON HALLEN NUNES DE ALMEIDA

CPF / CNPJ 05995169416 PLACA QSC2807/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB CHASSI 9C2KD0810JR048232

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR 60 BROS BDD ANO FAB. 2018 ANO MOD. 2019

CAP / POT / CIL 2 P/162 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000 VENC / COTAS 1º 2º 3º
FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO-TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 31/07/2019

OBSERVAÇÕES A.F BCO PANAMERICANO SA

LOCAL JOAO PESSOA - PB DATA 31/07/2019

99999999 7236

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200152828 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS DE ALMEIDA **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO.

**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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200152828 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS DE ALMEIDA **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO.

**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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118965/20

Vítima: JOSE CARLOS DE ALMEIDA

CPF: 930.627.534-04

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 14/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CARLOS DE ALMEIDA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE CARLOS DE ALMEIDA : 930.627.534-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/04/2020
Nome: JOSE CARLOS DE ALMEIDA
CPF: 930.627.534-04

JOSE CARLOS DE ALMEIDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/04/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO