
Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190138820

Vítima: CREMILSON SENA DA COSTA

Data do Acidente: 02/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CREMILSON SENA DA COSTA

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, 19 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190138820

Vítima: CREMILSON SENA DA COSTA

Data do Acidente: 02/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CREMILSON SENA DA COSTA

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

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Declaração do Proprietário do Veículo

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



Rio de Janeiro, 14 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190138820

Vítima: CREMILSON SENA DA COSTA

Data do Acidente: 02/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CREMILSON SENA DA COSTA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: CREMILSON SENA DA COSTA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000002191-1

Conta: 000010001536-0

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: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

NP do sinistro ou AS: _____ CPF da vítima: 086 839 324-00 Nome completo da vítima: Brenilson Senna da Costa

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

Nome completo: Brenilson Senna da Costa CPF: 086 839 324-00

Profissão: Agricultor Endereço: Sítio Busiba Número: 500 Complemento: _____

Bairro: Área Rural Cidade: Jacarau Estado: PB CEP: 58278-000

E-mail: _____ Tel (DDD): _____

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2191 2 CONTA: 1536 9

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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 da 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 não submeter a avaliação médica as custas da Seguradora Lider 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 contestar-la, caso discordo do seu resultado.

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 companheira? ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheira, 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas aos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração falsa, verdadeira ou não, poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 15/01/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

(*) 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.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 086 839 324-00 Nome completo da vítima: Brenilson Senna da Costa

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

Nome completo: Brenilson Senna da Costa CPF: 086 839 324-00

Profissão: Agricultor Endereço: Sítio Buzinha Número: 50 Complemento: _____

Bairro: Área Rural Cidade: Jacaraú Estado: PB CEP: 58278-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

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

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)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2191 1 CONTA: 1536 9

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

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.

Local e Data, João Pessoa - PB 15/01/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

(*) 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 DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02141.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02141.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:46 horas do dia 07 de novembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Cremilson SENA DA COSTA**, CPF nº 086.839.324-00, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Maria Vera Lucia de Sena Costa e Derivaldo Joaquim da Costa, natural de Jacaraú/PB, nascido(a) em 13/03/1988 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Cunha, complemento SÍTIO CUNHA, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Caixa de Água, na cidade de Jacaraú/PB, telefone(s) para contato (83) 98785-3077.

Dados do(s) Fatos:

Local: Pb 071, Em Frente Ao Hospital da Cidade de Jacaraú/pb, Jacaraú/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 02/06/18 21:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

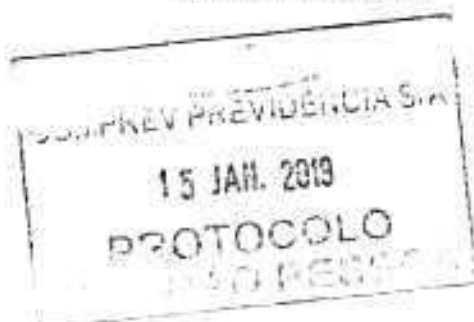
QUE trafegava com o pas/veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: I/BASHAN JONNY HYPE 50, ano e modelo: 2012/2013 de cor preta, placa: QGL 1521/RN, Chassi nº 1HJXCB1D3DB402041, registrado em nome de Derivaldo Joaquim da Costa-CPF nº 472.399.134-49; QUE segundo o notificante seguia normalmente em sua mão, quando um veículo FIAT/STRADA de cor prata, não sabendo informar a placa do mesmo; QUE segundo o notificante esse veículo veio na contra mão e colidiu com o notificante e logo em seguida evadindo-se do local sem se quer prestar socorro, que com o impacto o notificante foi jogado ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1472/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 17.10.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) por terceiro; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. prontuario nº 2018.06.000248.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 07 de novembro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


CREMILSON SENA DA COSTA
Notificante



Procedimento Policial: 02141.01.2018.1.00.420

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou AS: _____ CPF da vítima: 086 839 324-00 Nome completo da vítima: Brenilson Senna da Costa

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

Nome completo: Brenilson Senna da Costa CPF: 086 839 324-00

Profissão: Agricultor Endereço: Sítio Busiba Número: 500 Complemento: _____

Bairro: Área Rural Cidade: Jacarau Estado: PB CEP: 58278-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2191 2 CONTA: 1536 9

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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 da 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 não submeter a avaliação médica as custas da Seguradora Lider 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 contestar-la, caso discordo do seu resultado.

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 companheira? ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheira, 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração falsa, verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 15/01/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

(*) 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.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
54056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 133292 Atd: Nao Regula
Data: 02/06/2018
Hora: 23:21:42
Recepcao: ROSICLE BEZERRA DOS S
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: CLEMILSON SENA DA COSTA

CNS: 161993641050006 Sexo: M IDENTIDADE: 3441037 Fone: 986359099

Natural: JACARAU/PB Data Nasc.: 13/03/1988 Id: 30 ano(s)

End.: SITIO CUNHA, 00

Bairro: SITIO Cidade: JACARAU UF: PB

Mae: MARIA VERA LUCIA DE SENA COSTA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.06.000248

Pai: DERIVALDO JOAQUIM DA COSTA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação: AGRICULTOR

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: CLEMILSON SENA DA COSTA

T Doc: Responsavel: 986359099 / IDENTIDADE: 3441037

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: COLISAO MOTOXCARRO

Vitima de violencia por: AS 21:00 JACARAU

☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

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

PACIENTE REPERE COLISAO MOTO CARRO COM TRAUMA
EM MSE

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

por o dehomem m MSE

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

SECRETARIA DE PREVIDENCIA S.M.
15 JAN. 2019
PROTOCOLO

Deputado Federal
Rafael Augusto
Fone: 0704089755/MS
R 7222 / Cam. PE 21134

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CREMILSON SENA DA COSTA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02191-1

CONTA: 000010001536-0

Nr. da Autenticação BCA46258D5CAAA6E

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1039-1043.

Call page Q14 & stored in: 00007620 + 70

CPT CODES

2263091424
Doc ID:

5/702617-2

Career de oportunitate

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd



姓名: 王明 性别: 男 年龄: 25 身份证号: 110101199801010001
 联系电话: 13801012345 电子邮箱: wangming@example.com
 联系地址: 北京市朝阳区三里屯

Call your Rep. or Senator: 100-12345678

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

[illegible]

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
28/10/2018	R\$ 207,23

ach7.d360.4152.8dfe.e50a.1855.4f76.7140

Indicadores de Qualidade			
Indicador	Até 100%	Entre 100% e 150%	Entre 150% e 200%
Atendimento ao Cliente	100%	110%	120%
Qualidade do Produto	100%	110%	120%
Entrega no Prazo	100%	110%	120%
Preço Competitivo	100%	110%	120%
Atendimento Pós-Venda	100%	110%	120%
Atendimento Geral	100%	110%	120%
Total	100%	110%	120%

Revised: February 1999; JCR: 184; ANZEL: 2 423-8; Title: 71; 41% Vols.
Revised: February 1999; JCR: 184; ANZEL: 2 423-8; Title: 71; 41% Vols.

	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
PARCELAS		
Parcela 10 - R\$ 207,23	29/10/2018	R\$ 207,23



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Roteiro para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 019.823.249



ENERGISA PARAÍSA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58075-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Ins. Est. 19.015.833-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA VERA LUCIA DE SENA COSTA
BIT CUNHA SN
JACARAU

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/702617-2

REFERÊNCIA

FEV/2019

APRESENTAÇÃO

07/02/2019

CONSUMO

85

VENCIMENTO

14/02/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 79,61

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

MARIA VERA LUCIA DE SENA COSTA

Roteiro: 05-029-567-1480

93670000000-0 79610054000-7 07026172019-0 02600029019-2

VENCIMENTO

14/02/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 79,61

MATRÍCULA

702617-2019-02-B



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica Nº 020.441.233

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 28 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.096.183 / 0001-40 Ins. Est. 18.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 08
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

REFERÊNCIA

FEV/2019

APRESENTAÇÃO

19/02/2019

CONSUMO

231

VENCIMENTO

26/02/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 201,59

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Roteiro: 12-005-292-0450

83800000002-3 01590149000-1 16983582019-5 02100005019-1

VENCIMENTO

26/02/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 201,59

MATRÍCULA

1698358-2019-02-1



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandre Gera Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 04650275174
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gremilson Serra da Costa inscrito
(a) no CPF sob o Nº 08683932400 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima
Gremilson Serra da Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 08683932400, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Ag. Fiscal José G. Duarte 157</u>		Número <u>157</u>	Complemento
Bairro <u>Mangabeira</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PA</u>	CEP <u>58056384</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

João Pessoa 27 de Novembro 2018
Local e Data

Alexandre Gera Duarte
Assinatura do Declarante



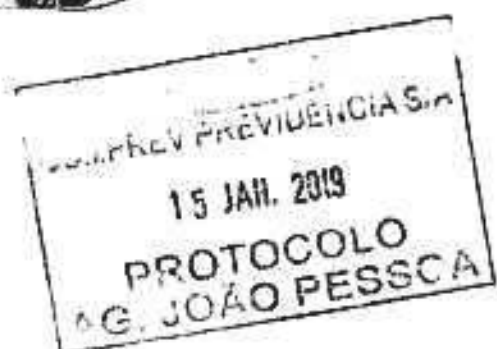
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Deislleyson Silva da Costa,
RG nº 1.031.955, data de expedição 29/09/2016
Órgão _____, portador do CPF nº 472.399.134-49, com
domicílio na cidade de Jacareá, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Estrada Buriti, nº 512,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Cremilson Sena da Costa cujo o condutor era
Cremilson Sena da Costa.

Veículo: Motocicleta
Modelo: 3/80s Ham Jemmy HYPE 50
Ano: 2012/2013
Placa: AGL 352510N
Chassi: AHJXC0303030402041
Data do Acidente: 02/06/18
Local e Data: Jacareá 25/07/18

Deislleyson Silva da Costa
Assinatura do Declarante

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



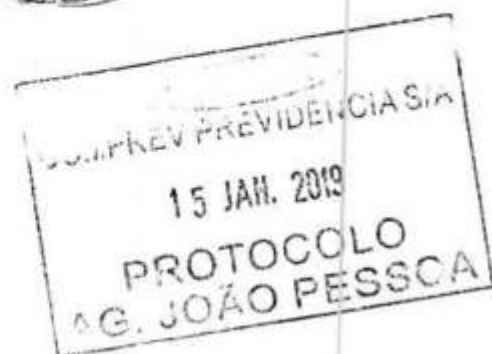
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Derivaldo Joaquim da Costa,
RG nº 1.031.955, data de expedição 29/09/2016
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 472.399.134-49, com
domicílio na cidade de Jacaraú, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Bumba, nº 5/nº,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Cremilson Senna da Costa cujo o condutor era
Cremilson Senna da Costa.

Veículo: Hatchback
Modelo: 3 Doors Han Jonny HYPE 50
Ano: 2012/2013
Placa: AGL 35231RN
Chassi: 3HJXC B30 3D B402043
Data do Acidente: 02/06/18
Local e Data: Jacaraú 25/07/18.

Derivaldo Joaquim da Costa
Assinatura do Declarante

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



PatientID: 012012000
PatientName: CREMILSON SENA DA COSTA

Sex: Masculino
BirthDate: 13.03.1988
Age: 30a.

StudyDate:08.02.2019



Image:1 Series:1

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

15 FEV. 2019

PROTOCOLO
DR. JOÃO PESSOA

HTOP

CERTIDÃO

Nº. 1472/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 133292 e Prontuário nº 2018.06.000248 pertencentes a **CLEMILSON SENA DA COSTA** que foi atendido dia 02/06/2018 às 23H21min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em mão esquerda.

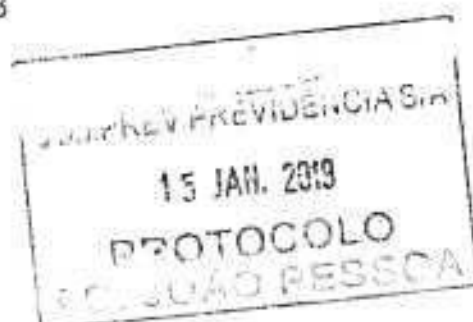
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de rádio distal esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 09/06/2018 com alta médica dia 11/06/2018.

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

João Pessoa, 17 de outubro de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 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
54056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 133292 Atd: Nao Regula
Data: 02/06/2018
Hora: 23:21:42
Recepcao: ROSICLE BEZERRA DOS
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: CLEMILSON SENA DA COSTA

CNS: 161993641050006 Sexo: M IDENTIDADE: 3441037 Fone: 986359099

Natural: JACARAU/PB Data Nasc.: 13/03/1988 Id: 30 ano(s)

End.: SITIO CUNHA, 00

Bairro: SITIO Cidade: JACARAU UF: PB

Mae: MARIA VERA LUCIA DE SENA COSTA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.06.000248

Pai: DERIVALDO JOAQUIM DA COSTA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação: AGRICULTOR

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: CLEMILSON SENA DA COSTA

T Doc. Responsavel: 986359099 / IDENTIDADE: 3441037

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: COLISAO MOTOXCARRO

Vitima de violencia por: AS 21:00 JACARAU

☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

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	

Queixa Principal

PACIENTE REPERE COLISAO MOTO CARRO COM TRAUMA
EM MSE

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

por o dehomem m MSE

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

SECRETARIA DE PREVIDENCIA S.M.
15 JAN. 2019
PROTOCOLO

Deputado Federal
Rafael Augusto Felinto
CPF 0704089755/MG
RG 7222 / CM. PE 21134

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Arquivo PREVIDENCIA Sim
15 JAN. 2019
PROTOCOLO
C. SOUZA PED. C.

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

EXAME REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> Residencia	<input type="checkbox"/> Transferido	<input type="checkbox"/> Desistencia	<input type="checkbox"/> UTI
<input type="checkbox"/> Alta a pedido	<input type="checkbox"/> Enfermaria	Obito: <input type="checkbox"/> Atestado	<input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> IML



Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Camila Silva de Costa Data da Admissão: 02.06.11
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: Dor e desconforto no abdome

HDA: Após Alimentação

Medicações em uso: _____

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 JAN. 2013
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele:

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposou [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
[] Amnésia [] Libido [] Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ [] HTF

Cirurgias: _____

[] 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: Ex. NDO (5)Conduta: Im. e TMO CR

Protocolo 15 JAN 2019
PROTOCOLO
DR. JOAO PESSOA

Atestado de Atividade Profissional
Número 1519-101-01
Data 15/01/2019
Assinatura: [assinatura]

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Demilson Lima</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:	<u>R. Faria</u>		1º Assistente:	<u>R. Faria</u>
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: <u>DLA</u>		Tipo Anestesia: <u>BFG</u>		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>fat nuda</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>0</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>Tran. e. pise.</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 () Não		Descreva: 	
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 () Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1 de 1

Incisão:

1 de 1

Achados:

1 de 1

Conduta:

1 de 1

1 de 1

1 de 1

Fechamento:

OBS:

15 JAN. 2019
PROTOCOLO
10.000.000.000

Data:

09/06/18

Dr. Carlos E. F. Barbosa
CRM-PB: 5385
CRM-PE: 14694
COT: 9876

MÉDICO/CRM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA F. 900

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE PERICULOSIDADE
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Creilson S. da Costa
ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

SECRETARIA DE PREVIDENCIA SIA

15 JAN. 2019

PROTOCOLO

AC. 00404557-0

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

34416 03 MAI 2006

CREMILSON SENA DA COSTA

Derivaldo Bonquim da Costa
Maria Vera Lúcia da Senna Costa
Jacaraú-PB 13/03/1988

Cert. Nasc. nº 11.456, fls. 253
Liv. A-11- Cart. Jacaraú-PB

Ass. Pessoa: PB

LEI Nº 2.112 DE 2005

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria de Receita Federal

CPF

086.839.324-00

CREMILSON SENA DA COSTA

13/03/1988

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190138820 **Cidade:** Jacaraú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CREMILSON SENA DA COSTA **Data do acidente:** 02/06/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO 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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190138820 **Cidade:** Jacaraú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CREMILSON SENA DA COSTA **Data do acidente:** 02/06/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO 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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Cremilson Senna da Costa
 brasileiro(a), estado civil solteiro profissão agricultor
 CI RG nº 344 10 57
 CPF/MF nº 086.839.324-00, residente e domiciliado(a) à Rua Sítio Gurupá, s/n - Área Rural
 Cidade de Jacaré Estado Paraíba
 CEP: 58278-000, telefone 99105-5303, 98863-4900.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

15 JAN. 2019

PROTOCOLO
 10 PESSOA



Jacaré - PB, 25 de Julho de 2018.

CREMILSON SENNA DA COSTA

OUTORGANTE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0057895/19

Número do Sinistro: 3190138820

Vítima: CREMILSON SENA DA COSTA

CPF: 086.839.324-00

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/06/2018

Titular do CPF: CREMILSON SENA DA COSTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência

CREMILSON SENA DA COSTA : 086.839.324-00

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

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: 21/02/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA