



Número: **0800168-54.2021.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/01/2021**

Valor da causa: **R\$ 1.687,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE FREITAS DA SILVA (AUTOR)		MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39146142	05/02/2021 14:35	2781426_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4693968449 4 - Nome completo da vítima: José Freitas da Silva

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

5 - Nome completo: JOSE FREITAS DA SILVA 6 - CPF: 46939684-49

7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: R. SEVERINO HORACIO DA SILVA 9 - Número: 75 10 - Complemento:

11 - Bairro: GURCURI 12 - Cidade: MAMANGUAPE 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58280-000

15 - E-mail: Cinthia-gil@hotmaile.com 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

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

AGÊNCIA: 0044 CONTA: 00115876 9 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (sua(s) criança(s))? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa, 16 de março de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FFS.001 V002/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

116 939 684 44

4 - Nome completo da vítima:

João Freitas da Silva

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

5 - Nome completo:

JOSE FREITAS DA SILVA

6 - CPF:

116 939 684 44

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

R: SEVERINO HORACIO DA SILVA

9 - Número:

75

10 - Complemento:

11 - Bairro:

GURUCURI

12 - Cidade:

MAIANGUAPE

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58280-000

15 - E-mail:

Cinthia-gil@hotmaile.com

16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0044

CONTA:

00115876

AGÊNCIA:

00

CONTA:

00

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (sai nascido)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa, 16 de março de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FFS.001 V002/2019



MARIA FREITAS DE SENA
RUA SEVERINO HORACIO DA SILVA, 75 - GURGURI
MAMANGUAPE / PB CEP: 58280000 (AG: 14)



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690
CNPJ 09.096.193/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

Ligação MONOFÁSICO

Cis/Sbc RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Roteiro 14 - 14 - 120 - 2540 Referência: Fev/2020
Medidor: 00008797440 Emissão: 20/02/2020

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 009 349 963
Cód. para Dth Automático: 00007941903

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

Conta referencial	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RN/RN
Fev / 2020	20/02/2020	23/03/2020	068.606.464-76 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/794490-3

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 24 de Abril de 2002.
Conheça a Gisa, nossa atendente virtual do Whatsapp?
Ela pode te ajudar com informações sobre débitos,
emitir a segunda via da conta de energia e até fazer pedido
de Reiação. Salve nos seu número e
nos chame sempre que precisar! (83) 99135-5540

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 22/01/20 Leitura: 9452	Data: 20/02/20 Leitura: 9635	1	183	29

Demonstrativo									
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alíq.	ICMS (R\$)	Base Calc.	ICMS (R\$)	Outros (R\$)
0601	Consumo até 30 kWh-BR	30,000	0,189290	5,68	0,04	27	2,17	8,04	0,07
0601	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	70,000	0,463940	32,48	32,19	27	8,69	32,19	0,30
0601	Consumo - 101 a 220 kWh-BR	83,000	0,899890	57,28	57,28	27	15,48	57,28	0,54
0601	Adic. B - Amarela			0,76	0,76	27	0,20	0,76	0,01
0610	Subsídio			43,14	43,14	27	11,65	43,14	0,40
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0907	CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA			10,50	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0904	JUROS DE MORA 01/2020			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0905	MULTA 01/2020			5,16	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0905	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2020			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0908	Devolução Subsídio			-29,22	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 128,62 141,39 38,17 141,39 1,32 8,12
Tarifa s/ tributos At 30 kWh 0,181720 At 100 kWh 0,311520 At 220 kWh 0,467270

Média Últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
281	02/03/2020	R\$ 128,62

Histórico de Consumo (kWh)												
172	152	178	178	150	127	142	375	399	416	471	368	
Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Sep/19	Out/19	Nov/19	Dez/19	Jan/20	

RESERVADO AO FISCO
c6bf.4b51.35dd.44de.3c75.55c9.01c9.4048.

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo	
Limites	Acurácia	Limite de Tensão	Discriminação	Valor

Scanned with CamScanner



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: 278772 Atd: Nao Regul
Data: 13/11/2019
Hora: 14:10:07
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER S
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE FREITAS DA SILVA Num. de vezes atendido: 1
Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 116.939.684-44 Num. Prontuario: 2019.11.001531
CNS: 161922941440003 Sexo: M IDENTIDADE: 4052808 Fone: 91577416
Natural: MAMANGUAPE/PB Data Nasc.: 09/12/1994 Id: 24 ano(s)
End.: RUA SEVERINO HORACIO DA SILVA, 59
Bairro: GURGURI Cidade: MAMANGUAPE UF: PB
Mae: MARIA FREITAS DE SENA Pai: SEVERINO SOARES DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AGRICULTOR

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: ESPOSA- JERUZA

Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL DO TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] 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

Queixa Principal

FRATURA EM PATELA DIREITA

Observacao

VEIO DO HEETSHL

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Vi. RECAMBIO DA PATELA NATURAL COM COMUNIC
// H/O COM NUMEROSA FRATURAS.

Diagnostico

Pa Exatista de Patela (Q)

Conduta TTD PARABOLICO

Prescricao

1) 100,00, 500ml, (F) LUNO | Horario da medicacao

0351. PATA DELTA

Dr. Frederico Soares
CRM - 100000
RPM - 100000



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA **POSTO 110**
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

 POLEGAR DIREITO 

José Freitas da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CASA DA MOEDA OITENAS

Scanned with CamScanner



DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
 Nº 014355632799

VIA 1
 COD RENAVAM 2019150800215
 EXERCÍCIO 2019
 00457278684 00/00000000

JOSE FREITAS DA SILVA
 PLACA ANT/UF 11693968444
 NOVO PB 9C2K1660CR510414
 CHASSI NQ00923/PB

HONDA/CG 150 TITAN EX
 MARCA/MODELO
 CAP/POT/CL 2 P/149 /CI
 CATEGORIA PARTIC
 COR PREDOMINANTE AZUL

IPVA PAGO EM 00/00/0000
 VENC COTA UNICA 1ª
 VENC/COTAS 2ª
 3ª

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0
 IOF (R\$)
 PREMIO TOTAL (R\$)
 DATA DE PAGAMENTO 30/01/2019

SEM RESERVA DE DOMINIO
DOCUMENTO DE ROTEIRO OBRIGATORIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERENCIA

MANTANGUAPE
 LOCAL
 DATA 20/02/2019
 40886

PB Nº 014355632799 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

VIA 1
 RENAVAM 11693968444
 CPF / CNPJ 11693968444
 EXERCÍCIO 2019
 DATA EMISSÃO 20/02/2019

HONDA/CG 150 TITAN EX
 MARCA/MODELO
 ANO FAB 2011
 CAT/NEF 9
 Nº CHASSI 9C2K1660CR510414

PREMIO TARIFARIO
 FNS (R\$)
 DENATRAN (R\$)
 CUSTO DO BILHETE (R\$)
 CUSTO DO SEGURO (R\$)
 TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

SEGURO
 P A G O
 DATA DE OUTUBRO 30/01/2019

SEGURO
 COTA UNICA
 PAGAMENTO PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
 CNPJ 09.248.508/0001-04
 40886-1207478-20190220
 02-2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200138080 **Cidade:** Mamanguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FREITAS DA SILVA **Data do acidente:** 13/11/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA DIREITA. P1.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P5.
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DE ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MEDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO DIREITO.

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0107824/20

Vítima: JOSE FREITAS DA SILVA

Data do acidente: 13/11/2019

CPF: 116.939.684-44

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE FREITAS DA SILVA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

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 FREITAS DA SILVA : 116.939.684-44

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: 02/04/2020
Nome: JOSE FREITAS DA SILVA
CPF: 116.939.684-44

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/04/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

JOSE FREITAS DA SILVA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE FREITAS DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02009-5

CONTA: 000000032661-5

Nr. Autenticação

BRADESCO2704202005000000000023702009000000032661168750 PAGO





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

116.939.684/49

4 - Nome completo da vítima:

Jose Freitas da Silva

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

5 - Nome completo:

JOSE FREITAS DA SILVA

6 - CPF:

116.939.684/49

7 - Profissão:

AGRICULTOR R: SEVERINO HORACIO DA SILVA

9 - Número:

43

10 - Complemento:

11 - Bairro:

GURUPI

12 - Cidade:

MAIANGUAPE

13 - Estado:

MS

14 - CEP:

58280-000

15 - E-mail:

Cynthia_gilb@hotmail.com

16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os - e ras abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

Bradesco

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

2009 5

CONTA:

0032664 5

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 assumido, 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 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 contestar, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Gode Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou assinatura (ou rubrica)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa, 20 de Abril de 2020

Jose Freitas da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FFS.001 V002/2019





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200138080

Vítima: JOSE FREITAS DA SILVA

Data do Acidente: 13/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE FREITAS DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

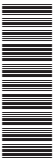
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15685006

Pag. 00875/00876 - carta_01 - INVALIDEZ

00020438





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200138080

Vítima: JOSE FREITAS DA SILVA

Data do Acidente: 13/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOSE FREITAS DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00463/00464 - carta_25 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200138080

Vítima: JOSE FREITAS DA SILVA

Data do Acidente: 13/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE FREITAS DA SILVA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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: JOSE FREITAS DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000002009-5

Conta: 0000032661-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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.

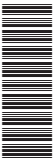
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00571/00572 - carta_15R - INVALIDEZ

00020286



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima: 116.939.684/49	4 - Nome completo da vítima: Jov. Freitas de Silva
----------------------------	--------------------------------------	---

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

5 - Nome completo: JOSE FRIGITAS DA SILVA 6 - CPF: 116.939.684-44

7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
AGRICULTOR	R: SEVERINO HORACIO DA SILVA	75	

11 - Bairro: CURCURI	12 - Cidade: MAMANGUAPE	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58200-000
-------------------------	----------------------------	--------------------	------------------------

15 - E-mail: Cinthia-gilola@hotmail.com

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

17 - Nome completo do Representante Legal:	
--	--

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os 10 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: 0049 CONTA: 00115876 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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (ou Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:	
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------	--

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascer ou (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 NOME DO DEPÓSITO DO DEPÓSITO DO DEPÓSITO	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1ª Nome: _____	
		CPF: _____	
		Assinatura da testemunha	
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2ª Nome: _____	
		CPF: _____	
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido		

40 - Local e Data: Boa Perspectiva 16 de março de 2020

Assinatura do Representante Legal (se houver) 41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 43- Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02343.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02343.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:15 horas do dia 04 de março de 2020, 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 Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Jose Freitas da Silva**, CPF nº 116.939.684-44, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Agricultor, filho(a) de Maria Freitas de Sena e Severino Soares da Silva, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 09/12/1994 (25 anos de idade), residente e domiciliado(a) no (a) Rua Severino Horácio da Silva, Nº 59, tendo como ponto de referência Não Informado., na cidade de Mamanguape/PB, telefone(s) para contato (83) 99157-7416.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Visconde de Itaparica, De Frente a Igreja Católica., Mamanguape/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 13/11/19 07:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 13/11/2019 por volta das 07:00 horas quando pilotava a moto: HONDA/CG 150 TITAN EX; ano/mod: 2011/2012 de cor azul de placa: NQC0923/PB CHASSI: 9C2KC1660CR510414 pertencente ao declarante, Que transitava pela Rua Visconde de Itaparica, Centro, Mamanguape-PB, Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando o veículo não identificado, que estava logo à sua frente, freou abruptamente em cima de um quebra-molas, Que o declarante tentou desviar porém acabou colidindo com uma pilastra, Que devido ao fato o declarante veio cair e se lesionar sendo socorrido por terceiros para o HOSPITAL REGIONAL DE MAMANGUAPE onde foi transferido em seguida para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA a posteriormente, transferido, para o COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY, onde foi diagnosticado, de acordo com o LAUDO MÉDICO - RELATÓRIO DE CIRURGIA, FRATURA EXPOSTA DE PATELA DIREITA, conforme LAUDO MÉDICO em anexo.

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, 04 de março de 2020.


CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação


JOSE FREITAS DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 02343.01.2020.1.00.401



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Qtd.	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução

Assinatura e Carimbo da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão: _____

PROCEDIMENTO REALIZADO:

DESTINO DO PACIENTE:

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ U.T.I.
☐ Alta a Pedido ☐ Enfermaria Óbito: ☐ Atestado ☐ S.V.O. ☐ I.M.L.



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.052.808 DATA DE EXPEDIÇÃO 10/05/2012

NOME JOSÉ FREITAS DA SILVA

FILIAÇÃO SEVERINO SOARES DA SILVA MARIA FREITAS DE SENA

NATURALIDADE MAMANGUAPE-PB DATA DE NASCIMENTO 09/12/1994

DOC ORIGEM NASC.N.25632 FLS.20 LIV.A34 CARTORIO MAMANGUAPE/PB

CPF 116.939.684-44

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

BRASIL



Emitição pelo Banco Bradesco S.A. em caso de perda ou roubo, comunique imediatamente.

AGÊNCIA

CONTA

2009 5 0032661 5



AUTHORIZED SIGNATURE

Fone Fácil Bradesco 4002.0022 / 0800.570.0022

Atendimento Exterior +55 (11) 4002.0022

SAC: 0800.704.3383 (Debitos) / 0800.727.9988 (Credito)

Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800.722.0099

Quadrantes: 0800.727.9933

banco bradesco

NO EXTERIOR



DISC

ATM
pulse



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: _____

Conduta:

1º / M.C. + INICIAMEN. O/ A.T.O.

2º T.O. DEFINITIVO





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>SUELO F. DA SILVA</u>				Registro:	
Idade:	Sexo: <u>M</u>	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <u>13/11/19</u>	Cirurgião: <u>DR. F. ALMEIDA</u>			1º Assistente: <u>DR. MALI</u>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<u>1. 62.0 PAULU (P)</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<u>0. 62.0 PAULU</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<u>- L.M.C. + JUTUM</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (X) Não					Descreva:
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PLT. L.M. D.D. 504 ATROFINADOS.
 1556 BETA + AM. 1160 L/M + 1051/20
 DE LAMIN.

Incisão:

INCISÃO ANTERIOR HORIZONTAL AO
 NÍVEL DE PATELA (M) PUNTIANDO

Achados:

FRAGMENTO DE EXPOSICÃO EM PATELA.
 VISUALIZAÇÃO DE FRATURA FRAGMENTADA

Conduta:

EM PATELA (M).
 L.M. EXAUSTIVA (M) SF + DESMA-
 NAMENTO DE TÓCULO QUE VITABEIA!
 SUTURA (M) NYLON 2.0
 +
 CURATIVO

Fechamento:

OBS:

Data:

13/11/19

SUELIO MOREIRA TORRES
 CRM-19/301

MÉDICO/CRM