



Número: **0801622-97.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **01/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.000,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOAO BATISTA DE OLIVEIRA (AUTOR)	FLAVIANA DA SILVA CÂMARA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39512 206	16/02/2021 09:54	<u>2784218_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 11133.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 11133.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:07 horas do dia 25 de setembro 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 Rochelle Bezerra Rocha, Agente de Investigação, matrícula 1820354, ao final assinado, compareceu **João Batista de Oliveira**, CPF nº 014.558.494-13, nacionalidade brasileira, filho(a) de Iracema Laurindo de Oliveira e Jose Pedro da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 29/11/1973 (45 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua das Domésticas, Nº 81, bairro Jardim Veneza, tendo como ponto de referência Quadra das Três Lagoas, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98668-9956.

Dados do(s) Fatos:

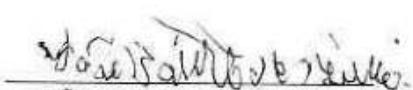
Local: Rua Martin Lutero, Supermercado Verona, João Pessoa/PB, bairro Jardim Veneza; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/08/19 08:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRANSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO (COLISÃO MOTO X MOTO) QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 160 FAN, COR PRETA, DE PLACA QSE-2265/PB, CHASSI 9C2KC2200QRO72456, DE PROPRIEDADE DO SENHOR OZIAS NASCIMENTO DE OLIVEIRA; QUE O NOTICIANTE/VÍTIMA SOFREU LESÕES COM O IMPACTO ENTRE AS MOTOS, SENDO SOCORRIDO E ENCAMINHADO, PELO SAMU-PROTÓCOLO 2525969-, AO COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY; QUE ESTA UNIDADE DE SAÚDE EMITIU LAUDO MÉDICO QUE CONSTA O CID S82.0, ASSINADO POR DR. KLÉNIO F. DA NÓBREGA, CRM 11 094 PB; QUE VEIO A ESTA DELEGACIA A FIM DE QUE O FATO FIQUE REGISTRADO, FICANDO DESDE JÁ CIENTE E ORIENTADO DE QUE DEVE COMPARÉCER A DELEGACIA DA ÁREA PARA QUE O PROCEDIMENTO CABÍVEL SEJA INSTAURADO.

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, 25 de setembro de 2019.


JOÃO BATISTA DE OLIVEIRA

Noticiante



Procedimento Policial: 11133.01.2019.1.00.401

1/1



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: <input type="text" value="João Batista de Oliveira"/>	6 - CPF: <input type="text" value="014.558.494-13"/>		
7 - Profissão: <input type="text" value="jovem"/>	8 - Endereço: <input type="text" value="R. dos Domésticos"/>	9 - Número: <input type="text" value="82"/>	10 - Complemento: <input type="text" value=""/>
11 - Bairro: <input type="text" value="Bordim Venezuela"/>	12 - Cidade: <input type="text" value="João Pessoa"/>	13 - Estado: <input type="text" value="PB"/>	14 - CEP: <input type="text" value="58.088-040"/>
15 - E-mail: <input type="text" value=""/>	16 - Tel.(DDD): <input type="text" value=""/>		

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: <input type="text" value=""/>	18 - CPF do Representante Legal: <input type="text" value=""/>	19 - Profissão do Representante Legal: <input type="text" value=""/>
--	--	--

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 checked="" type="checkbox"/> REUSO 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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	(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.

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

<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
<ul style="list-style-type: none"> • Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Estado: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ou Civil) <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado (ou divorciado) <input type="checkbox"/> Nulo	25 - Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: <input type="text"/>
--	---	--	--

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar: Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/>	30 - Vítima deixou nascituro(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: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/>	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---	---	--	---	---

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

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: <input type="text"/> CPF: <input type="text"/>
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: <input type="text"/> CPF: <input type="text"/>

40 - Local e Data, <input type="text"/> João Pessoa, 20/11/2020	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) <input type="text"/>	43 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--	---

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	44 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---

1. V002/2019	45 - Assinatura do Procurador (se houver)
--------------	---

TESTEMUNHAS



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: 252305 Atd: Nao Regulad
Data: 11/08/2019
Hora: 08:58:09
Repcionista: GISELLE ETELVINO DE AL
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JOAO BATISTA DE OLIVEIRA

Num. Prontuario: 2019.08.001085

CNS: 700004025807704 Sexo: M IDENTIDADE: 2030494 Fone: 986471612

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 29/11/1973 Id: 45 ano(s)

End.: RUA DOMESTICA,81

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: IRACEMA LAURINDO DE OLIVEIRA

Pai: JOSE PEDRO DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PEDREIRO SEM ESPECIFICACAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: JOAO BATISTA DE OLIVEIRA

Tel/Doc. Responsavel: 986471612 / IDENTIDADE: 2030494

Procedencia: RUA

Tr. esporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO MOTOX MOTO RJ PX A SUA RESIDENCIA/ CONDUTO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

PC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemica: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

COLISAO MOTO X MOTO.

Historia - Exame Fisico - (Moral do atendimento medico)

Refere UT que colisee motox moto.
Refere uso de copoete, nesse TCE, nesse
frase, foraco no abdominal, nesse.

Diagnostico: Contusao abdominal.

Aferme Vacine anti-tetano e esteleto.

Prescricao

Horario da medicacao

Diclofenaco sódio - 50mg,

100mg x 3ml, 100mg x 3ml, 100mg x 3ml.

JU, 98

100mg x 3ml, 100mg x 3ml, 100mg x 3ml.

BOGOT
GOL
CIR
CAMP



- - - - -

ia de coluna recta x lado, quando
a + deformidade + ferimento patifome
em punho (C). Ao RX, fr. emor dor

— O (assinatura e carimbo) MZ: Fx. exposter emor
sua punho (C)

Dr. Daniel B. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9248

C: (C) Sustento rela no
blow angico p/ tho.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Dose | Horario | Evolucao

----- | Reservado p/ liberacao
magem |

| Transferido | [] Desistencia | [] UTI
| Enfermaria | Obito: [] Atestado | [] SVO | [] IML

e/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



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: 10/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO BATISTA DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000014680-8

Nr. da Autenticação 475D471BB99D490C



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/02/2021 09:54:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021609543074700000037655080>
Número do documento: 21021609543074700000037655080

Num. 39512206 - Pág. 5

Ligação MONOFÁSICO
Cle/Ser. FES-25 C/ B1 / RESIDENCIAL-RESIDENCIAL
Retângulo 2-552-145 Referência: D/1/2018
Medidor 00000185270 Emissor 14152015
B120, F/25 - Data Receptor - vba-Pessoal/P3 - CEP-56011-000
DNPJ/050918210014C - Inst. Ext. 010518200
Net/Soft/ Controle de Energia Elétrica/P322491-F10
- Ativação P3A Automática

Out / 2019 14/10/2019 12/11/2019 886.231.104-10
1750. E81

Conheça a Energisa Cf! O novo aplicativo para smartphones e tablets oferece mais comodidade e facilidade para você. Baixe o app agora e informe-lhe de vez, confira se houver desligamento programado na sua região, solicite serviços ou esclareça dúvidas! Tudo de forma rápida, sem fila e com segurança.

Data	Leitura	Data	Leitura	Consumo		Consumo		Consumo		
				RTZ	RTZ	RTZ	RTZ	RTZ	RTZ	
DETALHAMENTO DE CONSUMO										
001	Consumo de Água	215.000	0.706510	171.86	171.93	27	45,36	171.86	143	5,82
001	Adm. B. Várzea	7,02	7,02	27	7,02	27	0,00	7,02	0,02	0,37
001	Adm. B. Amaro	2,06	2,06	27	2,06	27	0,00	2,06	0,02	0,08
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0007	CONTROLE SERV. LIMP. PÚBLICA	8,14	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 09/2019	0,12	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 09/2019	1,51	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0006	PARCELAMENTO DE DÉBITO 03/4	41,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	COMPENSAÇÃO POR INDICADOR-DMC 09/2019	-0,67	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0001	REST. BAND AWAR RESIDENCIAL 09/2019	-0,22	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCII/Código de Clasificación de datos: TOTAL 331,67 180,79 48,91 180,79 1,51 6,97
 Tarifas/Tarifas: €545,00

187 21/10/2019 R\$ 231.67

225	252	255	288	154	151	256	215	152	207	2	3
Qtr18	Now18	Dec18	Jan19	Feb18	Mar18	Apr18	May18	Jun18	Jul18	Aug18	Sep18

RESERVADO AO FISCO

587e 301a ee4c d543 2958 46db 3f56 560a

Compreendendo o Consumo

1996-1997

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00180.00009.03150.244006.06984.513173.9.8049000002316

FAZADOR: ELIANE GOMES DA SILVA - CPF/CRP: 385.731.044-10
RUA DAS DOMÉSTICAS, 61 - JD VENEZA - JONI PESSOA / PB CEP: 58000-340

Matrícula	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
51622440006984613	000464512019-10	21/10/2019	R\$ 231,87	

Br 130, Km 25 - Centro Redentor - 262 Pessac / PR - CEP



ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR 230 KM 25 - CRISTO REDENTOR - JOAO PESSOA - PB - CEP - 58071-680
CNPJ: 08.095.183/0001-40 INSC. EST: 160158230

REAVISO DE CONTA

06 - 001 - 409 - 3140 B
PEDRO JOSE DA SILVA
RUA DA REPUBLICA 390
JOAO PESSOA
Domicilio: 971 Medidor: 00008162616
Referência: PX. A LOJA CRIATIVA ONDE FABRICA FLACAS

CDC: 0000280012 - 6

VARADOURO
CEP: 58.010-18
Coordenadas: -7,121236, -34,889865





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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

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

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

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 Flávia da Silveira Kimore
inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.079.624, 69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
João Batista Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 014558494, 13,
do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima João Batista Oliveira
inscrito (a) no CPF sob o Nº 014.558494, 13, 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 da República</u>	<u>390</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Centro</u>	<u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u> CEP: <u>58010-180</u>
E-mail:			Tel.(DDD): <u>(83)98873-0310</u>

Local e Data: João Pessoa, 24/01/2020

Assinatura do Declarante

DIDRLL001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/02/2021 09:54:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021609543074700000037655080>
Número do documento: 21021609543074700000037655080

Num. 39512206 - Pág. 8



CERTIDÃO

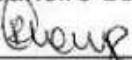
Nº. 002/2020

Atendendo solicitação de FLAVIANA DA SILVA CÂMARA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity certifica a constatação de Ficha Atendimento Nº252305 e Prontuário nº 2019.08.1085 pertencentes ao paciente **JOÃO BATISTA DE OLIVEIRA** que foi atendido dia 11/08/2019 às 08h58min, vítima de colisão de moto x moto, apresentando trauma em membro inferior esquerdo

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta dos ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico no dia 11/08/2019. Com alta médica dia 13/08/2019.

E para constar eu Rossana de Fátima Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 03 de Janeiro de 2020


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533

Rossana de Fátima de A. Barbosa
Médica de Vigilância à Saúde
CRM-PB - 3533





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>JOÃO BATISTA DE OLIVEIRA</u>				Registro:		
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:	
Data: <u>11/08/19</u>	Cirurgião: <u>THALES F. SOARES</u>			1º Assistente:		
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:		
Anestesista: <u>raoni</u>	Tipo Anestesia:			Horário: I:	T:	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO CID						
<u>Fratura exposta dos ossos da</u> <u>Perna direita com I</u>						
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO CID						
<u>O MESMO</u>						
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) CÓDIGO						
<u>Desbridamento</u> <u>LIMPA CAVICULA COM SF</u> <u>Fixação definitiva</u>						
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não	Descreva:			
Biópsia de Congelação:		1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não				
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:						1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Enfermaria 2 (<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3 (<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1 Antibiotico profilaxia na induçao
- 2 Posicionado em DDH
- 3 Asseria + Antissepsia em MIO
- 4 Colocação de campos

Incisão:

- 5 Acesso Antero lateral A TIBIA distal
- 6 Dissecção por planos + Hemossila
- 7 Desbridamento

Achados:

- 8 LMC Cl SF 99% abundante
- 9 Renos Díctea.
- 10 Modelado para DCP h.s. estabiliz.
- 11 Fixado em ponte com 3 fios e 3 parafusos

Conduta:

- 12 Cnh muro na radioscopia
- 13 Nova LMC + revisão da Hemossila
- 14 Recalamento por planos
- 15 Curativo + Rx controle

Fechamento:

OBS:

DR. THALES F. SEABRA
MÉDICO/CRM 7121
ORTOPEDISTA

Data: 11/08/19

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal Júlio Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: João Batista de Oliveira **Data da Admissão:** 11/10/2013
Prontuário: _____ **Idade:** _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ **Bairro:** _____
Cidade: _____ **Estado:** _____ **Fone:** _____ **Profissão:** _____
Sexo: F () M () **Cor:** _____ **Estado Civil:** _____ **Religião:** _____
Escolaridade: _____ **Data de Nascimento:** / /
QPD: Dr + alpendade um pano (0)
HDA: _____

Def. nítida de frenos (velhos moto x moto), apresentando dor espasmodicamente em pano (0), com ferimento muito forte sangrante

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: **Febre** **Astenia** **Anorexia** **Perda de Peso** _____ **Kg em** _____ **Prurido** **Sudorese**
 Calafrios **Alopecia** **Adenomegalias** **Ictericia** **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**
 Dispnéia **Palpitações** **Desmaio** **Cianose** **Edema** _____ **Outros:** _____

ABD: **Dor** _____ **Pirose** **Soluço** **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-reposo** **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: _____

Cirurgias: _____

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Tia
[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____
FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *Ano RX, fx. enor dia*
_____Hipóteses Diagnósticas: *fx. enor dia prima (O) exp*
_____Conduta: *Tutoria p/ fto. enigmo*
_____*Dr. Daniel B. Davi
Ortopedia e Traumatologia
CRM 285248*



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: JOAO BATISTA DE OLIVEIRA				PRONTUÁRIO N°	
IDADE: 45 ANOS	SEXO: MASC	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF: 17	LEITO: 162
DATA DE ADMISSÃO: 11/08/2019		DATA DE ALTA: 13/08/2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura dos ossos da perna E</i>				CID <i>S82.0</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx demonstrando solução de continuidade óssea em perna</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO		<input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/>	
ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES) Paciente portador(a) de fratura dos da perna ESQUERDA, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução cruenta com aposição de placa e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...					
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: ATB + atine + analgésico					
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. (DR THALES SEABRA)					
13/08/2019		DATA		Dr. Klênio F. da Nóbrega CRM 11.094 PB Ortopedia e Traumatologia MÉDICO / C.R.M	
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					









Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/02/2021 09:54:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021609543074700000037655080>
Número do documento: 21021609543074700000037655080

Num. 39512206 - Pág. 17

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200042654 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO BATISTA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 11/08/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA Perna ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

ALTA. (P1/2/3FC/4/6)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO

Outorgante: João Batista Oliveira, brasileiro(a), estado civil casado, profissão pedreiro, residente e domiciliado à Rua dos Domésticos, nº 81, bairro Jardim Veneza, Município de João Pessoa, Estado de (o) Paraíba, CEP: 58088-240, portador(a) do RG nº 2030494, SSP/ PB e CPF nº 014.558.494-13

Outorgado: Floriana de Sá Lemos, brasileiro(a), estado civil sóteiro, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua da República, nº 390, bairro Centro, Município de João Pessoa, Estado de (o) Paraíba, CEP: 58010-180, portador (a) do RG nº 2611190 SSP/ PB e CPF nº 048.019.624-69

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) João Batista Oliveira, ocorrido em 11/08/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza invalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Batista Oliveira de 11 de 20

1º OFÍCIO
DISTRITAL

João Batista Oliveira
Outorgante
CPF Nº 014.558.494-13

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0035882/20

Vítima: JOAO BATISTA DE OLIVEIRA

CPF: 014.558.494-13

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 11/08/2019

Titular do CPF: JOAO BATISTA DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOAO BATISTA DE OLIVEIRA : 014.558.494-13

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: 27/01/2020
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/01/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/02/2021 09:54:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021609543074700000037655080>
Número do documento: 21021609543074700000037655080

Num. 39512206 - Pág. 20



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, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200042654 Vítima: JOAO BATISTA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 11/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO BATISTA DE OLIVEIRA

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, contados 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-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15448347



220 00327/00228 - carta 01 - INVAN IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/02/2021 09:54:30
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021609543074700000037655080>
Número do documento: 21021609543074700000037655080

Num. 39512206 - Pág. 21



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, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200042654 Vítima: JOAO BATISTA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 11/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO BATISTA DE OLIVEIRA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JOAO BATISTA DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 0000014680-8

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, retorno 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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 014.558.494-13 4 - Nome completo da vítima: João Batista de Oliveira

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

5 - Nome completo: João Batista de Oliveira	6 - CPF: 014.558.494-13		
7 - Profissão: Jovem	8 - Endereço: R. dos Domésticos	9 - Número: 82	10 - Complemento:
11 - Bairro: Jardim Veneza	12 - Cidade: João Pessoa	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58.088-040
15 - E-mail:	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:	<input checked="" type="checkbox"/> REUSO 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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: (033) CONTA: 0001468008	(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.

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

<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
<ul style="list-style-type: none"> • Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Estado: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ou Civil) <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Nulo	25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
--	--	---

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(nascer): <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
---	---	---

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 40 - Local e Data, João Pessoa, 20/11/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

1.000/2019

TESTEMUNHAS

