

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 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210102715

Vítima: GERALDO MARQUES DOS SANTOS

Data do Acidente: 20/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GERALDO MARQUES DOS SANTOS

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

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

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.

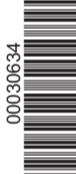
Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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



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, 22 de Junho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210102715

Vítima: GERALDO MARQUES DOS SANTOS

Data do Acidente: 20/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GERALDO MARQUES DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



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, 10 de Julho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210102715

Vítima: GERALDO MARQUES DOS SANTOS

Data do Acidente: 20/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), GERALDO MARQUES DOS SANTOS

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 SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, 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



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 Julho de 2021

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3210102715

Vítima: GERALDO MARQUES DOS SANTOS

Data do Acidente: 20/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GERALDO MARQUES DOS SANTOS

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\$ 7.087,50

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

Recebedor: GERALDO MARQUES DOS SANTOS

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 001

Agência: 000002547-X

Conta: 0000026032-0

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, 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



BANCO DO BRASIL S.A.

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: 23/07/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GERALDO MARQUES DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02547-X

CONTA: 000000026032-0

Nr. da Autenticação D9965721FA845685

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210102715 **Cidade:** Curral de Cima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDO MARQUES DOS SANTOS **Data do acidente:** 20/12/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta do platô tibial esquerdo. Fratura exposta da patela esquerda, com perda óssea importante do polo superior. Fratura da patela esquerda. Fratura do tornozelo esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho valgo, flexão aos 30°, extensão aos 10°, ausência de derrames articulares, presença de atrofias no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 25°, presença de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico de urgência com a colocação de fixador externo transarticular em membro inferior esquerdo, que posteriormente foi convertida para síntese interna com placa e parafusos no planalto tibial esquerdo, parafusos na patela e tratamento conservador da fratura do tornozelo esquerdo, evoluindo com consolidação viciosa da fratura do platô tibial esquerdo. Atualmente, apresenta marcha claudicante à esquerda, hipotrofia muscular de todo o membro inferior, rigidez articular do joelho esquerdo, limitação de mobilidade articular do tornozelo esquerdo, edema residual em tornozelo esquerdo e joelho esquerdo, déficit e força motora do membro inferior esquerdo.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo em grau severo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 05/07/2021

Conduta mantida:

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 intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
		Total	52,5 %	R\$ 7.087,50

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3210102715**

Nome do(a) Examinado(a): **GERALDO MARQUES DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua do Meio, , Próximo ao Lava Jato, Mamanguape/PB**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSDS / 4114347**

Data e local do acidente: **20/12/2020 - Curral de Cima/PB**

Data e local do exame: **05/07/2021 - João Pessoa/PB**

Coordenadas Geográficas: **Latitude: -7.09096 , longitude: -34.83913**

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura exposta do platô tibial esquerdo. Fratura exposta da patela esquerda, com perda óssea importante do polo superior. Fratura da patela esquerda. Fratura do tornozelo esquerdo.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Realizado tratamento cirúrgico de urgência com a colocação de fixador externo transarticular em membro inferior esquerdo, que posteriormente foi convertida para síntese interna com placa e parafusos no planalto tibial esquerdo, parafusos na patela e tratamento conservador da fratura do tornozelo esquerdo, evoluindo com consolidação viciosa da fratura do platô tibial esquerdo.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho valgo, flexão aos 30°, extensão aos 10°, ausência de derrames articulares, presença de atrofias no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 25°, presença de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Apresenta marcha claudicante à esquerda, hipotrofia muscular de todo o membro inferior, rigidez articular do joelho esquerdo, limitação de mobilidade articular do tornozelo esquerdo, edema residual em tornozelo esquerdo e joelho esquerdo, déficit e força motora do membro inferior esquerdo.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

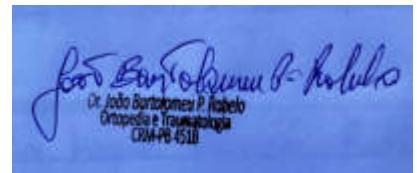
("Vítima em tratamento"

("Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Membro Inferior Esquerdo - Intenso - 75%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: GERALDO MARQUES DOS SANTOS		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo: GERALDO MARQUES DOS SANTOS		6 - CPF: 089.461.197-64		
7 - Profissão: PINTOR INDUSTRIAL	8 - Endereço: RUA DO Meio	9 - Número: SIN	10 - Complemento: CASA	
11 - Bairro: CERTÃOZINHO	12 - Cidade: MAMANGUAPe	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58.260-000	15 - E-mail: ancelmoanachito.ad@gmail.com
16 - Tel.(DDD): (83)98175-5781				

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTÓR 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"/> RS2.501,00 ATÉ RS5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input checked="" type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Informar conta no banco abaixo. Recomenda conta corrente) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Inserir no banco) Nome do BANCO: <u>Bradesco (237)</u> AGÊNCIA: <u>2009</u> 5 CONTA: <u>0045536</u> 9 (Informar o dígito se existir) (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 elevação 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 30 (trinta) 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

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data da óbito da vítima: _____				
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 type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: _____	30 - Vítima deixou herdeiro (herdeiros)? <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: _____	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 declarante	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	40 - Local e Data, <u>MAMANGUAPe, 24 DE MARÇO DE 2021</u> Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2021
Ocorrência nº. 360/2021

Aos VINTE E QUATRO dias de MARÇO de DOIS MIL E VINTE E UM, nesta cidade de GUARABIRA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **CRISTIANE SILVA DE MEDEIROS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 17h:2min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

GERALDO MARQUES DOS SANTOS, conhecido(a) por GERO, Identidade nº 4.114.347 2ª VIA-SSDS/PB, CPF nº 089.461.197-64, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: pintor industrial, filho(a) de Pai não declarado e Zuleide Marques dos Santos, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 04/02/1980 (41 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua do Melo, s/n, Sertãozinho, tendo como ponto de referência: Lava Jato, na cidade de Mamanguape/PB, fone(s) para contato: (83) 999373-1895 (CLARO/ZAP).

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) Data do Fato:** 20 de dezembro de 2020;
- 3) Horário do fato:** 19h:0min;
- 4) Local do fato:** BP 071, próximo a entrada de Curral de Cima/PB;
- 5) Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital de Trauma de João Pessoa/PB;
- 6) O comunicante/vítima conduzia o veículo? Sim;**
- 7) Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(elas) habilitado? Não;**
- 8) O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com sua obrigações tributárias?**
Prejudicado

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

01 - VEÍCULO1: MOTOCICLETA HONDA CG 125 KS, ANO/MODELO 2009, COR PRETA, PLACA MOP 2024, CHASSI FINAL 27911, RENAVAN 0013855032-8, Licenciada em nome de EDIVALDO RODRIGUES DO NASCIMENTO, conduzido por GERALDO MARQUES DOS SANTOS;
02 - VEÍCULO2: VW/GOL, PLACA MNC 0629, conduzido por EDNALDO COSTA DE LIMA;

7) Breve resumo do fato:

QUE no dia e hora acima citado o condutor do veículo 01 seguia da cidade de Mamanguape/PB, com destino a Curral de Cima/PB; QUE em sentido contrário, o condutor do veículo 02 tentou desviar de um buraco, invadiu a pista contrária e colidiu de forma frontal com o veículo 01, conduzido pelo noticiante; QUE ambos os veículos estavam com o farol alto, o que pode ter contribuído para o acidente ter acontecido; QUE pouco tempo depois o noticiante foi socorrido para o Hospital de Trauma de João Pessoa/PB, passou por cirurgia (CIDs.: 10S82.1, 10S82.0, 10S82.6 e T14.9) e ficou internado aproximadamente três meses; QUE o noticiante afirma não ter CNH para conduzir veículo automotor.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Não há.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitiei.

geraldo marques dos santos
GERALDO MARQUES DOS SANTOS
Comunicante

Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 168.5911



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VITIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem reservas. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deve assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal")

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima intitulada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal")

Nome completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

0961-464-197-64 20/12/2020

REPRESENTANTE LEGAL DA VITIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indemnização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Avalie as opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IMI, que atende a região do acidente ou da minha residência ou
 O estabelecimento do IMI, que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
 O estabelecimento do IMI, que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que essa declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desse je, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Maria Angélique 24 de Maio de 2020

Local e data

Campo 1 - Assinatura do Representante Legal

Geraldo Manoel da Silva Santos

Campo 2 - Assinatura do Beneficiário

GAU 2013 VERSO 2017



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2021
Ocorrência nº. 360/2021

Aos VINTE E QUATRO dias de MARÇO de DOIS MIL E VINTE E UM, nesta cidade de GUARABIRA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **CRISTIANE SILVA DE MEDEIROS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 17h:2min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

GERALDO MARQUES DOS SANTOS, conhecido(a) por GERO, Identidade nº 4.114.347 2ª VIA-SSDS/PB, CPF nº 089.461.197-64, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: pintor industrial, filho(a) de Pai não declarado e Zuleide Marques dos Santos, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 04/02/1980 (41 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua do Melo, s/n, Sertãozinho, tendo como ponto de referência: Lava Jato, na cidade de Mamanguape/PB, fone(s) para contato: (83) 999373-1895 (CLARO/ZAP).

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) Data do Fato:** 20 de dezembro de 2020;
- 3) Horário do fato:** 19h:0min;
- 4) Local do fato:** BP 071, próximo a entrada de Curral de Cima/PB;
- 5) Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital de Trauma de João Pessoa/PB;
- 6) O comunicante/vítima conduzia o veículo? Sim;**
- 7) Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(elas) habilitado? Não;**
- 8) O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com sua obrigações tributárias?**
Prejudicado

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

01 - VEÍCULO1: MOTOCICLETA HONDA CG 125 KS, ANO/MODELO 2009, COR PRETA, PLACA MOP 2024, CHASSI FINAL 27911, RENAVAN 0013855032-8, Licenciada em nome de EDIVALDO RODRIGUES DO NASCIMENTO, conduzido por GERALDO MARQUES DOS SANTOS;
02 - VEÍCULO2: VW/GOL, PLACA MNC 0629, conduzido por EDNALDO COSTA DE LIMA;

7) Breve resumo do fato:

QUE no dia e hora acima citado o condutor do veículo 01 seguia da cidade de Mamanguape/PB, com destino a Curral de Cima/PB; QUE em sentido contrário, o condutor do veículo 02 tentou desviar de um buraco, invadiu a pista contrária e colidiu de forma frontal com o veículo 01, conduzido pelo noticiante; QUE ambos os veículos estavam com o farol alto, o que pode ter contribuído para o acidente ter acontecido; QUE pouco tempo depois o noticiante foi socorrido para o Hospital de Trauma de João Pessoa/PB, passou por cirurgia (CIDs.: 10S82.1, 10S82.0, 10S82.6 e T14.9) e ficou internado aproximadamente três meses; QUE o noticiante afirma não ter CNH para conduzir veículo automotor.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Não há.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitiei.

geraldo marques dos santos
GERALDO MARQUES DOS SANTOS
Comunicante

Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 168.5911



ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) GIRARDO MARQUES portador(a)
da identidade RG JOS SANTOS, que o(a)
mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às
_____ horas, portador(a) da patologia CID-
10 S82.1 + S82.0 + S82.5 + S82.6, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período
de 180 (cento e dias) a partir
desta data.

João Pessoa, 20/12/2020.

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

Dr. Milton da Silva Linhares

AUTORIZAÇÃO CRM 4714 TEOTEP/15
Ortopedia Traumatologia

Eu, _____,
autorizo o(a) Dr. _____, a
registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso
neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

F(NG).CC.003-1



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR.(A)
GERALDO MARQUES DOS SANTOS

CPF

08946119764

FOI ATENDIDO (A) POR **JOAO OCTAVIO COSTA FILHO**

DO (A) **POSTO IB - ENF 12**

NO DIA **20/12/2020 20:10:07**, NECESSITANDO DE **120** - cem vinte

DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: **S82.1**

S82.1

S82.0

S82.6

T14.9

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

João P. Costa Filho, 13/03/2021
LOCAL E DATA

João O. Costa Filho
Médico
ORM-PB 12675

ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTÓLOGO
(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO
ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE 23/01/84, E
SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO

João O. Costa Filho
Médico
CRM-PB 12675

JOAO OCTAVIO COSTA FILHO
(12675/PB)

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena



Documento de Alta			
Nome: GERALDO MARQUES DOS SANTOS	Sexo: Masculino	Número Prontuário: 126710	
Data de Nascimento: 04/02/1980	Idade: 40A 10M 17D	Data de Internação: 20/12/2020 23:11:59	Data de Alta: 13/03/2021 08:23:11
Mãe: ZULEIDE MARQUES DOS SANTOS	BAE: 1277079		
Endereço: RUA PROJETADA, 67	Bairro: CENTRO	Município: CURRAL DE CIMA	UF PB
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: ALTA MÉDICA PARA PACIENTE COM FRATURA EXPOSTA DE PATELA, TIBIA E TORNOZELO ESQUERDO NO17º DPO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE FRATURA GRAVE DE PLATO TIBIAL + FRATURA DE PATELA SEM INTERCORRENCIAS (FRATURA DE PATELA EXPOSTA, PERDA OSSEIA IMPORTANTE DE POLO SUPERIOR). SEM QUEIXAS NO MOMENTO. PACIENTE EVOLUI SEM EDEMA EM TORNOZELO ESQUERDO, SEM FEBRE OU DOR. DISCUTIDO COM EQUIPE DE TORNOZELO, SENDO OPTADO POR TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DO TORNOZELO E.			
Resumo da Internação: PACIENTE COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE FRATURA GRAVE DE PLATO TIBIAL + FRATURA DE PATELA SEM INTERCORRENCIAS (FRATURA DE PATELA EXPOSTA, PERDA OSSEIA IMPORTANTE DE POLO SUPERIOR, COM COMPLICAÇÃO PARA LINFANGITE E INFECÇÃO DE FERIDA OPERATÓRIA. FEZ USO DE CEFTAZIDIMA E OXACILINA POR 29 DIAS. INFECTOLOGISTA SUGERE MODIFICAR ANTIBIOTICOTERAPIA PARA CIPROFLOXACINO 500MG 12/12H POR 6 SEMANAS DE FORMA AMBULATORIAL.			
Resultado de Exames: RADIOGRAFIA, TOMOGRAFIA, HEMOGRAMA CULTURA BACTERIANA DE FRAGMENTO OSSEO 15/02/2021: AUSENCIA DE CRESCIMENTO BACTERIANO.			
Tratamento: #17º DPO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE FRATURA GRAVE DE PLATO TIBIAL + FRATURA DE PATELA SEM INTERCORRENCIAS (FRATURA DE PATELA EXPOSTA, PERDA OSSEIA IMPORTANTE DE POLO SUPERIOR) #41º DPO DE COLETA DE MATERIAL PARA CULTURA (F.O. NO PE ESQUERDO), POR DR GEORGE KENNEDY, SEM INTERCORRENCIAS. #27º DPO DE LMC + RETIRADA DE FRAGMENTO OSSEO PARA CULTURA BACTERIANA POR DR GUSTAVO MENDONÇA			
Diagnóstico: S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia			
Recomendações: ALTA MÉDICA + ANTIBIOTICOTERAPIA COM CIPRO 500MG POR 6 SEMANAS CONFORME INDICAÇÃO DO INCTOLOGISTA + ORIENTAÇÕES GERAIS + ANALGESIA + RETORNO AMBULATORIAL PARA DR. GUSTAVO MENDONÇA NO CEREST			

Data: 13/03/2021

Dr. Milton da Silva Linhares
CRM-PB 4714 TEOT 6115
Ortopedia Traumatologia

João O. Costa Filho
Médico
CRM-PB 12675

JOAO OCTAVIO COSTA FILHO
CRM: 12675 - PB



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma



Governo do Estado
da Paraíba

Receituário

Paciente: GERALDO MARQUES DOS SANTOS
Data: 24/12/2020 13:39:52

Sexo: Masculino CPF: 08946119764

Idade: 40
BAE: 1277079

DECLARAÇÃO MÉDICA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

DECLARO, PARA TODOS OS FINS DE DIREITO, QUE O SR. GERALDO MARQUES DOS SANTOS ESTÁ INTERNADO NESTE HOSPITAL, DESDE DIA 20/12/2020 NESTE SERVIÇO DE ORTOPEDIA, PORTADOR DOS CID 10: S821, S820 E S826, AGUARDANDO TRATAMENTO CIRÚRGICO. APÓS PROCEDIMENTOS E ALTA HOSPITALAR RECEBERÁ O ATESTADO DEFINITIVO DE TODO PERÍODO EM QUE SE ENCONTROU INTERNADO E O TEMPO NECESSÁRIO PARA SUA RECUPERAÇÃO NO MOMENTO LUCIDO E ORIENTADO.

Dra. Thaysa Costa

Drª. THAYSA DE SOUSA COSTA
12799/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep 58031-090

Enfermaria 32



Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo
1563768	GERALDO MARQUES DOS SANTOS	Masculino
Data de nascimento	Idade	Puntualizo.
04/02/1988	40 anos 11 meses 15 dias	126710
Mae	Estado civil	
ZULEIDE MARQUES DOS SANTOS	UNIAO ESTAVEL	
Escolaridade		
Ó�Bb Celular	Celular:	Responsável (Parentesco)
53	991026933	RIZONIDE PENEIRA DA SILVA - ESPOSA(A)
Tipo documento	Número documento	DDD
Cpf	00946119764	Nº Citt
Local da procedência		Todo
BR 101		BAIRRO
Email	Naturalidade	UF
	MAMANGUAPE	PB
CBORR		

Endereço

CEP	Município de residência	UF	Lugradouro
58291000	CURRAL DE CIMA	PB	PROLETADA
Número	Compleimento	Bairro	
67		CENTRO	

Admissão

Data e Hora	Número da pulseira	Convênio
20/12/2020 20:10:06	1000006806674	SUS
Especialidade		Clinica
CIRURGIA GERAL		
Classificação de risco		Quesário do paciente
Caráter da avenida/vítima	Motivo do atendimento	RODOVIA
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Debaixo do acidente
		VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial	Plano de saída	Vôo de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Nível de triagem:		Quem fará a triagem:	
AMU			

Sinais Vitais

PA	X	min/Hg	Pulse	Temperatura

Exames complementares

Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						

Diagnóstico	CID
Atendido por	
MARCIO MACEDO DA SILVA	Tempo

Imprimir

RALDO MARQUES DOS SANTOS	Boleleim de Aberdimento 1277079	Data/Hora Entrada 20/12/2020 20:10:06	Data/Hora Saída
Data de nascimento 04/02/1980	Idade 40	Sexo Masculino	CNS 700909907706295
Tempo de Internação 16d 7h 47min		Convênio SUS	Prontuário 126710
Data de Entrada 20/12/2020	Data Internação 23:11:59	Permanência na Unidade: 16d 10h 48min	Plantão NOTURNO
			Permanência no Leito: 3d 16h 17min

**EVOLUÇÃO MEDICA (AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR - 06/01/2021
06:58:33)**

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:
DESCRICAÇÃO DA EVOLUÇÃO:
ORTOPEDIA

17º DPO

#FRATURA EXPOSTA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO
#FRATURA EXPOSTA DO TORNOCOZOLO ESQUERDO
#FRATURA EXPOSTA DA PATELA ESQUERDA
#FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR DO MIE

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM FERIMENTO EM JOELHO, Perna e RETRO PE ESQUERDO. NEGA ALÉRGIAS E COMORBIDADES. NEURO VASCULAR OK. PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS.

AO EXAME: FERIMENTO NA REGIÃO ANTERIOR DO JOELHO E Perna ESQUERDA E REGIÃO POSTERIOR DO TORNOCOZOLO ESQUERDO SOB CURATIVO.

OPME: PATELA - CERCLAGEM; PLATO - CX 4,5 E PLACA EM L; TORNOCOZOLO CX 3,5

RISCO CIRÚRGICO 02/01: LIBERADO PARA O PROCEDIMENTO \ RISCO GRAU I \ I

CD : VPM

Seção: POSTO IB - ENF 12 Leito: LEITO - 001
Profissional responsável pela informação: AUGUSTO GONCALVES
SARMENTO JUNIOR

Número Conselho:
12411

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

V-02
P-195

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



geraldo mangos dos sonhos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO



Número

089.461.197-64

Nome

GERALDO MARQUES DOS SANTOS

Nascimento

04/02/1980

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

4.114.347 - 2 VIA DATA DE
EXPEDIÇÃO

08/08/2018

NOME

GERALDO MARQUES DOS SANTOS

FILIAÇÃO

ZULEIDE MARQUES DOS SANTOS

NATURALIDADE

MAMANGUAPE-PB

DATA DE NASCIMENTO

04/02/1980

DOC ORIGEM

CASAM N. 1707 FLS. 107 LIV. B-AUX. 06
CARTORIO 10º JOÃO PESSOA-PB

CPF

089.461.197-64

Mão/Pessoa PB

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

Civil e Comércio

CONTRAN		REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA	
DETTRAN - PB		Nº 015766417873	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO			
PLA 0013855032-8		DATA C. 00/000000000 2020	
EDIVALDO RODRIGUES DO NASCIMENTO		NOME	
09882224423		SPF/CNPJ	
NOVO		PLACA 40P2624/PB	
PAS/MOTOCICLETA/NÃO APPLC		COMBUSTIVEL GASOLINA	
LICENÇA/DC 105 FATEC		ANG/IMP / ANG/DC	
CAR/POV/CIL 2 P/124 /CI		CAT. C/ PREDOMINANTE PRETA	
COTA UNICA		VENC. COTA UNICA 00/00/00000 1 ^a	
IPVA		PRONTO-ENTREGA / COTAR 2 ^a ***** 0 3 ^a	
PREMIO SANITARIO (R\$) ****		IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 01/09/2020	
SEGURADORES		DIVERSO(S)	
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
ESTAMOS À DISPOSIÇÃO OBRIGATÓRIO			
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
CURRAL DE TIMBÉ PA		0270972020	
40886		Assinatura	
		2241	



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VITIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima Geraldo Marques dos Santos	CPF da Vítima 026 461 197-64	Data do Acidente 20/12/2012
--	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VITIMA

Nome completo do Representante Legal Geraldo Marques dos Santos	CPF do Representante Legal 026 461 197-64
Email 	Telefone (DDI)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IMl, que atende a região do acidente ou da minha residência ou
 O estabelecimento do IMl, que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
 O estabelecimento do IMl, que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MARQUES, Geraldo de **Santos** de **2012**

Local e Data

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Campo 1 - Assinatura da LiderDPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: GERALDO MARQUES DOS SANTOS		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo: GERALDO MARQUES DOS SANTOS		6 - CPF: 089.461.197-64		
7 - Profissão: PINTOR INDUSTRIAL	8 - Endereço: RUA DO Meio	9 - Número: SIN	10 - Complemento: CASA	
11 - Bairro: CERTÃOZINHO	12 - Cidade: MAMANGUAPe	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58.260-000	15 - E-mail: ancelmoanachito.ad@gmail.com
16 - Tel.(DDD): (83)98175-5781				

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTÓR 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"/> RS2.501,00 ATÉ RS5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input checked="" type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Informar conta no banco abaixo. Recomenda conta corrente) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	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 à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) 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.		

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data da óbito da vítima: <input type="text"/>				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: <input type="text"/>	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"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou herdeiro (herdeiros)? <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"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	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 (se aplicável)	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"/>
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, <input type="text"/> MAMANGUAPe, 24 DE MARÇO DE 2021 <u>geraldo marques dos santos</u>	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	43 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---	---

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



LAUDO MÉDICO
OBS: DADOS EXTRÁCIDOS DO BE nº 127079 e PRONTUÁRIO nº 126710

PACIENTE: GERALDO MARQUES DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO: 04.02.80

Data e Hora do Atendimento: 20.12.20

Horário: 20:10h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital trazido pelo SAMU vítima de acidente(colisão moto x carro) apresentando quadro de dor na perna esquerda fratura com exposição óssea na região do joelho, perna e pé esquerdo. Atendido pelo Dr. Arão S. de Alencar CRM 7967, Dr. Clementino Alexandre Neto CRM 7596, Dr. Marcelo Saraiya CRM 6900, Dr. Thales Farias CRM 8799, Dra. Thiaysa Costa CRM 12799.

DIAGNÓSTICO INICIAL: **FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO + FRATURA DA PATELA + FRATURA DO TORNOCOZOLO ESQUERDO + OSTEOMIELITE DO JOELHO ESQUERDO**

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, avaliação da cirurgia geral, Rx da coluna cervical AP e Perfil, Rx de Tórax AP e Perfil, Rx da bacia AP e Perfil, Rx do joelho esquerdo AP e Perfil, Rx da perna esquerda AP e Perfil, e tratamento cirúrgico em 21.12.20 com colocação de fixador transarticular do membro inferior esquerdo e limpeza mecânico-cirúrgica. Em 16.01.21 realizado limpeza mecânico cirúrgica do joelho esquerdo. Em 27.01.21 realizado retirada de fixador externo transarticular do membro inferior esquerdo. Em 01.02.21 com coleta de material para cultura no joelho esquerdo, em 15.02.21 limpeza mecânico cirúrgica com coleta de material para cultura no joelho esquerdo, em 25.02.21 com redução e fixação de fratura do platô tibial esquerdo e de fratura grave da patela esquerda.

ALTA HOSPITALAR: Em 13.03.21

Data da Emissão: 24.05.21

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM-39220

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0086508/21

Número do Sinistro: 3210102715

Vítima: GERALDO MARQUES DOS SANTOS

CPF: 089.461.197-64

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/12/2020

Titular do CPF: GERALDO MARQUES DOS SANTOS

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

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.