

Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **JAILSON JONAS DA CONCEICAO**

Nº Sinistro: **3180545385**

Vítima: **JAILSON JONAS DA CONCEICAO**

Data do Acidente: **03/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180545385**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13616166



Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JAILSON JONAS DA CONCEICAO

Sinistro: 3180545385  
Vítima: JAILSON JONAS DA CONCEICAO  
Data do Acidente: 03/01/2018  
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180545385** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 26 de Dezembro de 2018**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180545385**

**Vítima: JAILSON JONAS DA CONCEICAO**

**Data do Acidente: 03/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JAILSON JONAS DA CONCEICAO**

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

Documentação médico-hospitalar incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: 0419603118 CPF da vítima: 108.218.904-92 Nome completo da vítima: Saibon Jonas da Conceição

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

Nome completo: Saibon Jonas da Conceição CPF: 108.218.904-92  
Profissão: Rua Salvador Gomes de Azevedo Número: SIN Complemento: —  
Bairro: zona rural Cidade: Jacareí Estado: PB CEP: 58278-000  
E-mail: abraao@ig.com Tel. (DDD): (31) 99992-8008

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

RENTA MENSAL:  
☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 1009 5 CONTA: 0035920 3  
(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 efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçada ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: —

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

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

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



Local e Data: Jacareí 01/11/2018  
Nome: ANA SILVA DA NOBREGA  
CPF: 068.658.574-70  
Ana Silva da Nobrega  
(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

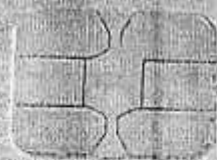
TESTEMUNHAS  
1ª | Nome: Abraão Costa Florêncio de Carvalho  
CPF: 044.368.354-02  
Chl  
Assinatura  
2ª | Nome: Marcia Glimmyk Tomu  
CPF: 978.861.654-20  
Marcia Glimmyk Tomu  
Assinatura

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

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



Bradesco



6504 9462 4739 6106

03/23

VALID THRU

JAILSON JONAS DA CONCEICAO



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

AGÊNCIA

CONTA

2009 5

0035920 3

505

**AUTHORIZED SIGNATURE**

Fone Fácil Bradesco 4002-0022 / 0800 570-0022

Acesso do Exterior +55 (11) 4002-0022

SAC: 0800 704-8383 (Débito) / 0800 727-9988 (Crédito)

Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 722-0099

Ouvidoria: 0800 727-9933

banco.bradesco

NO EXTERIOR

Banco24Horas

ATM  
**pulse**



DISCOVER



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Livro nº 02/2018

Ocorrência nº. 449/2018

Aos 04 dias de SETEMBRO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de JACARAÚ/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) Paulo Augusto F. Andrade, às 13h:35min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

**JAILSON JONAS DA CONCEIÇÃO**, conhecido por JAILSON, Identidade nº 3.919.415 2 VIA-SEDS/PB, CPF nº 108.218.904-92, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de José Carlos Conceição E Maria José Augusto, natural de Rio Tinto/PB, nascido(a) em 03/11/1993, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Salvador Gomes De Cima nº s/n, bairro Zona Rural – Jacaraú/PB, tendo como ponto de referência: px. do Parque das Águas, fone(s) para contato: (83)-98853-8970.

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 segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**;
- 2) DATA DO FATO: 03 de janeiro de 2018;
- 3) HORÁRIO: 18h:0min;
- 4) LOCAL: Distrito Timbó nº s/n, bairro zona rural – Jacaraú/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Hospital de Trauma de João Pessoa;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? NÃO.

**6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:**

HONDA/CG 125 TITAN KS, NIV: 9C2JC30101R104591, cor vermelha, ano/modelo: 2001, placa: MNZ-6403/PB, licenciado em nome de Josivando Alves de Andrade.

**7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:**

**NÃO HOUE**

**8) BREVE RESUMO DO FATO:**

QUE conduzia a referida motocicleta pela BR PB- 071 sentido Jacaraú quando colidiu com uma moto que vinha em sentido contrário; QUE, com o impacto, o noticiante perdeu o controle do veículo e caiu; QUE em seguida foi socorrido para o Hospital de Trauma de João Pessoa.

**9) OBSERVAÇÕES:**

**NÃO HOUE.**

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

**JAILSON JONAS DA CONCEIÇÃO**  
Comunicante

Paulo Augusto F. Andrade  
Escrivão/Agente Mat nº 182.004-4



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: 0419603118 CPF da vítima: 108.258.904-92 Nome completo da vítima: Saibon Jones da Conceição  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Saibon Jones da Conceição CPF: 108.258.904-92  
Profissão:  Endereço: Rua Salvador Gomes de Lencastre Número: 511 Complemento:   
Bairro: Zona Rural Cidade: Jacaré Estado: PB CEP: 58278-000  
E-mail: alvarecf@gmail.com Tel. (DDD): (83) 9992-8028

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

RENDA MENSAL:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Bradesco  
AGÊNCIA: 1009 5 CONTA: 0035920 3  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:   
Grau de Parentesco com a vítima:  Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:   
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos:  Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Jacaré 01/11/2018  
Nome: ANA SILVA DA MOURA  
CPF: 068.658.54-70  
Ana Silva da Moura  
(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS  
1º Nome: Abraão Costa Figueiredo de Carvalho  
CPF: 044.368.854-02

Assinatura  
2º Nome: Marcia Elvina Gomes de Souza  
CPF: 978.861.654-20  
Marcia Elvina Gomes de Souza  
Assinatura

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

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



PREFEITURAMUNICIPAL DE JACARAÚ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-192

BASE DESCENTRALIZADA DE JACARAÚ-PB



DECLARAÇÃO

Declaro, que o paciente JAILSON JONAS DA CONCEIÇÃO, portador do RG3.919.415--/PB;,nascido em 03/11/1993,24 ANOS,foi atendido pelo ambulância do SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192,BASE DESCENTRALIZADA DE JACARAÚ(UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO-USB 54); No Município de JACARAÚ/PB-na Rodovia PB 071,no DISTRITO TIMBÓ -PB,no DIA 03/01/2018 ,às 18:10 Horas ,PROTOCOLO DE ATENDIMENTO:1938975,MÉDICO REGULADOR:DR. RAONI, ,vítima de acidente automobilístico:MOTO X MOTO, consciente,orientado;com fratura exposta no fêmur do membro inferior esquerdo;suspeita de fratura do dedo médio do membro superior esquerdo com perda de falange distal , realizado atendimento pré-hospitalar-APH e removido para o HOSPITAL HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA-HEETSHL/JOÃO PESSOA-PB.

Jacaraú,25 de Outubro de 2018;

  
Maria Aparecida Inocência de A. Gabínio  
Enfermeira  
COREN-PB 55583

  
MARIA APARECIA INOCENCIA E ARAUJO GABÍNIO-COREN/PB 55583-ENF

(COORDENADORA GERAL DO SAMU-192-USB 54/BASE DESCENTRALIZADA DE JACARAÚ)

MARIA DE FATIMA DA SILVA NOBRIGA  
RUA SALVADOR GOMES DE BAIXO, S/N - AREA RURAL  
JACARAU/PB CEP: 58279000 (AG 14)

Emissão: 14/09/2018 Referência: Set / 2018

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO 9/230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680

Roteiro: 9-29-679-2020

Nº medidor: 00008123310

ENERGISA PIAUABA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

CNPJ: 09.065.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 012.272.867

Cód. para Débito Automático: 00007791833

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a

Set / 2018

Apresentação

14/09/2018

Data prevista da  
próxima leitura

16/10/2018

CPF/ CNPJ/ RANI

019.866.134-70

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

**5/779183-3**

Canal de contato





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Jailson Jonas da Conceição

DATA DE NASCIMENTO 03/11/93

NOME DA MÃE Maria José Augusto

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 106384

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1052970

DATA DO ATENDIMENTO 03/01/18

HORA DO ATENDIMENTO 20:13

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de colo e diáfise do fêmur esquerdo

CID 10 A72.7

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, apresentando fratura exposta em fêmur esquerdo, laceração em mão esquerda, sem outras queixas. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX mão E, coxa E, joelho E.

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: Fratura de colo e diáfise do fêmur esquerdo, fratura de 3º QDD

### TRATAMENTO:

Limpeza Cirúrgica + instalação de tração transesquelética transtibial + regularização de coto em 3º QDE (realizado em 03/01/18). Osteossíntese de fratura de fêmur esquerdo (realizado em 17/1/18)

ALTA HOSPITALAR: 21/01/18

DATA DA EMISSÃO: 03/05/18



Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

3.919.415 -2 VIE

DATA DE EMISSÃO

25/06/2012

NOME

JAILSON JONAS DA CONCEIÇÃO

FLUXO

JOSÉ CARLOS CONCEIÇÃO

MARIA JOSÉ ALGUSTO

NACIONALIDADE

RIO TINTO-PB

DOC ORIGINAL

NASC.N. 578 FLS. 145 LIV. A-01

CARTÓRIO JACARAÚ-PB

CPF

108.218.904-92

DATA DE NASCIMENTO

03/11/1993

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 28/06/83

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

3.919.415 -2 VIE

DATA DE EMISSÃO

25/06/2012

NOME

JAILSON JONAS DA CONCEIÇÃO

FLUXO

JOSÉ CARLOS CONCEIÇÃO

MARIA JOSÉ ALGUSTO

NACIONALIDADE

RIO TINTO-PB

DOC ORIGINAL

NASC.N. 578 FLS. 145 LIV. A-01

CARTÓRIO JACARAÚ-PB

CPF

108.218.904-92

DATA DE NASCIMENTO

03/11/1993

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 28/06/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

3.919.415 -2 VIE

DATA DE EMISSÃO

25/06/2012

NOME

JAILSON JONAS DA CONCEIÇÃO

FLUXO

JOSÉ CARLOS CONCEIÇÃO

MARIA JOSÉ ALGUSTO

NACIONALIDADE

RIO TINTO-PB

DOC ORIGINAL

NASC.N. 578 FLS. 145 LIV. A-01

CARTÓRIO JACARAÚ-PB

CPF

108.218.904-92

DATA DE NASCIMENTO

03/11/1993

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 28/06/83

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

3.919.415 -2 VIE

DATA DE EMISSÃO

25/06/2012

NOME

JAILSON JONAS DA CONCEIÇÃO

FLUXO

JOSÉ CARLOS CONCEIÇÃO

MARIA JOSÉ ALGUSTO

NACIONALIDADE

RIO TINTO-PB

DOC ORIGINAL

NASC.N. 578 FLS. 145 LIV. A-01

CARTÓRIO JACARAÚ-PB

CPF

108.218.904-92

DATA DE NASCIMENTO

03/11/1993

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 28/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - PB Nº 5850406952  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PRT 20061500001952-8

1 75546407-9 2006

JOSIVANDO ALVES DE ANDRADE  
R CEL JOAO RAFAEL 01  
CENTRO

58280000 MAMANGUAPE-PB

03950400435 MNZ6403/PB

Nº 3 PD 902JC30101P104591

HONDA/CG 125 TITAN KS 2001 2001

2 P/124 /CI PARTIC VERMELHA

IPVA ISENTO 2 \*\*/\*\*/

3 \*\*/\*\*/

\*\*\*\*\* SEGURO P A G O 20/04/2006

A.F CONS NACIONAL HONDA

REST. GEN. TRIB. MINIST. DA

MAMANGUAPE-PB 25/04/2006

1246 34100

PB Nº 5850406952 BILHETE DE SEGURO DPVAT

NOME/ENDEREÇO

JOSIVANDO ALVES DE ANDRADE  
R CEL JOAO RAFAEL 01  
CENTRO

58280000 MAMANGUAPE-PB

PLACA

03950400435

MNZ6403/PB

BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONVENIO

PB Nº 5850406952

DATA EMISSÃO

2006 25/04/2006

JOSIVANDO ALVES DE ANDRADE

R CEL JOAO RAFAEL 01

CENTRO

58280000 MAMANGUAPE-PB

PLACA

1 03950400435

MNZ6403/PB

755464079 GAS HONDA/CG 125 TITAN KS

2001 902JC30101P104591

PREÇO DO SEGURO

IOF (R\$)

TOTAL (R\$)

\*\*\*\*\* SEGURO P A G O

34100-1039093-20060425



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - PB Nº 4733621050  
20011500000625-0

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 755464079

CÓD. REG. INAM

RTM

JOSIVANDO ALVES DE ANDRADE  
R CEL JOAO RAFAEL 01  
CENTRO

58280000 MAMANGUAPE - PB

03950400435

CÓD. REG. INAM

RTM

PLACA

MNZ6403/PB

MOTOMAR LTDA

NOME INTERLOC.

NOVO PB

PLACA

902JC30101R104591

CÓD. REG. INAM

RTM

PAB/MOTOCICLO/

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

HONDA/CG 125 TITAN KS

ANO DO VEÍCULO

2001

2 P/124 /CI

CATEGORIA

PARTIC

CÓD. REG. INAM

RTM

VERMELHA

A.F CONS NACIONAL HONDA

1246 34100-1039093-20060425

DATA

1/04/2006

RTM

201055



Seguradora Líder • DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Jailson Jonas da Conceição  
 DATA DO ACIDENTE 03/05/2018 CPF DA VÍTIMA 008.258.904-92  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Ana Silva do Nobrega  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É COMPANHEIRA  
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Salvador Gomes de Oliveira  
 Nº S/N COMPLEMENTO — BAIRRO Zona Rural  
 CIDADE Juazeiro UF PB CEP 58218-000  
 E-MAIL alvaxfe@gmail.com TELEFONE (83) 99192-8028

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA  
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
 ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA  
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO  
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 21/11/2018  
 IDENTIDADE 3099665  
 ASSINATURA Ana Silva A.

RESPONSÁVEL PELA RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 21 NOV 2018  
 NOME 21 NOV 2018  
 ASSINATURA 21 NOV 2018



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.099.665 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 25/09/2015

NOME ANA SILVA DA NÓBRIGA

FILIAÇÃO LUIZ GOMES DA NÓBRIGA  
MARIA DE FÁTIMA DA SILVA NÓBRIGA

NATURALIDADE JACARAU-PB DATA DE NASCIMENTO 12/04/1984

DOO ORIGEM CAS. C/ AVERB N.568 F.087 L.B 03  
CARTORIO JACARAU PB

CPF 068.658.574-70

Assinatura: *Marcus A. B. Lacel Jr.*  
Marcus A. B. Lacel Jr.  
LEI Nº 60 de Novembro de 29/08/83  
Art. 2º, Cap. 1º Criminal



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

V-02  
P-074

*Ana Silva da Nóbrega*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 05952952

USO OBRIGATORIO  
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS  
(Art. 1º da Lei nº 8.529/94)



ABRAÃO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO

ASSINATURA DO PORTADOR

ORIENTAÇÃO



**ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL**

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

ACESSO  
ABRAÃO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO

12804

FILIAÇÃO  
FERNANDO FLORENCIO DE CARVALHO NETO  
VALQUIRIA COSTA FLORENCIO DE CARVALHO

NACIONALIDADE  
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO  
05/05/1981

2378838 - SSP/PB

ROSADEO DE OBRIGADO E TESTEMUNHA

044.368.954-02

NÃO

01 25/05/2012

CELEBRADA NA CARTELA DE REGISTRO





# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0419603/18

**Vítima:** JAILSON JONAS DA CONCEICAO

**CPF:** 108.218.904-92

**Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

**Data do acidente:** 03/01/2018

**Titular do CPF:** JAILSON JONAS DA  
CONCEICAO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### JAILSON JONAS DA CONCEICAO : 108.218.904-92

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/11/2018  
Nome: JAILSON JONAS DA CONCEICAO  
CPF: 108.218.904-92

JAILSON JONAS DA CONCEICAO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2018  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA