



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 Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190043533

Vítima: ALIOMIRO DUTRA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 30/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALIOMIRO DUTRA DO NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, 03 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190043533

Vítima: ALIOMIRO DUTRA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 30/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALIOMIRO DUTRA DO NASCIMENTO

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: ALIOMIRO DUTRA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000036

Conta: 00000341088-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 759.653.214-49 Nome completo da vítima: Alomiro Dutra do Nascimento

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

Nome completo: Alomiro Dutra do Nascimento CPF: 759.653.214-49

Profissão: Vendedor Endereço: M^{te} das Neves ALMEIDA CAVALCANTI Número: 127 Complemento: APT 102

Bairro: Funçãoários Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB CEP: 58076-449

E-mail: _____ Tel (DDD): (33) 99921-9293

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) CP.013

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0036 ☐ CONTA: 341088 ☒

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

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento 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 quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

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

Estou ciente de que a Seguradora 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.

Local e Data: 18/01/2019

Nome: Alomiro Dutra do Nascimento

CPF: 759.653.214-49

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
18 JAN. 2019
Assinatura: _____
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
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.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00431.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00431.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:01 horas do dia 11 de janeiro 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 Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Aliomiro Dutra de Nascimento**, CPF nº 759.653.214-49, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Vendedor, filho(a) de Isabel Dutra do Nascimento e Ariamiro Fernandes do Nascimento, natural de Riacho dos Cavalos/PB, nascido(a) em 09/05/1969 (49 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Maria das Neves Almeida Cavalcanti, Nº 127, complemento AP. 102., bairro João Paulo II, tendo como ponto de referência Próximo a Antiga Cian., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98672-5202.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Hilton Souto Maior, Em Frente do Depósito do Tre., João Pessoa/PB, bairro José Américo; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 30/07/18 08:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

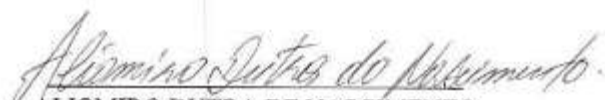
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante no dia 30/07/2018 por volta das 08:40 horas quando transitava, pela Av. Hilton Souto Maior, José Américo em frente ao depósito do TRE, cidade de João Pessoa-PB; com o veículo tipo HONDA CG 150 FAN ESI ano e modelo: 2011/2011, de cor preta de placa: NPT6843/PB CHASSI: 9C2KC1670BR513274 pertencente a ANDRÉ MENDES DE OLIVEIRA; Que segundo o mesmo seguia normalmente sentido José Américo/Mangabeira que o declarante conduzia normalmente a sua moto quando o carro da frente parou de repente sem sinalizar fazendo com que o veículo do declarante se chocasse na traseira do referido veículo não identificado, Que o declarante foi socorrido por familiares e levado ao COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA conforme CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA DE nº 1543/2018, Prontuário de nº 2018.07.004010 vítima de FRATURA DE HALUX DIREITO, FRATURA DO MALEOLO TIBIAL ESQUERO E FRATURA DO 5º METACARPO DIREITO CONFORME LAUDO MÉDICO DO DR. JACQUES PAIVA CAVALCANTI CRM-PB: 7625 CIDS: S62 S92 S82.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 11 de janeiro de 2019.


CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação


ALIOMIRO DUTRA DE NASCIMENTO
Noticiante



Procedimento Policial: 00431.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 759.653.214-49 Nome completo da vítima: Alomiro Dutra do Nascimento

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

Nome completo: Alomiro Dutra do Nascimento CPF: 759.653.214-49

Profissão: Vendedor Endereço: M^{te} das Neves ALMEIDA CAVALCANTI Número: 127 Complemento: APT 102

Bairro: Funçãoários Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB CEP: 58076-449

E-mail: _____ Tel (DDD): (33) 99921-9293

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) ☐ Itai (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) CP 013

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0036 ☐ CONTA: 341088 ☒

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

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento 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 quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

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

Estou ciente de que a Seguradora 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.

Local e Data: 18/01/2019

Nome: Alomiro Dutra do Nascimento

CPF: 759.653.214-49

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
18 JAN. 2019
Assinatura
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
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.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 149148 Atd: Nao Regu.
Data: 30/07/2018
Hora: 09:48:57
Recepcionista: GEOVANA DO SANTOS
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ALIOMIRO DUTRA DO NASCIMENTO

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.07.004010

CNS: 898000496849486 Sexo: M IDENTIDADE: 1379965 Fone: 986725202

Natural: RIACHO DOS CAVALOS/PB Data Nasc.: 09/05/1969 Id: 49 ano(s)

End.: RUA MARIA DAS NEVES ALMEIDA CAVALCANTI, 127

Bairro: JOAO PAULO II Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: IZABEL DUTRA DO NASCIMENTO

Pai: ARIAMIRO FERNANDES DO NASCIMENTO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: VENDEDOR SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: IRMAO AFONSO DUTRA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Precedencia: RUA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COLISAO MOTOXCARRO MANHA JOSE AMERICO

Vitima de violência por: SOCORRITA AFONSO DUTRA

[] Caso Policial

3-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispineia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

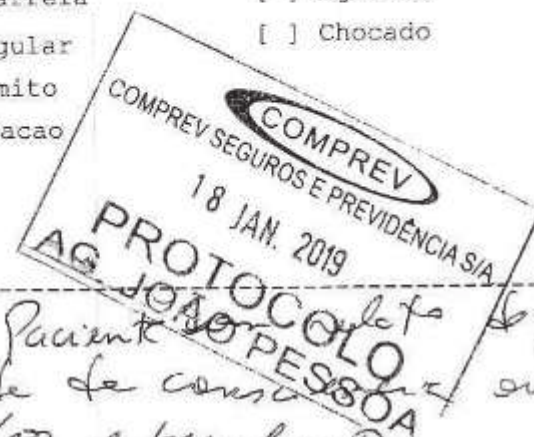
[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

COLISAO MOTO CARRO PACIENTE APRESENTA TRAUMA EM
MAO D E PE D



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente chegou em
sua moto e caiu. Nega perda de consciência ou
vômitos. Refere dor em tornozelos e punho D

Diagnostico

Conduta RX

RX 1º P.D.D.

Avulsações de ortopedica

Prescrição

RX MLEOLO MCOHL (E)

Horario da medicacao

RX SINTC (D)

INTERNAÇÃO

Internado - Yury

Dr. Inácio França Arruda
Cirurgião Geral
CRM 6696
CREMEPE 2016P

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA
UNIFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

71789502

REFERÊNCIA

COTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

02/2018

ANDREIA FERREIRA DE LIMA

RUA MARIA DAS NEVES A CAVALCANTI, 127 - AP 102 -
JOÃO PAULO H JOÃO PESSOA PB 58076-449

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industria	Público	
001.024.756.0290.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y16N118622	11/11/2016	EXT MURC	LIGADO	POTENCIAL		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NÚM DE DIAS PRÓXIMA LEITURA						
80	85	5	29	17/01/2019		
TEST. CONS. / ANOS. LEIT. QUALID. ÁGUA ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS						
NOV/2018	6	PARÂMETROS EXIG.		ANÁLIS.	CONFORMES	
OUT/2018	4	TURBIDEZ		268	274	274
SET/2018	4	CLORO		268	274	274
AGO/2018	3	COL. TERMOT		0	0	0
JUL/2018	4	COR		73	90	90
JUN/2018	4	COL. TOTAIS		268	274	274
MEDIA(M)	4	DADOS REFERENTES A: OUT/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 18/12/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 09:05:51

DESCRIÇÃO

CONSUMO

TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

5 M3

10,56

ESGOTO

ACRESCIM(S) MES(ES) ANT. 10/2018

0,24

JUROS DE MORA 10/2018

0,03

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 0,90 PIS E CONFINS LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

29/12/2018

Total a Pagar:

R\$ 10,80



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 3

INFORMAÇÕES GERAIS:

ATENÇÃO A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N. 8.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARÁ AUDIÊNCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE 34R CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFÁRIO.

1 AUDITORIO DA CINIP NA AV. FELICIANO CIRNE, N. 50 - JAGUARI
NO DIA 18/01/2019 ÀS 14:00H.

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

18 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Itaucard



Consulte sua fatura na internet
ou nos caixas eletrônicos do Itaú.



DEVOLUÇÃO
ELETRÔNICA
CORREIOS

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
18 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



00000978



CTC RECIFE PE PLUS

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
R ABELARDO DA S G BARRETO 51
AP2502 A - A BRANCO
58046-110 JOAO PESSOA - PB

2502A



7211094030298300000000097830 261218

Data da Postagem: 24/12/2018
Data do Vencimento: 09/01/2019
Data de Fechamento (emissão): 23/12/2018
Data prevista de fechamento de próxima fatura: 04/02/2019

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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.

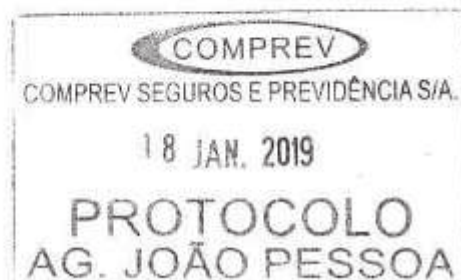
Pelo exposto, eu Gullyana Flávia de Amorim Nóbrega
inscrito (a) no CPF/CNPJ 011.197.984 / 69, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Alomiro Dutra do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 759.653.214-49,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da vítima Alomiro Dutra do Nascimento
inscrito (a) no CPF sob o Nº 759.653.214 / 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: Advogada 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>R. Abelardo de Silva G. Barreto</u>	Número: <u>51</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Altiplano</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58.046-110</u>	Tel.(DDD): <u>(83) 3229-1074</u>

Local e Data: _____

Gullyana Flávia de Amorim Nóbrega
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANDRÉ MELODES DE OLIVEIRA,
RG nº 3171640, data de expedição 29/10/2003 Órgão SSP-PB,
portador do CPF nº 067052634-74, com Domicílio na
cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de PARAÍBA, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) R. ADELAIDE DAS NEVES ALM. CHURCHETTI
nº 127, complemento, 202, declaro, sob as penas da Lei, que
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Alimiro Dutra do Nascimento,
cujo o condutor era Alimiro Dutra do Nascimento.

Veículo: MOTO HONDA
Ano: 2011
Modelo: HONDA / EG 150 FAN ESI
Placa: NPT-6843 PB
Chassi: 9LE2KE1670BR513274
Data do acidente: 30.07.2018

Local e data: João Pessoa, 11/01/2019

X André Melo de Oliveira
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X _____
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: ALOMIRO DUTRA DO NASCIMENTO				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: 49 A	SEXO: MAS	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.: 15	LEITO: 152
DATA DE ADMISSÃO: 30/07/2018		DATA DE ALTA: 04/08/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Maléolo Medial do tornozelo + fixação com 1x S.A.T.C. + fixação 1º P.D.D.</i>				CID S82.5	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo Medial</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de maléolo medial foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com parafuso. 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 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 local. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: cefalexina + profenid

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. (DR. JACQUES)

04/08/2018

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M.

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





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Alcino D. do Nascimento

Leu do Médico

Paciente vítima de trauma
resultando em fratura de
Hálux Direita, maléolo tibial
esquerdo e 5º metacarpo direito
permanente de 90 (Noventa)
dias para retorno às
suas atividades.

CM: 562
592
582

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo



48

CERTIDÃO

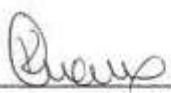
Nº. 1543/2018

Atendendo solicitação de **ALIOMIRO DUTRA DO NASCIMENTO** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 149148 e Prontuário nº 2018.07.004010 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 30/07/2018 às 09H48min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo medial esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 03/08/2018 com alta médica dia 04/08/2018.

E para constar eu, ROSSANA DE FATIMA DE ARAUJO BARBOSA, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 07 de novembro de 2018


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/ 3533





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 30/07/18
Nome: ALIOMIRO DUINA DO NASCIMENTO
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: DOR e ESCONDIÇÃO

HDA: VÍTIMA DE COLISÃO CARRO X MOTO, HOJE, COM
DOR na T7 (), PE (), MÃO ().

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

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

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

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

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposso [] 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: _____ []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: FX MÓLEULO MEDIAL (E)

FX 5º MTC (D)

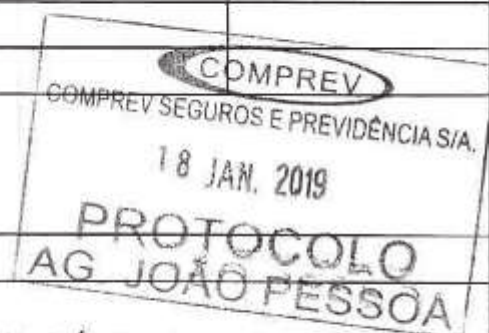
FX FALANGE DISTAL 1º PDD.

Conduta: INTERNAÇÃO P/ TRATAMENTO CIRÚRGICO

PELE ÍNTEGRA.

Vury Coldeiro
CRM-PB: 41557
Dr. KATIEYCOMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
18 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Nome : ALIOMIRO DUTRA DO NASCIMENTO				Registro:	
Idade: 49 A	Sexo: M	Cor:	Clínica: Traumato	EMP:	LR:
Data: 03/08/2018			Cirurgião: JAQUES		
1º Assistente:			2º Assistente:		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura do Maléolo Medial</i>				<i>S82.5</i>	
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
<i>Osteossíntese do Tornozelo</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Realizado garroteamento de membro inferior

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em J invertido na região medial do tornozelo

Dissecção por planos até foco de fratura

Hemostasia com eletrocautério

Achados:

Visualização de fratura do maléolo medial

Conduta:

Realizada manobra de redução com auxílio de bacas

Redução de fragmentos ósseos com uso de intensificador de imagem

Aposição de 01 parafuso esponjoso Nº 30.

Verificado com escopia e redução anatômica

Realizado RX controle

Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%

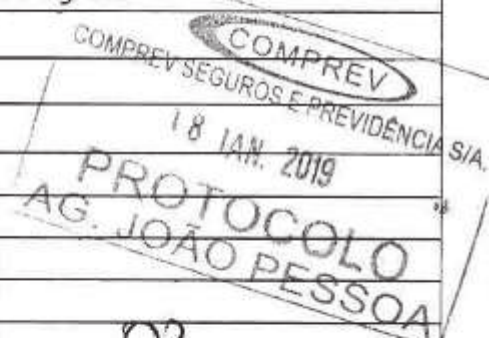
Fechamento:

Fechamento de incisões por planos de planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo

Tala bota gessada

OBS:



Dr. Felipe Bezerra
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 11126

03

06

78

Data: __/__/__

MÉDICO/CRM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA SCIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI-P-10

Aliomiro Dutra do Nascimento

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1.379.965 DATA DE EXPEDIÇÃO 06-05-1988

NOME ALIOMIRO DUTRA DO NASCIMENTO

Arianero Fernandes do Nascimento

Matrícula 2abel Dutra do Nascimento

Pinchos dos Cavalos-PB. 09-05-1969

Cert. Naso. nº. 12.177-Fls. 63-Liv. 20-Cart. da

Paulista-PB.

CPF

João Pessoa - PB

LEI Nº 7.116 DE 24/08/83

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

RUA JOSCELINO KUBITSCHEK, S/Nº - ERNESTO GEISEL - CEP 58075-430 - JOÃO PESSOA - PARAIBA - TELEFAX: (33) 3231-4078

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. CELEIDA COSMO FERREIRA SILVA - Tabelia, em 11/01/2019 15:40:45

Emol: R\$ 2,49 FEPJ R\$ 0,12 FARMEN: R\$ 0,41 ISS R\$ 0,11. Selo Digital- AHY16156-S400 Consulte em <https://selodigital.tjpb.rs.br>

MINISTÉRIO DA RECEITA FEDERAL
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

NÚMERO DE INSCRIÇÃO CPF 759658214-49

NOME COMPLETO ALIOMIRO DUTRA DO NASCIMENTO

NASCIMENTO 09.05.69

ASSINATURA

TERÁ VALIDADE SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Este Cartão é o documento comprobatório de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas - CPF, de uso obrigatório em todos os estabelecimentos comerciais e em todos os órgãos públicos, para qual, além da inscrição no Cadastro, é necessária a apresentação da Declaração da Receita Federal.

CARTÃO DE AGENTE

42002/2051

11/01/189

DRF-J. Pessoa - Pb.

André Luis de Miranda Borges
Mat. 0.403.326-4

NOME, MATRÍCULA E ASSINATURA DO AGENTE DEVEM SER REGISTRADOS EM TODA E CADA UMA DAS EMPRESAS APROVADAS PARA USO DO CARTÃO EM VIGOR EM SEU SETOR

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

RUA JOSCELINO KUBITSCHEK, S/Nº - ERNESTO GEISEL - CEP 58075-430 - JOÃO PESSOA - PARAIBA - TELEFAX: (33) 3231-4078

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. CELEIDA COSMO FERREIRA SILVA - Tabelia, em 11/01/2019 15:40:53

Emol: R\$ 2,49 FEPJ R\$ 0,12 FARMEN: R\$ 0,41 ISS R\$ 0,11. Selo Digital- AHY16158-1XW1 Consulte em <https://selodigital.tjpb.rs.br>

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS
18 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014081709200
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 COO. RENAVAM: 0030595840-2 NOME: ANDRE MENDES DE OLIVEIRA

PLACA: 06705263474 PLACA: NPT6843/PB

PLACA ANT./UF: NOVO PB CHASSI: 9C2KC1670BR513274

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL: ALCO/GASOL

MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 FAN ESI ANO FAB: 2011 ANO MOD: 2011

CAP/POT/CIL: 2 P/149 /CI CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA UNICA: IPVA PAGO EM 00/00/0000 1º

FAIXA IPVA: 0 PARCELAMENTO/COTAS: 2º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 0 IOF (R\$): 0 PRÊMIO TOTAL (R\$): 0 DATA DE PAGAMENTO: 01/06/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOAO PESSOA - LOCAL: 06/06/2018

9999999 19551

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
MOTOCICLETAS E VEICULOS COM MOTOR DE VITACAO

PB Nº 014081709200 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 06/06/2018

VIA: 1 CPF / CNPJ: 06705263474 PLACA: NPT6843/PB

RENAVAM: 00305958402 MARCA / MODELO: HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB: 2011 CAT. VIT: 9 Nº CHASSI: 9C2KC1670BR513274

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$): 0 DENATRAM (R\$): 0 CUSTO DO SEGURO (R\$): 0

CUSTO DO BILHETE (R\$): 0 IOF (R\$): 0 TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$): 0

PAGAMENTO: 01/06/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
19551-0856406-20180606

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
RUA JOSÉ CARLOS KUNTSCHIK, 500 - ERMITO DO SEL - CEP 50075-400 - JOÃO PESSOA - PERNAMBUCO - TELEFONE: (51) 3231-4000
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fe. CELEIDA COSTA PEREIRA SILVA - Tabelião, em 11/01/2019 15:41:11
E-mail: R\$2,49 FEPEJ R\$0,12 FAREPEJ R\$0,41 ISS R\$ 0,11. Selo Digital - 44f16159-DUP9 Consulte em
https://selo.digital.br/verificacao/44f16159-DUP9

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
18 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190043533 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALIOMIRO DUTRA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 30/07/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 5º METACARPO DIREITO.
FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL DO TORNOZELO ESQUERDO.
FRATURA DE HÁLUX DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSsíNTESE COM PARAFUSO (TORNOZELO), DEMAIS CONSERVADOR.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190043533 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALIOMIRO DUTRA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 30/07/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 5º METACARPO DIREITO.
FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL DO TORNOZELO ESQUERDO.
FRATURA DE HÁLUX DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSsíNTESE COM PARAFUSO (TORNOZELO), DEMAIS CONSERVADOR.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Alomiro Dutra do Nascimento
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: casado
Identidade: 3.379.965
CPF: 759.653.214-49
Profissão: Vendedor
Endereço: Rua. Maria das Neves Almeida Cavalcanti 127
CEP: 59.076-449
Telefone: (83) 99921-9283

OUTORGADOS: Giuliana Flávia de Amorim, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 13529, portadora do CPF/mº 011197984/69 e Enéas Flávio Soares de Moraes Segundo, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 14318, portador do CPF/mº 05631026406, com endereço profissional na Praça Venâncio Nelva, nº 21, CEP 58300-800, Centro de Santa Rita. Telefone: (83) 3032-1329.

Pelo presente Instrumento particular de Procuração, nomelo e constituo meu bastante procurador os outorgados acima qualificados, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo aos outorgados poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima:

ALOMIRO DUTRA DO NASCIMENTO

1º OFÍCIO
DISTRITAL

João Pessoa, 11/01/2019

Local e data

x Alomiro Dutra do Nascimento
Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

Reconheço por Autenticidade a firma de ALOMIRO DUTRA DO NASCIMENTO, [117768], J. Pessoa-PB, 11/01/2019 15:47:32
Empl R\$9,91 Farpem:R\$0,29 Fepi:R\$1,98, ISS:R\$0,50. Em
test da verdade. Tabela CELEIDA/JOÃO PESSOA SILVA.
Selo Digital #1298757-6844 Consulte em
<https://selodigital.tribunaesb.com.br>

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

18 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0021255/19

Vítima: ALIOMIRO DUTRA DO NASCIMENTO

CPF: 759.653.214-49

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/07/2018

Titular do CPF: ALIOMIRO DUTRA DO NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA : 011.197.984-69

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

ALIOMIRO DUTRA DO NASCIMENTO : 759.653.214-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/01/2019
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
CPF: 011.197.984-69

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/01/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA