Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **GENILSON ESTEVAN DO NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3180008928**
Vitima: **GENILSON ESTEVAN DO NASCIMENTO**
Data do Acidente: **19/04/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180008928.**

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.b**r 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **GENILSON ESTEVAN DO NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3180008928**
Vitima: **GENILSON ESTEVAN DO NASCIMENTO**
Data do Acidente: **19/04/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180008928**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **GENILSON ESTEVAN DO NASCIMENTO**

Sinistro: **3180008928**
Vítima: **GENILSON ESTEVAN DO NASCIMENTO**
Data do Acidente: **19/04/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180008928** 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** 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2018

Carta n°: 12895476

A/C: GENILSON ESTEVAN DO NASCIMENTO

Nº Sinistro:	**3180008928**
Vitima:	**GENILSON ESTEVAN DO NASCIMENTO**
Data do Acidente:	**19/04/2017**
Cobertura:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **GENILSON ESTEVAN DO NASCIMENTO**
Valor: **R$ 843,75**
Banco: **104**
Agência: **000003348**
Conta: **000006717-5**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**843,75**

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R$	**843,75**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Autorização de pagamento

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Gemilson Estevam do Nascimento		CPF titular da conta: 056.989.654-12	Profissão: repositor
Endereço: Rua: Jericó		Número: 76	Complemento: —
Bairro: Tibiri	Cidade: Santa Rita	Estado: PB	CEP: 58302-145
Email: alisleandracesarduarte@hotmail.com			Telefone (DDD): 83 9342-1170

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- [x] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

[x] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- [ ] BRADESCO (237)
- [ ] BANCO DO BRASIL (001)
- [ ] ITAÚ (341)
- [x] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.: 3348 D/V: (Informar dígito se existir)
CONTA NRO.: 006717 D/V: 5 (Informar dígito se existir)

[ ] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome: NRO.:
AGÊNCIA NRO.: D/V: (Informar dígito se existir)
CONTA NRO.: D/V: (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Santa Rita, 23 de outubro de 2017
Local e Data

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 DEZ. 2017
PROTOCOLO
DO PESSOAL

Gemilson Estevam do Nascimento
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

3348 - TIBIRI, PB
DATA: 05/12/2017 HORA: 13:55:32
TERMINAL: 1002 NSU: 000823 AUT.: 0179

COMPROVANTE DE DEPOSITO
NUM.DOC.: 000000

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 3348/013/00.006.717-5
NOME: GENILSON ESTEVAN DO NASCIMENTO
DEPOSITANTE:
0 T

VALOR TOTAL:
VALOR DINHEIRO:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
14ª Delegacia Distrital de Santa Rita

POLÍCIA CIVIL PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

Boletim de ocorrencia

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00512.01.2017.1.05.014

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00512.01.2017.1.05.014, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:02 horas do dia 02 de maio de 2017, na cidade de Santa Rita, no estado da Paraíba, e nesta 14ª Delegacia Distrital de Santa Rita, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Maria Rodrigues Pereira de Vasconcelos, matrícula 674184, e lavrado por Gilvanildo Fernandes de Brito, Escrivão de Polícia, matrícula 1356704, ao final assinado, compareceu **Genilson Estevam do Nascimento**, conhecido(a) por Irmão. RG nº 3067421 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Repositor, filho(a) de Maria Dionisia do Nascimento e José Estevam do Nascimento, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 19/01/1983 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Jericó, Nº 76, bairro Tibiri II, tendo como ponto de referência 1ª Igreja Batista, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 99619-0532.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. João Pessoa, Igreja Deus É Amor, Santa Rita/PB, bairro Tibiri II; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 19/04/17 11:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, afirma o notificante que na manhã do dia 19/04/2017, por volta das 11h30min, se encontrava transitando na Av. João Pessoa, nesta cidade, em sua bicicleta, quando foi atingido por um motoqueiro de nome: FELIPE ALBUQUERQUE, esse filho da senhora LAURA ALBUQUERQUE, o qual reside na Rua Montadas, s/n, Tibiri II, Santa Rita - PB, e, que após o senhor que faz pasteis é a penúltima casa, sendo branca, que fica em frente a gráfica, informando que o investigado disse que o notificante tinha sorte, pois se fosse uma moto grande tinha torrado o notificante no meio, informando que o investigado não socorreu o notificante, não deu nenhuma assistência e que segundo informa o mesmo foi socorrido para a UPA24H, por um transeunte;QUE, afirma o notificante que não veio antes, pois estava com gesso na perna e não tinha com se locomover;QUE, deverá apresentar testemunhas para ser lavrado um TCO, por lesão corporal, caso deseje representar contra o investigado, bem como apresentar laudo médico.

ADENDO(S):

Que na data 23/10/2017, à(s) 09:37 horas, na 14ª Delegacia Distrital de Santa Rita, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Antônio Alvares de Farias, matrícula 631299, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: QUE, afirma o notificante que sofreu com o acidente (atropelamento), TCE LEVE + contusão do joelho esquerdo, CID 10, S 00.9 + S 80.0, tendo sofrido colisão moto com bicicleta, conforme Laudo Médico, fornecido pelo Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, e, que segundo informa não manifestou o desejo de representar contra o investigado.. Adendo registrado por: Gilvanildo Fernandes de Brito, Escrivão de Polícia, matrícula: 1356704.

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, segue a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 00512.01.2017.1.05.014

Santa Rita/PB, 23 de outubro de 2017.

GILVANILDO FERNANDES DE BRITO
Escrivão de Polícia

GENILSON ESTEVAM DO NASCIMENTO
Noticiante

Procedimento Policial: 00512.01.2017.1.05.014

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Seccional de Polícia Civil
14ª Delegacia Distrital de Santa Rita

POLÍCIA CIVIL
PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
02 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00512.01.2017.1.05.014

Boletim de ocorrencia

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00512.01.2017.1.05.014, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:02 horas do dia 02 de maio de 2017, na cidade de Santa Rita, no estado da Paraíba, e nesta 14ª Delegacia Distrital de Santa Rita, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Maria Rodrigues Pereira de Vasconcelos, matrícula 674184, e lavrado por Gilvanildo Fernandes de Brito, Escrivão de Polícia, matrícula 1356704, ao final assinado, compareceu **Genilson Estevam do Nascimento**, conhecido(a) por Irmão, RG nº 3067421 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Repositor, filho(a) de Maria Dionisia do Nascimento e José Estevam do Nascimento, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 19/01/1983 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Jericó, Nº 76, bairro Tibiri II, tendo como ponto de referência 1ª Igreja Batista, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 99619-0532.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. João Pessoa, Igreja Deus É Amor, Santa Rita/PB, bairro Tibiri II; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 19/04/17 11:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, afirma o notificante que na manhã do dia 19/04/2017, por volta das 11h30min, se encontrava transitando na Av. João Pessoa, nesta cidade, em sua bicicleta, quando foi atingido por um motoqueiro de nome: FELIPE ALBUQUERQUE, esse filho da senhora LAURA ALBUQUERQUE, o qual reside na Rua Montadas, s/n, Tibiri II, Santa Rita - PB, e, que após o senhor que faz pasteis é a penúltima casa, sendo branca, que fica em frente a gráfica, informando que o investigado disse que o notificante tinha sorte, pois se fosse uma moto grande tinha torrado o notificante no meio, informando que o investigado não socorreu o notificante, não deu nenhuma assistência e que segundo informa o mesmo foi socorrido para a UPA24H, por um transeunte;QUE, afirma o notificante que não veio antes, pois estava com gesso na perna e não tinha com se locomover;QUE, deverá apresentar testemunhas para ser lavrado um TCO, por lesão corporal, caso deseje representar contra o investigado, bem como apresentar laudo médico.

ADENDO(S):

Que na data 23/10/2017, à(s) 09:37 horas, na 14ª Delegacia Distrital de Santa Rita, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Policia Civil Antônio Alvares de Farias, matrícula 631299, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: QUE, afirma o notificante que sofreu com o acidente (atropelamento), TCE LEVE + contusão do joelho esquerdo. CID 10, S 00.9 + S 80.0, tendo sofrido colisão moto com bicicleta, conforme Laudo Médico, fornecido pelo Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, e, que segundo informa não manifestou o desejo de representar contra o investigado.. Adendo registrado por: Gilvanildo Fernandes de Brito, Escrivão de Polícia, matrícula: 1356704.

Que na data 18/04/2018, à(s) 10:51 horas, na Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: QUE SEGUNDO O NOTIFICANTE, QUE REGISTROU CER IDÃO NA DELEGACIA 14ª DD ,VEIO FAZER ADENDO PARA COLOCAR A PLACA DO VEÍCULO CAUSADOR DO ACIDENTE:MOG 6993/PB, YAMAHA /LANDER XTZ 250, ANO E MODELO: 2008/2009 DE COR PRETA, REGISTRADO EM NOME DE DIEGO ALBUQUERQUE.. Adendo registrado por: José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigacao, matrícula: 1372611.

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

referida é verdade. Dou fé.

Santa Rita/PB, 18 de abril de 2018.

JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigacao

GENILSON ESTEVAM DO NASCIMENTO
Noticiante

ESTA CERTIDÃO FOI EXPEDIDA NA DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DA CAPITAL, SENDO PRESERVADO O CABEÇALHO DA DELEGACIA ONDE O BO FORA ORIGINALMENTE REGISTRADO.

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
02 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Seguradora LÍDER

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 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 VÍTIMA 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	CPF da Vítima	Data do Acidente
GENILSON ESTEVAM DO NASCIMENTO	056.989.654-12	19-04-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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 atenda 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 pericias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza pericias 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 Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões para os fins do 61º 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.

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
28 DEZ. 2017
MAPFRE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.

Santarita 23 de outubro de 2017
Local e Data

Genilson Estevam do Nascimento
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017

Comprovacao de ato declara

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn - - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 995059

Identificação do paciente

ID 1162250	Nome GENILSON ESTEVAM DO NASCIMENTO		Sexo Masculino
Data de nascimento 19/01/1983	Idade 34 anos 3 meses	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA DIONISIA DO NASCIMENTO		Pai JOSE ESTEVAM DO NASCIMENTO	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) MICHELE MARINHO DO NASCIMENTO - ESPOSO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 998190532	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3067421	Nº Cns	
Local de procedência SANTA RITA		Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade GUARABIRA	CBO/R	

Endereço

CEP 58302145	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro Jericó
Número 76	Complemento		Bairro Municípios

Admissão

Data e Hora 19/04/2017 18:16:20	Número de pulseira 1000005978952	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica
Classificação de risco		Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vaga de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA 120 x 80 mmHg	Pulso	Temperatura 100

Exames complementares

Raio X [ ] Sangue [ ] Urina [ ] TC [ ] Liquor [ ] ECG [ ] Ultrasonografia [ ]

Dados clínicos

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO P

Diagnóstico | CID

Atendido por ANA CARLA FELICIANO DA SILVA | Tempo 30min

IMPRIMIR

1000

03.05.17

de 1

19/04/2017 18:14

29/09/17 Nunno (Avaliação)

"Caindo" com bicicleta de costas muito com bicicleta, sem perda de consciência. Alega zaqueirismo tem retinto. Encaminhado para o hospital.

Os exames acordo, pupilas isocóricas, movimento 4 membros. Glasgow 15 (E 15, V 5, M 6)

Após, DC decisão se necessidade de parecer neurocirurgia, OBSERVO E LIBERO DE DIETA LÍQUIDA

Dr. Mauro M. de A. Holanda
Neurocirurgia
CRM-PB 4256

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
26 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GENILSON ESTEVAN DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03348

CONTA: 000000006717-5

Nr. da Autenticação 88234C860B58F66E

Comprovante de residencia

energisa

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAN
Out/2017	19/10/2017	20/11/2017	56989653412

UC (Unidade Consumidora) 5/889434-7

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			

Demonstrativo

VENCIMENTO 26/10/2017 **TOTAL A PAGAR** R$ 11,69

Histórico de Consumo (kWh)

RESERVADO AO FISCO
8227.4180.46d7.d485.5967.0f0e.1be9.cbc5.

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DEC Anual	8,67	0,00		
DEC Trimestral	11,36		NOMINAL	220
FEC Anual	22,59			
FEC Trimestral	8,67	0,00	CONTRATADA	220
DIC Anual	6,67		LIMITE INFERIOR	201
DIC Trimestral	13,85		LIMITE SUPERIOR	231
FIC Anual	9,23	0,00		
DMIC	7,2			

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. de Energia (TE)	3,94	33,71
Compra de Energia	4,29	46,11
Serviço de Transmissão	0,80	6,13
Encargos Setoriais	1,09	9,32
Impostos, Outros e Encargos	0,67	5,73
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	11,69	100,00

Valor da EUSD (Out 8/2017): R$ 21,80

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Set/17	137,91
Ago/17	63,56
Jul/17	58,34
Jun/17	79,83
Mai/17	82,02

VENCIMENTO 26/10/2017 **TOTAL A PAGAR** R$ 11,69

9019-2

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
26 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Comprovante de residência

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

NET

ALEXANDRA CESAR DUARTE
AV MARIA ROSA, 00058,
MANAIRA
58038-460 JOAO PESSOA PB

Código NET	Vencimento	Valor
907/013314867	25/09/2017	194,64
CPF/CNPJ	Forma de Pagamento	
046.502.754-74	BOLETO BANCÁRIO	

PARA 2ª VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSE NET.COM.BR

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

Declaração Circular SUSEP

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] 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 COAF[2]**.

[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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ALEXANDRA CESAR DUARTE inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Emilson Estevão do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.989.654 / 12, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima Emilson Estevão do Nascimento, inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.989.654 / 12, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
AV. Maria Rosa		58	
Bairro: Manaíra	Cidade: João Pessoa	Estado: PB	CEP: 58038-460
Email: alexandraesaarduarte@hotmail	Telefone comercial(DDD): (83) 3512-8500	Telefone celular (DDD): 99105-5363	

João Pessoa, 14 de Dezembro de 2017
Local e Data

Alexandra Cesar
Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Documentacao medico – ho

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	GENILSON ESTEVAN DO NASCIMENTO
DADOS DE NASCIMENTO	19/01/83
NOME DA MÃE	MARIA DIONISIA DO NASCIMENTO

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	995.059
Nº PRONTUARIO	
DATA DO ATENDIMENTO	19/04/17
HORA DO ATENDIMENTO	18:16
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ATROPELAMENTO
DIAGNÓSTICO (S)	TCE LEVE + CONTUSÃO DO JOELHO E
CID 10	S 00.9 + S 80.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital com história de vítima de atropelamento (colisão moto x bicicleta), encaminahdo da UPA 24h de Santa Rita-PB, apresentando TCE + cefaléia e 1 episódio de vômito, além de dor em joelho E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
RX do joelho E - AP e P

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

TRATAMENTO:

Sem alteração à TC e ao RX. Realizado atendimento e tratamento conservador aos cuidados da Neurocirurgia e Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR:	19/04/17
DATA DA EMISSÃO:	20/07/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO CLÍNICO GERAL
CRM 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome		
GENILSON ESTEVAN DO NASCIMENTO		Prontuario
Data de 19/01/1983	Nº Boletim Emergencia 995059	

Material a examinar

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL ESQUERDA

19/04/17

19:00

Pedro

TOMOGRAFIA

TIPO ... 19/04/17

DATA ...

HORA ... 19:00

NOME TÉC. RAD.: Pedro

ASS.:

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

26 DEZ 2017

PROTOCOLO DE PESSOA

João Calixto da Silva Filho
Medico Cirurgião Geral
CRM-PB 3650
CREMEPE 9890

19 de Abril de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional

ORTOPEDIA

ONTOPEDIA

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

VERMELHA, S/N -
CNES: 6121221 - Tel.:

Paciente: GENILSON ESTEVAN DO NASCIMENTO		BAE: 995059	Data/Hora Entrada: 19/04/2017 18:16:20	Data Baixa
Data de nascimento: 19/01/1983	Idade: 34	Sexo: Masculino	CNS	Telefone de Contato: (83) 996190532
Mãe: MARIA DIONISIA DO NASCIMENTO				Prontuário
Endereço: Jericó, 76		Bairro: Municípios	Município: SANTA RITA	UF: PB
Acidente: VEICULO X MOTO	Motivo: ATROPELAMENTO		Profissional: JOSE CALIXTO DA SILVA FILHO	Nº Cons. Regional: 3650/PB
Data/Hora Classificação: 19/04/2017 18:16:20			Data/Hora Prescrição: 19/04/2017 18:23:15	

Anamnese

ACIDENTE MOTO X CARRO TRAZIDO POR AMBULANCIA REFERE CEFALEIA AO EXAME TORAX E ABDOMEN NORMAL ECG 15

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dr. José Calixto da Silva Filho
Medico Cirurgião
CRM PB 3650
CREMEPE 9890

JOSE CALIXTO DA SILVA FILHO

GENILSON ESTEVAN DO NASCIMENTO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO DA PARAÍBA

UPA 24h

TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

NOME: genilson Estevão do Nascimento IDADE: 34 anos

DESTINO: HETS HL DATA E HORA DA ADMISSÃO: 19/4/17 ÀS ____ H

CONTATO PRÉVIO: Dama DATA E HORA DA TRANSFERÊNCIA: 19/4/17 ÀS ____ H

HISTÓRIA CLÍNICA/EXAME CLÍNICO

PA: ____ FR: ____ FC: ____ TEMPERATURA: ____

Paciente sofreu colisão de moto com bicicleta, apresentou TCE e episódio de vômito.

Consciente e orientado

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA/HORÁRIO

EXAMES REALIZADOS/RESULTADOS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA – INDICAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

TCE

TC de crânio + Avaliação c/ Neuro

OBSERVAÇÕES:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

ASSINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO:

PREFEITURA DA PARAÍBA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Senha:

DATA/HORA DA RECEPÇÃO: 19/04/2017 - 11:45:22
DATA/HORA DA PRÉ-CONSULTA: 19/04/2017 - 11:58:20

F.A.A. - FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL
Nome: 18655 - GENILSON ESTEVAO DO NASCIMENTO **Nº F.A.A.: 27766**

Sexo: M CNS: Residência: PARÍZA Estado: DN: 19/01/1983 Idade: 34 Anos, 3 Meses, 0 Dias
Mãe: MARIA DIONISIA DO NASCIMENTO Endereço: RUA GERICO 76
Complemento: Bairro: TRIUNFO II Cidade: SANTA RITA CEP:
Tel. Residencial: Tel. Comercial: Contato: Cônjuge:

DADOS DA PRÉ CONSULTA
Informações da pré-consulta: **CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: (X) AMARELO**

Pancada e ferimento na cabeça e ferimento em MIE após colisao bicicleta x moto

Medicamentos em uso:

Hipertensão: ( ) Sim (X) Não Diabetes: ( ) Sim (X) Não Câncer: ( ) Sim (X) Não Pneumopatia: ( ) Sim (X) Não
Transplantado: ( ) Sim (X) Não Alergia: ( ) Sim (X) Não Se Sim, Qual: Outros: ( ) Sim (X) Não
Antecedentes Pessoais:

Gabriella Seixas C. Verandas
Enfermeira
COREN 689.250

T.A.: X Temperatura: Peso: Pressão Arterial Deitado: Pressão Arterial Sentado: Glicemia Capilar: T.E.: LS CONSULTÓRIO
Altura: Kg Altura: m Dor: SEM DOR
Tipo Clínica: CLÍNICA MÉDICA
Prof. Resp. pré-consulta: 689250
GABRIELLA SEIXAS CAVALCANTI

DADOS CLÍNICOS Paciente sofreu colisão moto x bicicleta. Apresentou queda da bicicleta, com TCE
Nega desmaio, convulsão ou vômitos
Consciente, orientado

EXAMES

DIAGNÓSTICO

CID

PRESCRIÇÃO
Plasil 01 amp. + AD IV. ~~12:50~~
Lipirona 01 amp. + AD IV 12:30
Voltaren 01 amp. IM (Sup)
Verificar PA. 150x90

DADOS DA SAÍDA
( ) Alta ( ) Alta a Pedido/A Revelia ( ) Desistência ( ) Rodízio ( ) Internação
( ) Encaminhado a ...
( ) Transferido para: ...
( ) Óbito até 24 horas ( ) Óbito + 24hs ( ) UTI ( ) SVO ( ) DO 89

DATA E HORA: 19/04/17

Assinatura do Paciente/Responsável
Assinatura e Carimbo do Profissional
Atendente Responsável na Recepção: WELLYNA TAVARES MIRANDA ALBUQUERQUE
Local: João Pessoa, Sítio Tambiá, Santa Rita, PB, 19/04/2017

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Letão Desenvolvimento de Sistemas

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Senha:

DATA/HORA DA RECEPÇÃO: 19/04/2017
DATA/HORA DA PRÉ-CONSULTA: 19/04/2017

F.A.A. - FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL
Nome: 18655 - GENILSON ESTEVAO DO NASCIMENTO **Nº F.A.A.: 27766**

Mãe: MARIA DIONISIA [illegible] Pai: CARLA Data: 19/01/1982 Sexo: M
Complemento: Bairro: TIRIRI Endereço: RUA CLERICO [illegible]
Fone Residencial: Fone Comercial: Cidade: SANTA RITA UF: PB
Contato: Cidade:

DADOS DA PRÉ CONSULTA
Informações da pré-consulta: **CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: (X) AMARELO**

Pancada e ferimento na cabeça e ferimento em MIE após colisao bicicleta x moto

Alergia medicamentosa:

Hipertensão: ( ) Sim (X) Não Diabetes: ( ) Sim (X) Não Cardiopata: ( ) Sim (X) Não
Pneumopatia: ( ) Sim (X) Não Asmático: ( ) Sim (X) Não Se Sim, Qual: Gestante: ( ) Sim (X) Não
Outros: ( ) Sim (X) Não

Gabriella Seixas C. Varandas
Enfermeira
COREN/PB 689.250

F.A.A.: Data: Hora: Leito: Atend.: Sala:
Tipo Clínica: CLÍNICA MÉDICA SEM DOR
Prof. Resp. pré-consulta: 689250
GABRIELLA SEIXAS CAVALCANTI

DADOS CLÍNICOS Paciente sofreu colisão ~~com~~ moto x bicicleta. Apresentou queda da bicicleta, com TCE Nega desmaio, convulsão ou vômitos Consciente, orientado

EXAMES

DIAGNÓSTICO

CID

PRESCRIÇÃO Plasil 01 amp. + AD IV. ~~12:50~~
Lipirona 01 amp. + AD IV ~~12:30~~
Voltaram 01 amp. IM (Surp)
PA. 140x90

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DADOS DA SAÍDA
( ) Alta ( ) Alta a Pedido ( ) Transferência ( ) Rejeição ( ) Internação
( ) Transferência Interna
( ) Óbito até 24 horas
( ) Óbito após 24 horas

DATA E HORA: 19/04/17

Assinatura do Médico Responsável
Médico Responsável na Recepção: WELLYNA TAVARES MIRANDA ALBUQUERQUE
Assinatura e Carimbo do Profissional

Página 1 de 1

Documentos de identificaca

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DIP-143

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RG 3 6 7 4 2 1 DATA DE EXPEDIÇÃO 2 OUT 2002

NOME GENILSON ESTEVAN DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO José Estevam do Nascimento
Maria Dionisia do Nascimento

NATURALIDADE Guarabira- PB

19-01-1983
DATA DE NASCIMENTO

TÍTULO DE ORIGEM Cert de Nasc. Nº 7552m, Fls 234, Livr- 8- Cart de Belém- PB

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

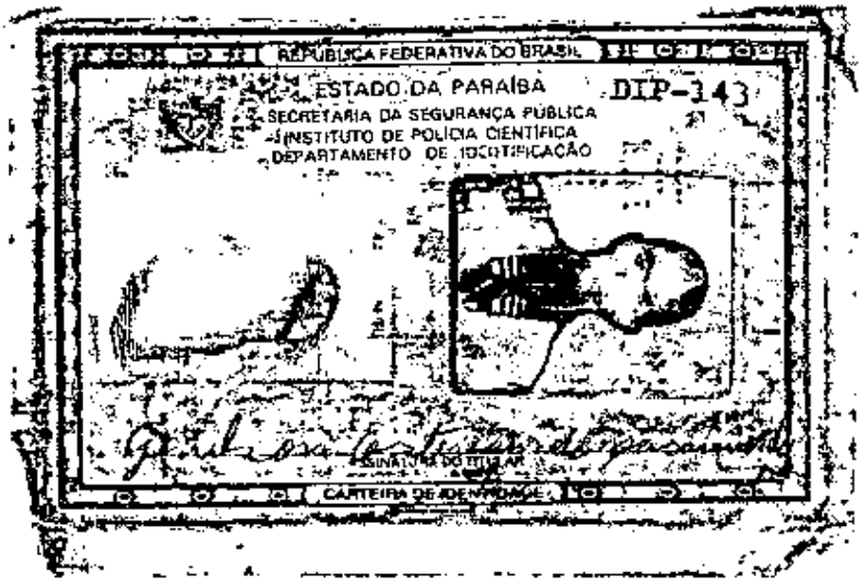
Cadastro de Pessoas Físicas

056.989.654-11

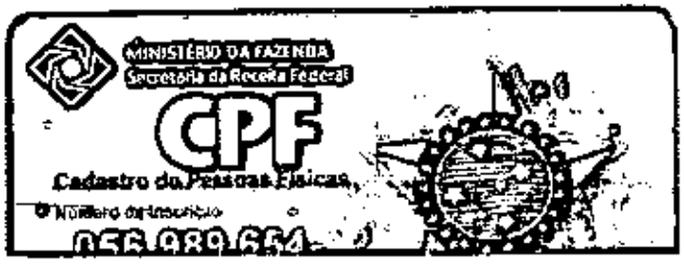
Nome
GENILSON ESTEVAN DO NASCIMENTO

Nascimento
19/01/1983

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
26 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CARTEIRA DE IDENTIDADE DE ADVOGADO

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

- O A B -

O documento de identidade profissional, na forma previsto no Regulamento Geral, é de uso obrigatório no exercício da atividade de advogado ou de estagiário e constitui prova de identidade civil para todos os fins legais.
(Art. 13 da Lei nº 8.906, de 04/07/1994)

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
Conselho Seccional
da Paraíba

Inscrição nº
14438
Nome
ALEXANDRA CESAR DUARTE
Filiação
ALEXANDRE DE ARAÚJO DUARTE e MARCIA CESAR DUARTE
Naturalidade
RIO DE JANEIRO-RJ
Nacionalidade
BRASILEIRA
Data de Nascimento
21/08/1982
Data do Compromisso na O.A.B.
17/12/2008
Data da Colação de Grau
30/07/2007
Data de Expedição
12/01/2009

JOSÉ MARIO PORTO JÚNIOR
PRESIDENTE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF
Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição
046.502.754-74
Nome
ALEXANDRA CESAR DUARTE
Nascimento

POLEGAR DIREITO

07833220

Assinatura do Titular da Carteira

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180008928
Cidade: Santa Rita
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: GENILSON ESTEVAN DO NASCIMENTO
Data do acidente: 19/04/2017
Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: TCE e Contusão Joelho Esquerdo

Descrição do exame médico pericial: Paciente apresenta queixa de dor de cabeça frequente e episódios de epistaxe. Refere também dor no joelho esquerdo após o referido acidente.
Sem deficit cognitivo, sem deficit motor. Neurológico normal.
Apresenta testes de lesão de menisco medial e lateral positivo. Flexão joelho 0-110º. Força diminuída joelho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Paciente submetido tratamento conservador de TCE e de contusão joelho esquerdo. Refere tonturas e cefaleias constantes que melhoram com dipirona e dor e limitação funcional joelho esquerdo.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 21/05/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau leve do joelho devido a limitação da flexão (110 graus) e testes para lesão de menisco positivos.
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Douglas Michalane Pires Teixeira

CRM do médico: 5336

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R$ 843,75
		Total	**6,25 %**	**R$ 843,75**

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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: ***3180008928***

Nome do(a) Examinado(a): ***GENILSON ESTEVAN DO NASCIMENTO***

Endereço do(a) Examinado(a): ***Rua Jerico, 76 - Tibiri - Santa Rita - PB - CEP 58302-145***

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***SSP /PB***] ***3067421***

Data e local do acidente: [***19/04/2017***]

Avenida João Pessoa, próximo Igreja Deus é Amor Tibiri 2, Santa Rita PB

Data e local do exame: [***21/05/2018***] ***João Pessoa*** [***PB***]

Resultado da Avaliação Médica

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

TCE + Contusão Joelho Esquerdo

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

Paciente submetido tratamento conservador de TCE e de contusão joelho esquerdo. Refere tonturas e cefaleias constantes que melhoram com dipirona e dor e limitação funcional joelho esquerdo.

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

Paciente apresenta queixa de dor de cabeça frequente e episódios de epistaxe. Refere também dor no joelho esquerdo após o referido acidente. Sem deficit cognitivo, sem deficit motor. Apresenta testes de lesão de menisco medial e lateral positivo.

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

[***X***] Sim [ ] Não

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

[***X***] Sim [ ] Não

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

Teste da Gaveta anterior e posterior negativo, teste clinico positivo para lesão meniscal medial e lateral Appley e MCMurray. Flexão joelho 0-110º. Força diminuída joelho esquerdo. Neurológico normal (ausência de deficit sensitivo e ou motor. Sem deficit cognitivo.

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, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° 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.

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

( ) "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 ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Joelho Esquerdo
% do dano: ( ) 10% residual (X) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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

Douglas Teixeira

Douglas Michalane Pires Teixeira - CRM: 5336 - PB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180008928
Cidade: Santa Rita
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: GENILSON ESTEVAN DO NASCIMENTO
Data do acidente: 19/04/2017
Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE E CONTUSÃO EM H]JOELHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

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
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180008928
Cidade: Santa Rita
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: GENILSON ESTEVAN DO NASCIMENTO
Data do acidente: 19/04/2017
Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: TCE e Contusão Joelho Esquerdo

Descrição do exame médico pericial: Paciente apresenta queixa de dor de cabeça frequente e episódios de epistaxe. Refere também dor no joelho esquerdo após o referido acidente.
Sem deficit cognitivo, sem deficit motor. Neurológico normal.
Apresenta testes de lesão de menisco medial e lateral positivo. Flexão joelho 0-110º. Força diminuída joelho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Paciente submetido tratamento conservador de TCE e de contusão joelho esquerdo. Refere tonturas e cefaleias constantes que melhoram com dipirona e dor e limitação funcional joelho esquerdo.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 21/05/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau leve do joelho devido a limitação da flexão (110 graus) e testes para lesão de menisco positivos.
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Douglas Michalane Pires Teixeira

CRM do médico: 5336

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R$ 843,75
		Total	**6,25 %**	**R$ 843,75**

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Genilson Estevam do Nascimento, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Repositor, CI RG nº 3067421, CPF/MF nº 056.989.654-12, residente e domiciliado(a) à Rua Jericó Nº 76, Cidade de Santa Rita, Estado, CEP: 58302145, telefone 99619-0532, 99929-2669 83-3512-8500

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar pericias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Santa Rita, 23 de Outubro de 2017.

DOURADO DE AZEVÊDO

Genilson Estevam do Nascimento

OUTORGANTE

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
16 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOURADO DE AZEVÊDO
Serviço Notarial e Registral
Rua Sebastião Leite, nº 27 - Centro - Sede Santa Rita - PB
Fone: (83) 3229-2252
Selo Digital de Autenticidade: 6710170-AF62