

Rio de Janeiro, 30 de Junho de 2017

Carta nº: 11230824

A/C: JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170336345 ASL-0233118/17**  
**Vitima: JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO**  
**Data Acidente: 10/02/2017**  
**Natureza: INVALIDEZ**  
**Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS**

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2017

Carta nº: 11249088

A/C: JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO

**Sinistro:** 3170336345 ASL-0233118/17  
**Vítima:** JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO  
**Data Acidente:** 10/02/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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](http://www.seguradoralider.com.br).

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2017

Carta nº: 11325388

A/C: JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO

Sinistro: 3170336345 ASL-0233118/17  
Vítima: JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO  
Data Acidente: 10/02/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

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: **JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000000617**

Conta: **000005256-2**

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 tornozelo 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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





AUTO-ATENDIMENTO - Ag. Cabo Branco/PB  
DATA: 24/05/2017 HORA: 09:47:59  
TERMINAL: 00361077- CONTROL: 003610770067

AGÊNCIA: 0617 - MINISTRO JOSE AMER  
CONTA : 013.00005256-2  
CLIENTE: JOSIAS G. DA SILVA FILHO

SALDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS DE POUPEANCA POR DATA LIMITE  
DEPOSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012  
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA	VALOR
28/04	
12/05	

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012  
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA	VALOR
28/04	

RESUMO EM 23/05  
SALDO

SALDO TOTAL

O PAGAMENTO DO ABDNO SALARIAL 2016/2017  
ENCERRA EM 30/06/2017. CONSULTE VIA  
APP CAIXA TRABALHADOR OU 0800-726 0207

"Pense antes de imprimir, conserve o meio  
ambiente! Consulte o saldo em tela!"

Informações, reclamações, sugestões e elogios  
SAC CAIXA: 0800-726 0101  
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474  
www.caixa.gov.br

## DECLARAÇÃO

Eu, JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO,  
Portador (a) do RG nº 1.029.715, e do CPF nº 136.936.711-87,  
**DECLARO**, Para os devidos fins, junto a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO  
SEGURO DPVAT S/A, que estive presente na Agência do BANCO: CAIXA E. FEDERAL,  
e a conta de minha titularidade nº 5256-2, agência nº 0617,  
encontra-se ativa desbloqueada e sem limites para movimentação financeira, sendo possível o  
depósito referente à minha indenização do seguro DPVAT. Pelo que firmo a presente.

Josias Gomes da Silva Filho  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

19 JUN 2011

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA****Nº 00920.01.2017.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00920.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:06 horas do dia 16 de maio de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Josias Gomes da Silva Filho**, CPF nº 436.936.794-87, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Motorista, filho(a) de Eunice Gomes da Silva e Josias Gomes da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 02/05/1965 (52 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Av. Aragão e Melo, Nº 377, complemento casa, bairro Torre, tendo como ponto de referência Proximo Ao Mercado, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98888-3132.

**Dados do(s) Fatos:**

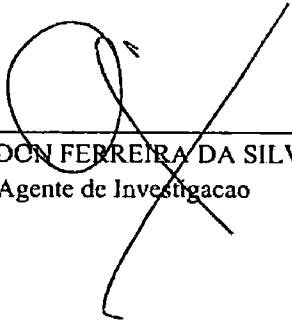
Local: Rua Barão de Mamanguape, Outros, João Pessoa/PB, bairro Torre; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 10/02/17 16:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA NXR 150 BROS ESD, DE COR PRETA, ANO 2013, PLACA OFY-4224-PB, CHASSI Nº 9C2KD0540DR127311, EM NOME DO NOTICIANTE, QUANDO CAIU DA REFERIDA MOTOCICLETA, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS DE MANGABEIRA, CONFORME CERTIDÃO ASSINADA PELA DRA. ROSANGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM 3883-PB, DATADO DE 13/03/2017, O NOTICIANTE NÃO DESEJA REPRESENTAR.

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 fê.

João Pessoa/PB, 16 de maio de 2017.

  
\_\_\_\_\_  
CLEODON FERREIRA DA SILVA  
Agente de Investigação

  
\_\_\_\_\_  
JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO  
Noticiante

19 JUN 2017

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO portador da carteira de identidade nº 1.029.745 e inscrito no CPF/MF sob o nº 436.936.794-87 residente e domiciliado na RUA RAGAS O MEU, 377 - TORRE Cidade JUNESSEIA Estado PARANÁ 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:

- ( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a 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 §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Josias Gomes da Silva Filho

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Abreu e Lima/PB 16/06/2017

Local e data

19 JUN 2011

SECRETARIA DE DIRETORIA





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
 SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAN



SAMU  
 192



0003

CNPJ 08.806.754/0015-40  
 SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
 Av. Diógenes Chianca, 1777  
 Água Fria - CEP 58053-900  
 João Pessoa - PB

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 705/032, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1598692, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO**, idade 52 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 10/02/2017, na Av. Barão de Mamanguape, Bairro: Torre - João Pessoa - aproximadamente às 15:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 11 de Maio de 2017.

*Jefferson da Rocha Augusto*  
 Estatístico  
 CREIS nº 10171

Jefferson da Rocha Augusto  
 Matrícula: 67.155-6  
 Coordenação do SAME  
 SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB  
 Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125

# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO

RG nº 1.029.745, data de expedição 19/05/2011 Órgão SS DS/PS

CPF nº 436.936.794-87, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA ARAGÃO E MELLO</u>
Número	<u>377</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>TORRE</u>
Cidade	<u>JOAS PESSOA</u>
Estado	<u>PARANÁ</u>
CEP	<u>58.040-102</u>
Telefone de Contato	<u>81-3538-0063-98721-5834</u>
E-mail	<u>valvino@hotmaif.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Abreu e Lima/PE 16/06/2018

Assinatura do Declarante: Josias Gomes da Silva Filho

19 000 001

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA  
 Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
 CEP 58115-570 - CNPJ 09.123.456.789-00

NÚMERO DE MATRÍCULA

186775

REFERÊNCIA

MAI/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

JOSIAS GOMES DA SILVA  
 RUA ARAGAO E MELO 1

TORRE 58040-102  
 JOAO PESSOA

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
001.61.325.0117	0	1	0	0	0	186775
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y15N463602	05.01.2016	2	LIGADO	LIGADO		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m <sup>3</sup> )	NUM. DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA		
98	103	10	32	04/06/2017		
HIST. DE CONS. / ANOR. LETT.	QUALID. DA ÁGUA	DECRETO 2.914/2011-MS.				
NOV/2016	7	0	PARANETROS	EXIG	ANALIS.	CCNFORNES
DEZ/2016	7	0	TURBIDEZ	294	267	67
JAN/2017	8	0	COR	77	106	06
FEV/2017	7	32	CLORO	04	267	67
MAR/2017	3	0	COL. TERMO	0	0	0
ABR/2017	6	0	COL. TOTALIS	197	267	67
MEDIA(M)	6	DADOS REFERENTES A FEV/2017				

DATA DA LEITURA: 08/05/2017      HORA DA LEITURA: 10:26:32  
 DESCRICAO      CONSUMO VL AGUA    VL ESGOTO    TOTAL(R\$)  
 RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m    10    36,34    29,47    R\$66,31

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$6,13 PIS E COFINS, LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 02.06.2017      Total a Pagar: R\$66,31

v. 16.11 R. 1.0

CONDICAO DE LEITURA REALIZADA  
 CONDICAO DO FATURAMENTO REAL      TIPO DE TARIFA NORMAL

POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES):  
 EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.

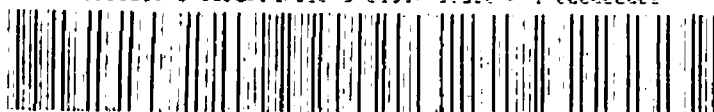
INFORMACOES GERAIS:

Em conformidade com art 3 da lei 12.827/2008, informamos que não há pendencia ou futura vencida para esta matrícula.  
 Esta declaracao substitui a comprovacao das faturas pagas com vencimento ate 31.12.2016.

**CAGEPA**

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
186775	MAI/2017	02.06.2017	R\$66,31

82690200200-9 6634010310-3 01307 5251000 17020000002-7



19 JUN 2017



CLIENTE: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS  
R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-17  
INSCRIÇÃO: 165-135-120-0443-000 GRUPO: 7-DEB-AUTOMATICO-103668667  
LIGADO POTENCIAL

A11F277112 02/03/2017 30/03/2017 MEDIA: HD

AGUA:  
LEIT ANT: 31 CONSUMO:3  
LEIT ATU: 31  
LEIT FAT: 31 HD PARADO

HISTORICO DE CONSUMO

REFERENCIA CONSUMO

02/2017	03
01/2017	03
12/2016	03
11/2016	05
10/2016	02
09/2016	03
MEDIA:	03

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.974/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	48	48	48
COR APARENTE	48	48	46
CORO RESIDUAL	48	48	44
COLIF. TOTAIS	48	48	46
E. COLI	48	48	48

Qualidade de Agua: [www.compesa.com.br](http://www.compesa.com.br)  
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDICÖES SANITARIAS DA AGUA  
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDICÖES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRICAO DOS SERVICOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	2 M3	40,18
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	1 M3	59,11
MULTA P/IMPONTUALIDADE 02/2017		2,22
JUROS DE MORA 12/2016		0,93

99,29	1,65	1,64
89,28	7,00	7,35

VENCIMENTO: 17/04/2017 TOTAL A PAGAR: 102,44

MENSAGEM:



## DECLARAÇÃO

### Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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.

Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. 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 **ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS**, portador(a) do RG Nº **7.742.986**

Expedido por **SDS/PE**, em **26/01/2005**, CPF/CNPJ nº **884.647.684-00**, na qualidade de

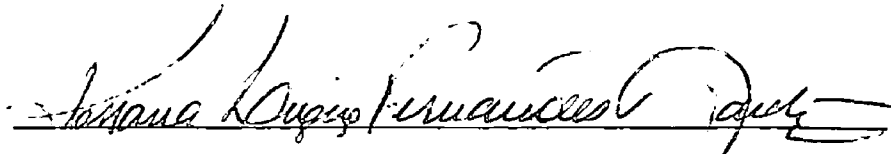
Procurador (a) /intermediário (a) do beneficiário (a)  
JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO. do  
sinistro de DPVAT da natureza **INVALIDEZ** da vítima  
JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO, e conforme

Determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: **recuso-me**

Renda Mensal: **recuso-me**

Documentos comprobatórios: **HABILITAÇÃO E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA**

  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



## CERTIDÃO

Nº. 0353/2017

Atendendo solicitação de **JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO** e 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 5142 pertencente ao mesmo que foi atendido dia 10/02/17 as 16:H24min paciente vítima de acidente de moto trazido pelo SAMU, refere dor em membro inferior direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem, que evidenciou fratura de tibia direita. Medicado, realizado imobilização e liberado.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 13 de março de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida

Médica da Vigilância à Saúde

CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde

CRM/PB 3883

13 JUN 2017

UNIDADE MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY  
CATEGORIA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
8056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980  
RUA: ( ) CNPJ:

Ficha Nr: 5142 Atd: Nao Regula  
Data: 10/02/2017  
Hora: 16:24:48  
Recepcionista: MARIA HELENA R. ALEXA  
Clínica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO  
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1029745 Fone: 988883132  
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 02/05/1965 Id: 51 ano(s)  
End.: AVENIDA ARAGAO E MELO - ATE 679/680,377  
Bairro: TORRE Cidade: JOAO PESSOA UF: PB  
Mãe: EUNICE GOMES DA SILVA  
Raça: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO  
Ocupação: MOTORISTA (FORA EXCECOES)  
INFORMACOES DE ENTRADA  
Resp.: IRMAO/JOSELITO GOMES DA SILVA  
Rel/Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD  
Procedencia: RUA

Num. de vezes atendido: 1  
Num. Prontuario: 2017.02.002371

**FAZENDO**

Pai: JOSIAS GOMES DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO AS 14:30H NA RUA ARAGAO E MELO

Vitima de violência por: NA TORRE

Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

FR:  
TP:  
Peso: Altura:  
Glicemia: IMC:  
Circ. Abd: .02%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Aparentemente Bem  Grave  
 Politraumatizado  Convulsao  
 Hemorragia  Dispineia  
 Diarreia  Agitado  
 Regular  Chocado  
 Vomito

Observacao

Queixa Principal,

ACIDENTE DE MOTO, TRAUMA EM M/D - NEGA TRAUMA NA CABECA!

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Port. pulso e sruco normais.  
F. S. - f. s. - a. s.

Diagnostico

Lesão de contusão  
at

Prescricao

Horario da medicacao

19 JUN 2011

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Dtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

030101007-2  
030101004-8  
030309020-0

19 JUN 2011

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

pede-se mant as anotações  
(segunda) + 15% fosc  
a 11 + 2X fosc de 12

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

Dr. José Carlos de Almeida  
Especialista em Ortopedia e Traumatologia  
CRM - 1798





0012

Componente de identidade

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

**NOME**  
 JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO

**DOC. IDENTIDADE / OFD EMISSOR UF**  
 1029745 SSP PB

**CPF** 436.936.794-87 **DATA NASCIMENTO** 02/05/1965

**FILIAÇÃO**  
 JOSIAS GOMES DA SILVA  
 EUNICE GOMES DA SILVA

**PERMISSÃO**  **ACC**  **CAI HAS**   
  **AC**

**Nº DE TIPO** 03528459062 **VALIDADEZ** 03/03/2020 **1ª HABITAÇÃO** 23/07/1986

**OBSERVAÇÕES**

*Josias Gomes da Silva*  
 ASSINATURA DO PORTADOR

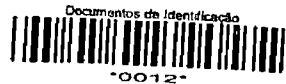
**LOCAL** JOAO PESSOA, PB **DATA EMISSÃO** 04/03/2015

*[Signature]*  
 ASSINATURA DO EMISSOR 74918461152  
 PB030262089

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1030161047

PROIBIDO PLASTIFICAR 1030161047

19 JUN 2011



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

ROSEANA LÍCIA FERNANDES DANTAS

DOC. IDENTIDADE / C.C. RACIONAL / UF  
 7743985 SSP PE

CPF: 884.547.684-00 DATA NASCIMENTO: 07/04/1973

FUNÇÃO: SEBASTIAO RADIR DANTAS

TRACIA FERNANDES DANTAS

PERMISSÃO: ACC CAT. 02 AD

REGISTRO: 02399567247 VALIDADE: 23/03/2021 PROROGAÇÃO: 28/06/2002

ORGANIZAÇÃO SEM observação

*[Assinatura]*

LOCAL: PAULISTA - PE DATA EMISSÃO: 28/02/2016

*[Assinatura]* 50081648103 PROY1727680

PROIBIDO PLASTIFICAR 1222242405

19.03.1



-0007-

**DETRAN - PB** Nº **012506793803**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA: **NOVO** COD. RENAVAM: **00531967506** EXERCÍCIO: **2016**  
 00000000000

**JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO**

PLACA: **43693679487** OFY4224/PB

NOVO **PE 9C2KD0540BR127311**

**PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC** COMBUSTÍVEL: **ALCO/CASOL**

ANO FAB: **2013** ANO PRO: **2013**

2 P/149 /CI **PARTIC** COR PREDOMINANTE: **PRETA**

**IPVA PAGO EM 28/04/2016**

FAIXA IPVA: **0** PARCELAMENTO / COTAS: **2**

PREMIO TARIFARIO (RS): **\*\*\*\*\*** JOF (RS): **\*\*\*\*\*** PREMIO TOTAL (RS): **\*\*\*\*\*** DATA DE PAGAMENTO: **04/03/2016**

**SEGURO PAGO**

OBSERVAÇÕES: **A.F. ADM DE CONC. NACION. HONDA LTDA**

**JOAO PESSOA PB** DATA: **28/04/2016**

54402

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT**

**PB Nº 012506793803 - BILHETE DE SEGURO DPVAT**

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

[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)  
 SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: **2016** DATA EMISSÃO: **28/04/2016**

VIA: **NOVO** CPF / CNPJ: **43693679487** PLACA: **OFY4224/PB**

FILNAVAM: **00531967506** MARCA / MODELO: **HONDA/NXR150 BROS ESD**

ANO FAB: **2013** CAT. TARIF: **9** CHASSI: **9C2KD0540BR127311**

**PREMIO TARIFARIO**

FNS (RS): **\*\*\*\*\*** DENATRAM (RS): **\*\*\*\*\*** CUSTO DO SEGURO (RS): **\*\*\*\*\***

CUSTO DO BILHETE (RS): **\*\*\*\*\*** JOF (RS): **\*\*\*\*\*** TOTAL A SER PAGO PELA SEGURADORA (RS): **\*\*\*\*\***

**SEGURO PAGO**

PAGAMENTO:  COTA ÚNICA  PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: **04/03/2016**

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ: 09.248.608/0001-04  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

54402-1022059-20160428

19 JUN 2011

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170336345

**Cidade:** João Pessoa

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO

**Data do acidente:** 10/02/2017

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/07/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE TIBIA DIREITA E LUXAÇÃO DE TORNOZELO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**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

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170336345

**Cidade:** João Pessoa

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO

**Data do acidente:** 10/02/2017

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

**Descrição do exame médico pericial:** VÍTIMA REFERE DOR NO TORNOZELO. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 06/07/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andre Lopes Soares

**CRM do médico:** 6144

**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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## PRESTADOR

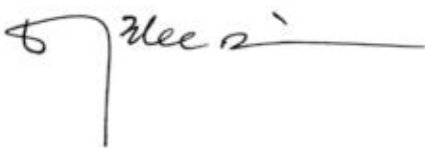
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PROCURAÇÃO PARTICULAR



## BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: DIVORCIADO  
Profissão: MOTORISTA  
Identidade: J.029.745 CPF: 436.936.794-87  
Endereço: RUA ARAGAC E MELO Nº 377. TORRE  
JOÃO PESSOA - PB - CEP 58.040-102.

## PROCURADOR:

Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS  
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA  
Profissão: Empresária  
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00  
Endereço: AV. JOAQUIM NABUCO, Nº 200, TIMBO, ABREU E LIMA -PE

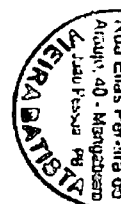
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, enfim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro do beneficiário/vítima, até o de sua liquidação, dando por fiel cumprimento deste Mandato.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Josias G. da Silva Filho  
Local e data

CARTORIO  
VIEIRA BATISTA

Josias G. da Silva Filho  
Assinatura do Beneficiário/Vítima  
(Reconhecer firma por autenticidade)



Reconheço, como autêntica e verdadeira a(s) Escritura(s) de  
JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO  
Em test. da verdade, João Pessoa - PB, em 02 de 07 de 2017.  
Josélio Alves Batista - ESCRITURANTE ALIBERADO  
[2017-024307] ESCRITURA Nº 23 FOLHA Nº 0,27 EEPJ 886  
SELO DIGITAL: AF06159-A129

SERVIÇO NOTARIAL "GERAR JUSTIÇA" CORRUBIDENTAL



**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**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO** Sinistro: **3170336345** Data: **10/02/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **R PROF ARNALDO DE BARROS MOREIRA, 8, 8 - MANGABEIRA - João Pessoa - PB - CEP 58055-620**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **1029745**

Data local do exame: [ **06/07/2017** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**FRATURA DISTAL DA TÍBIA DIREITA. VÍTIMA REFERE DOR NO TORNOZELO. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO TORNOZELO DIREITO.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V\*), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V\*)

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**Limitação funcional do tornozelo direito**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

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

( ) "Exame não permite conclusão"  
Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):  
**Tornozelo direito**

% 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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Andre Lopes Soares - CRM: 6144 - PB