

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO GOMES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180216249**

Vitima: **FABIO GOMES DA SILVA**

Data do Acidente: **04/02/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180216249**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12808918



Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO GOMES DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180216249**
Vitima: **FABIO GOMES DA SILVA**
Data do Acidente: **04/02/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180216249**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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

Carta nº 12884212



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0721204 ou 0800 231146 (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 ou 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

015 166 184 75

Nome completo da vítima

Fabio Gomes da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Fabio Gomes da Silva</u>		CPF titular da conta	Profissão
Endereço <u>R. Leon Souto</u>		Número <u>72</u>	Complemento
Bairro <u>Santo</u>	Cidade <u>Aracaju de Esp. Santo</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58357-000</u>
Email		Telefone (DDD) <u>3254 1066</u>	

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

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Somente em bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	
AGÊNCIA NR. <u>3914</u> (informar dígito se existir)	DIV.	CONTA NR. <u>97964</u> (informar dígito se existir)	DIV. <u>7</u> (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.

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Fabio Gomes da Silva 9 de outubro de 2017
Local e Data

Fabio Gomes da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SINCOR/PB
11 MAIO 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL



SINCOR/PB

11 MAIO 2018



PODER EXECUTIVO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA
DELEGACIA DISTRITAL DE ESPÍRITO SANTO

CONFERIDO COM O ORIGINAL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Certifico, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo neste Cartório desta unidade policial o livro 01/2017, passo a transcrever na íntegra a ocorrência de Nº 112. Ao (s) 04 dias(s) do mês de Abril do ano de 2017, nesta cidade de Espírito Santo/PB, na Delegacia Distrital, onde se achava presente o Francisco de Assis Araújo, Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão oficial signatário, por volta das 10:44 hs, Compareceu o Sr FABIO GOMES DA SILVA, Brasileiro, CASADO, natural de Santa Rita/PB, com 30 anos de idade, data de nascimento 26/02/1986, Vigilante, RG 3.041.166 SSP/PB, CPF 015.166.184-75, Ensino Médio Completo, Filiação: Manoel Gomes da Silva e de Maria de Fátima Gomes da Silva, Residente: Cezar Cartaxo nº 72/Centro/ Cruz do Espírito Santo/PB. Que, no dia 04/02/2017, por volta das 00:40 hs, quando trafegava na PB 004, nas proximidades da Cerâmica na sidade desta cidade. Que o noticiante ia como carona no veículo ESP/CAMIONETE/ABERT/ CC.DUP DE PLACA QFB 4396/PB ANO 2014/2014, CHASSI 8AJFY29GXE8562865, RENOVAM 010118085-8 DE COR PRTRA EM NOME DE ROSANGELA COSTA PEREIRA. E na curva ocorreu uma derrapagem, saindo fora da pista e seguindo a capotagem, Que, o noticiante, foi socorrido pelo BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR 3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES, com a VTR PREFIXO AR-39, tendo como chefe o CB BM DENIS LIMA DE SOUZA, Mat. 521.611-7, CONSTATOU NO LOCAL QUE A VÍTIMA ENCONTRAVA-SE, CONSCIENTE ORIENTADO, APRESENTANDO DOR NO TORAX, E APÓS OS PROCEDIMENTOS DE IMOBILIZAÇÃO A REFERIDA GUARNIÇÃO A TRANSPORTOU NA VIATURA ACIMA CITA PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA, TENDO COMO BOLETIM DE ENTRADA Nº 978.632, DATA DO ATENDIMENTO 04/02/2017, HORA DO ATENDIMENTO 03:42 HS, MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE AUTOMÓVEL, DIAGNOSTICO: CONTUSÃO TORÁCICA, AVALIAÇÃO INICIAL; DADOS EXTRAÍDOS DO BOLETIM DE ENTRADA. PACIENTE FOI ATENDIDO NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE DE AUTOMÓVEL GASKOW 15, COM TRAUMA TORÁCICO. EXAME SOLICITADOS: RX DE TÓRAX, RESULTADO DOS EXAMES/ S EM LAUDO 9 RADIOLÓGICO, Médico que assinou o laudo DR. JOSÉ ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB. Ciente das implicações contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade. Dou fé.

Cruz do Espírito Santo, 04 de Abril de 2017.

Noticiante Fabio Gomes da Silva

Escrivão (AD HOC) 93828-0

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Fabio Gomes da Silva,

RG nº 3041166, data de expedição / / , Órgão ,

CPF nº 0516618475, 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 Reson Bontas</u>
Número	<u>72</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Cruz do Espírito Santo</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58337-000</u>
Telefone de Contato	<u>3254 1066</u>
E-mail	<u> </u>

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB

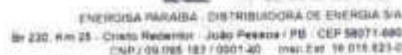
11 MAIO 2018

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 20/09/17

Assinatura do Declarante: Fabio Gomes da Silva

© 2005 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 258: 395–403 395



FABIO GOMES DA SILVA
RUA CESAR CARTAXO 72
CRUZ DO ESPIRITO SANTO

5/66801-2

MAI/2018

07/05/2018

206

14/05/2018

R\$ 123,90



83600000001-5 23900054000-9 00668012018-2 05100055019-7

141052018

R\$ 129,90

60001-2018-05-1



SINCOR/PB

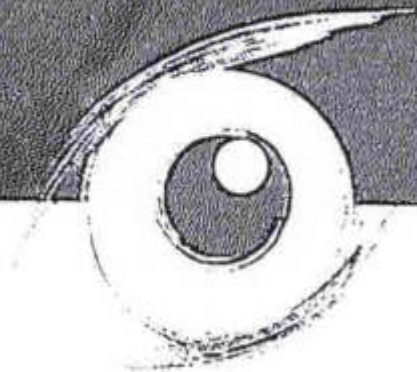
11 MAIO 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Clínica de Olhos Santa Rita

Dr. Raimundo de Oliveira Júnior CRM 4622

Dra. Tatiana Lucena de Oliveira CRM 4720



Laudo oftalmológico



Paciente Fabio Gomes da Silva apresentou comprometimento em olho direito (CID H11.3 e S05.3) após trauma secundário a acidente de carro relatado pelo paciente.

CONFERIDO COM O ORIGINAL

13/02/2017

Tatiana L. de Oliveira
Oftalmologista
CRM 4720

10.000 | 04/2015



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	FABIO GOMES DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	26/02/86
NOME DA MÃE	MARIA DE FATIMA GOMES DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	978.632
DATA DO ATENDIMENTO	04/02/17
HORA DO ATENDIMENTO	03:42
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE AUTOMÓVEL
DIAGNÓSTICO (S)	CONTUSÃO TORÁCICA
CID 10	S20.2

CONFERIDO COM O ORIGINAL

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de automóvel, Glasgow 15. Com trauma torácico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de torax

RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem laudo radiológico.

TRATAMENTO:

Atendimento inicial.

ALTA HOSPITALAR:	04/02/17
DATA DA EMISSÃO:	23/03/17

SINCOR/PB

11 MAIO 2018

Dr. José de Almeida Araújo
CRM: 23298/PB

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



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **015.166.184-75**

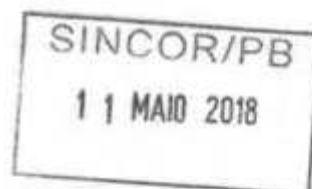
Nome: **FABIO GOMES DA SILVA**

Data de Nascimento: **26/02/1986**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **22/09/2005**

Dígito Verificador: **00**



CONFERIDO COM O ORIGINAL

Comprovante emitido às: **09:23:50** do dia **10/05/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **3E6A.0041.9FDF.19D9**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3041168 DATA DE EXPEDIÇÃO 24 JUL 2002

NOME FÁBIO GOMES DA SILVA

Manoel Gomes da Silva

FLUÍDO

Mário de Fátima Gomes da Silva

Santa Rita IN

20.02.1986 DATA DE NASCIMENTO

Cert. N.º 10306 FL. 135 LIV A-11

Cert. Cruz do Espírito Santo PB.

OF. MARIA DO CARLOS WILSON LUIS LEROUX

JOHN PERON - PB

DIG. DEP. P. DE REG. 18/08/2002

LEI Nº 116 DE 29/08/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA P-519

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Fábio Gomes da Silva

ASSINATURA 11118 AN

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB

11 MAIO 2018

Cadastro de Pessoas Físicas

015416818475

CPF

11118

Assinatura

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190177814 **Cidade:** Crato **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTOMAR AGATANGELO ALENCAR **Data do acidente:** 12/09/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DA MÃO ESQUERDA COM FRATURA DO 5º METACARPO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR (SUTURA/IMOBILIZAÇÃO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180216249 **Cidade:** Cruz do Espírito Santo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 04/02/2017 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM TÓRAX E OLHO DIREITO

Resultados terapêuticos: NÃO FOI POSSÍVEL IDENTIFICAR O TRATAMENTO REALIZADO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: RELATÓRIO MÉDICO COM DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO REALIZADO E SEQUELAS EXISTENTES;

Observações: CIENTE DE SINISTRO ANTERIOR SEM RELAÇÃO COM A SEQUELA ATUAL.

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 ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190177814 **Cidade:** Crato **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTOMAR AGATANGELO ALENCAR **Data do acidente:** 12/09/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DA MÃO ESQUERDA COM FRATURA DO 5º METACARPO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR (SUTURA/IMOBILIZAÇÃO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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