

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



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 LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

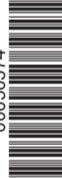
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0771204 ou 0800 2557748 (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 1 "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 (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:

Fábio Gomes da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

 Nome completo:
 Fábio Gomes da Silva

CPF/titular da conta:

Profissão:

 Endereço:
 R. Bento Bentes

 Número:
 72

Complemento:

 Bairro:
 Bento

Cidade:

Aracaju-SE

 Estado:
 PB

CEP:

58357-000

Email:

 Telefone:
 3254 1066

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS
 RECUZO 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

 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

 ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

DIV.

CONTA

NRO.

DIV.

394

97964

7

(Informar digito se existir)

(Informar digito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO

NRO.

DIV.

AGÊNCIA

NRO.

DIV.

SINCOR/PB

CONTA

11 MAIO 2018

(Informar digito se existir)

(Informar digito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o crédito, autorizo a Seguradora Lider 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

goi Pena, 9 de outubro de 2017

Local e Data

Fábio 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 ESPIRITO 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 Policia 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/Centrol/ 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 sida 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 PRTRIA 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 GASGOW 15, COM TRAUMA TORÁCICO. EXAME SOLICITADOS: RX DE TÓRAX, RESULTADO DOS EXAMES/ S EM LAUDO RADIODIAGNÓSTICO, 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 Fábio Gomes da Silva

Escrivão (AD HOC) 73828-0

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Fábio Gomes da Silva,

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

CPF nº 01516618475, 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 Ressar Bontanu</u>	
Número	<u>72</u>	
Apto / Complemento	<u>-</u>	
Bairro	<u>Centro</u>	
Cidade	<u>Braz do Piauí/Santa</u>	
Estado	<u>PB</u>	CONFERIDO COM O ORIGINAL
CEP	<u>58337-000</u>	
Telefone de Contato	<u>3254 1066</u>	
E-mail	<u>SINCOR/PB</u>	
11 MAIO 2018		

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 20/09/17

Assinatura do Declarante: Fábio Gomes da Silva

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fixo

Documento não é sequencial na numeração

Numero da Conta: 0005 945 568 N° 005 945 568



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av 230, Km 25 - Chico Reis - João Pessoa - PB - CEP 58071-000
CNPJ: 09.165.183 / 0501-40 - Inscrição: 16.018.823-0

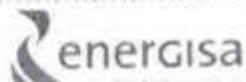
DADOS DO CLIENTE

FÁBIO GOMES DA SILVA
RUA CÉSAR CARTAXO 72
CRUZ DO ESPÍRITO SANTO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/66801-2

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAI/2018	07/05/2018	206	14/05/2018	R\$ 123,90



FÁBIO GOMES DA SILVA

Roteiro: 01-055-505-5020

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



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
14/05/2018	R\$ 123,90	66801-2018-05-1

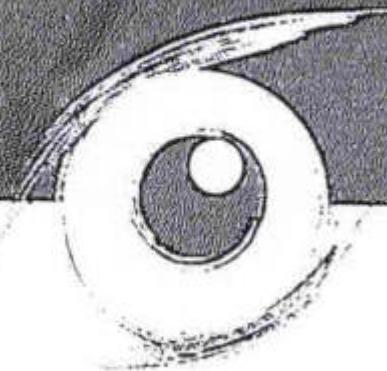
SINCOR/PB
11 MAIO 2018

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

SINCOR/PB

11 MAIO 2018

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

Rua Siqueira Campos, 13 - Centro
Santa Rita-PB Tel.: (83) 3229-7474

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.

SINCOR/PR

TRATAMENTO:

11 MAIO 2018

Atendimento inicial.

ALTA HOSPITALAR: 04/02/17

DATA DA EMISSÃO: 23/03/17

Dr. José de Andrade NEUROLOGIA
CRM: 2329/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**

SINCOR/PB

11 MAIO 2018

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.)



CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB

11 MAIO 2018



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