
Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190067150

Vítima: FABIANO MATIAS DA SILVA

Data do Acidente: 21/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FABIANO MATIAS DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190067150

Vítima: FABIANO MATIAS DA SILVA

Data do Acidente: 21/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FABIANO MATIAS DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 104.134.634-43 Nome completo da vítima: Fabiano Matias da Silva

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

Nome completo: Fabiano Matias da Silva CPF: 104.134.634-43

Profissão: encomodador Endereço: Rua das Seriguelas Número: 70 Complemento: _____

Bairro: Alfama Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58033-455

E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3487 CONTA: 33 219 3

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

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso o laudo não seja conforme o seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura _____

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado:

Local e Data, João Pessoa, 16 de janeiro de 2019

Nome: Fabiano Matias da Silva

CPF: 104.134.634-43

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00365.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00365.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:08 horas do dia 10 de janeiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Fabiano Matas da Silva**, CPF nº 104.134.634-43, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Encanador, filho(a) de Francisca de Paula Matias dos Santos e Manoel Paulino da Silva, natural de Araruna/PB, nascido(a) em 22/12/1992 (26 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua das Seriguelas, Nº 70, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Mercadinho Mendes, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98798-4877.

Dados do(s) Fatos:

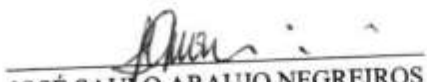
Local: Pb 008, Emapa, João Pessoa/PB, bairro Costa do Sol; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 21/10/18 22:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 5.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

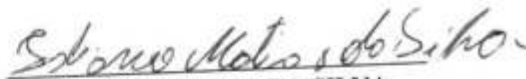
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE conduzia o veículo tipo motocicleta, marca e modelo HONDA CB 300R de cor azul, placa:OEZ 1243/PB, Chassi nº 9C2NC4910ER400483, registrado em nome de Leonardo Costa Barbosa, CPF nº 076.086.874-36 conhecido do notificante; QUE trafegava normalmente com o veículo e ao fazer uma curva a mesma veio a derrapar; QUE devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DE 26.11.20188, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) por terceiro; QUE não deseja representar criminalmente; QUE no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S42,0

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.

João Pessoa/PB, 10 de janeiro de 2019.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


FABIANO MATAS DA SILVA
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 104.134.634-43 Nome completo da vítima: Fabiano Matias da Silva

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

Nome completo: Fabiano Matias da Silva CPF: 104.134.634-43

Profissão: encomodador Endereço: Rua das Seriguelas Número: 70 Complemento: _____

Bairro: Alfama Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58033-455

E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3487 CONTA: 33 219 3

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

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso o laudo não seja conforme o seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura _____

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado:

Local e Data, João Pessoa, 16 de janeiro de 2019

Nome: Fabiano Matias da Silva

CPF: 104.134.634-43

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

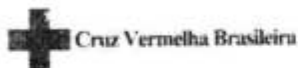
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1116846



Identificação do paciente						
ID 1311062	Nome FABIANO MATIAS DA SILVA		Sexo Masculino			
Data de nascimento 22/12/1992	Idade 25 anos 9 meses 29 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe FRANCISCA DE PAULA MATIAS DOS SANTOS		Pai MANOEL PAULINO DA SILVA				
Escolaridade		Responsável (Parentesco) VERONICA DA SILVA - ACOMPANHANTE				
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987984877	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3713486	Nº Cns 705005618188754				
Local de procedência CONDE	Tipo MUNICIPIO		UF PB			
Email	Naturalidade ARARUNA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58068208	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BRUNO ROCHA DO NASCIMENTO			
Número 42	Complemento	Bairro GRAMAME				
Admissão						
Data e Hora 21/10/2018 23:02:50	Número da pulseira 1000006650178	Convênio SUS	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 25 JAN 2019 Gente Seguradora S/A. Av. Dom Pedro I, 715 SL 106-João Pessoa/PB			
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		Origem do paciente RUA			
Classificação de risco	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS			
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte CARRO PARTICULAR		Quem transportou				
Sinais Vitais						
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CD
Atendido por RAYSSA LEITE REBOUÇAS AGRA						Tempo 17seg

Imprimir

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bônus para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica Nº 017.717.164

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

MANOEL PAULINO DA SILVA
RUA DAS SIRIGUELAS S/N
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1092098-1

REFERÊNCIA

DEZ/2018

APRESENTAÇÃO

27/12/2018

CONSUMO

125

VENCIMENTO

07/01/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 79,70

Acesse: www.energisa.com.br

DANIELA RIBEIRO

MANOEL PAULINO DA SILVA

Roteiro: 16-005-842-3980



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Altomiro Pereira de Moraes Neto inscrito (a) no CPF/CNPJ 012.007.834 / 17 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fabiano Matias da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 104.134.634 / 43 do sinistro de DPVAT cobertura Inválidez da Vítima Fabiano Matias da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 104.134.634 / 43, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

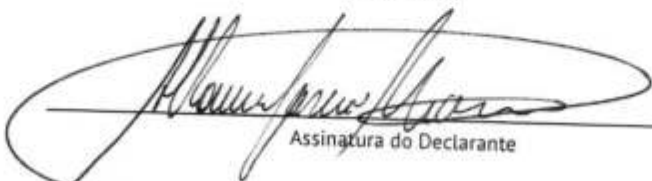
☒ Recuso informar

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
Rua Governador José Gomes da Silva		920	Sl. 01
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Tambauzinho	João Pessoa	PB	58042-200
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
altomiro.moraes@legadeb@gmail.com			(83) 98723-8062

João Pessoa, 18 de janeiro de 2019
Local e Data


Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Leonardo Costa Barboza

RG nº 3348764, data de expedição 04/08/2005

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 076.086.874-36, com domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua do Trabalho, Bairro das Indústrias, nº 8, complemento _____,

declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Eduardo Matias da Silva, cujo o condutor era Eduardo Matias da Silva.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda CB300R

Ano: 2013/2014

Placa: OEZ 1243/PB

Chassi: 9CZNC4910ER400483

Data do Acidente: 21/01/18

Local e Data: João Pessoa, 16 de janeiro de 2019. 25 JAN 2019

Leonardo Costa Barboza
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Cartório Garibaldi
9º Ofício de Notas

Av. Epitácio Pessoa, 2640
Tambauzinho - João Pessoa - Paraíba
F.: (83) 3243.0377 - Fax: (83) 3243.0903

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de LEONARDO COSTA BARBOZA(882031). Em test. da verdade. Dou fé. João Pessoa-PB 14/01/2019 16:28:02.

PAULA GARIBALDI ELOY DE SOUZA - Substituto
Vlr R\$12,70, Fepj R\$1,98, Farpen R\$0,29, ISS R\$0,50

Operador: NIVALCI, Selo Digital: AHZ94281-W9JP - Conselho
a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





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	FABIANO MATIAS DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	22/12/92
NOME DA MÃE	FRANCISCA DE PAULA MATIAS DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.116.846
DATA DO ATENDIMENTO	21/10/18
HORA DO ATENDIMENTO	23:02
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA
CID 10	S42.0



AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com dor em clavícula esquerda. Glasgow 15. Pela história conclui-se que houve fratura de clavícula esquerda e que optou-se por tratamento conservador.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro esquerdo
RX de torax
Ultrassonografia FAST

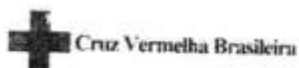
TRATAMENTO:

Analgesia. Atestado. Retorno no HTOP.

ALTA HOSPITALAR:	22/10/18
DATA DA EMISSÃO:	26/11/18

Dr. José de Almeida Braga
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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1116846



Identificação do paciente				
ID 1311062	Nome FABIANO MATIAS DA SILVA		Sexo Masculino	
Data de nascimento 22/12/1992	Idade 25 anos 9 meses 29 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe FRANCISCA DE PAULA MATIAS DOS SANTOS		Pai MANOEL PAULINO DA SILVA		
Escolaridade		Responsável (Parentesco) VERONICA DA SILVA - ACOMPANHANTE		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987984877	DDD Fixo		Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3713488	Nº Cns 705005618188754		
Local de procedência CONDE	Tipo MUNICIPIO		UF PB	
Email	Naturalidade ARARUNA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58068208	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BRUNO ROCHA DO NASCIMENTO	
Número 42	Complemento	Bairro GRAMAME		
Admissão				
Data e Hora 21/10/2018 23:02:50	Número da pulseira 1000006650178	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não		Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR		Quem transportou		
Sinais Vitais				
PA _____ X _____ mmHg		Pulso	Temperatura	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG [] Ultrasonografia []				
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por RAYSSA LEITE REBOUÇAS AGRA				CID
				Tempo 17seg

Imprimir



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

POSTO I B

Endereço: INTERNO, S/N, , JOAO PESSO - PB, 11111111

Tel:

CNES: 454547

Paciente FABIANO MATIAS DA SILVA	BAE 1116846	Data/Hora Entrada 21/10/2018 23:02:50	Data Baixa
Data de nascimento 22/12/1992	Idade 25a 10m	Sexo Masculino	CNS 705005618188754
Mãe FRANCISCA DE PAULA MATIAS DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 987984877
Endereço BRUNO ROCHA DO NASCIMENTO, 42	Bairro GRAMAME	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional HEISENBERG BATISTA MEDEIROS DE ALMEIDA	UF PB
Data/Hora Classificação 21/10/2018 23:02:50		Nº Cons. Regional 6229/PB	
		Data/Hora Prescrição 22/10/2018 03:08:10	

Anamnese

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR E LIMITAÇÃO DE ADM EM CLAVICULA ESQUERDA.
RX CONTROLE = SEM DESVIO IMPORTANTE. OPTADO INICIALMENTE POR TRATAMENTO CONSERVADOR
CD: FIG 8 + ANALGESIA + ATESTADO + SEGUIMENTO NO HTOP

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

Conduta

Alta médica

FABIANO MATIAS DA SILVA

HEISENBERG BATISTA MEDEIROS DE ALMEIDA
(: 6229/PB)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente FABIANO MATIAS DA SILVA		BAE 1116846	Data/Hora Entrada 21/10/2018 23:02:50	Data Baixa
Data de nascimento 22/12/1992	Idade 25a 10m	Sexo Masculino	CNS 705005618188754	Telefone de Contato (83) 987984877
Mãe FRANCISCA DE PAULA MATIAS DOS SANTOS				Prontuário
Endereço BRUNO ROCHA DO NASCIMENTO, 42		Bairro GRAMAME	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ATTILA RAPHAEL BARBOSA ARAUJO SOUZA DE OLIVEIRA ALVES	Nº Cons. Regional 11491/
Data/Hora Classificação 21/10/2018 23:02:50		Data/Hora Prescrição 21/10/2018 23:26:08		

Anamnese

#CIRURGIA GERAL#

PACIENTE TRAZIDO POR FAMILIARES, SEM IMOBILIZAÇÃO, COM RELATO DE QUEDA DE MOTO HA 1H, COM QUEIXA DE DOR EM OMBRO E HEMITORAX ESQUERDOS. NEGA SINCOPE OU VOMITOS, REFERE INGESTA ALCOOLICA E USO DE CAPACETE. VIAS AEREAS PERVIAS, SEM DOR CERVICAL, DOR EM HTL QUE PIORA COM A INSPIRAÇÃO, GLASGOW 15, PUPILAS ISOCORICAS E RFM+

CD:
RAIOX DE OMBRO ESQUERDO / TORAX
FAST
PARECER DA ORTOPEDIA
REAVALIAR APOS EXAMES

**CUIDADOS**

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

ULTRASSONOGRAMA - FAST

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

FABIANO MATIAS DA SILVA

Dr. Attila Raphael
Médico Residente - Cirurgia Geral
CRM 11491 / PB

ATTILA RAPHAEL BARBOSA ARAUJO SOUZA DE OLIVEIRA ALVES
(CRM: 11491/)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 22/10/18 03:08
 Usuário: HEISENBERG
 Boletim: 1116846



Nome	FABIANO MATIAS DA SILVA			Data de	22/12/1992		
Motivo do Atendimento				Idade atual	25a 10m		
Convenio	SUS			Sexo	MASCULINO		
				Nº	1116846		
				Nº Prontuário	22/10/2018 03:08:10		
				Validade da Prescrição	22/10/2018 03:08:00 - 23/10/2018 03:08:00		

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Data da entrada:	Data da Internação:	Permanência na	Permanência no
				21/10/2018 23:02:50		4h 6m	

1	CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.	1X AO DIA	
2	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.	AGORA	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 25 JAN 2019
 Conta Seguradora S/A
 Av. Dom Pedro I, 106 - João Pessoa/PB

HEISENBERG BATISTA MEDEIROS DE
 CRM: 6229

Assinatura e Carimbo do Profissional

Reimpresso por: -
 dia: -

1116846

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 21/10/18 23:26
Usuário: ATILA RAPHAEL
Boleim: 1116846


Nome		FABIANO MATIAS DA SILVA		Data de nascimento		22/12/1992		Idade atual		25a 10m		Sexo		MASCULINO		Nº		1116846		Nº Prontuário		21/10/2018 23:26:08	
Motivo do Atendimento				Enfermagem / Leito																			
Convenio		SUS		Matricula				Validade da Prescrição		21/10/2018 23:26:00 - 22/10/2018 23:26:00		Senha											
Nome do medicamento		Dose		U.M.		Orientação de uso		Via de		Veloc. inf.		Pos		Aprazamento									
1		PARECER ORTO		0,0																			

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONVÊNIO NÃO VERIFICADO
25 JAN 2019
Gestão Seguradora SUSEP
Rua 1, 175 St. 106-Jardim
110/2018 23:02:50

ATTILA RAPHAEL BARBOSA ARAUJO
CRM: 11491

Relimpresso por: -
dia: -
Dr. Attila Raphael
Médico Residente - Cirurgia Geral
CRM 11491 / PB

Assinatura e Carimbo do Profissional

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome FABIANO MATIAS DA SILVA		
Data de 22/12/1992	Nº Boletim Emergência 1116846	Prontuário
Material a examinar		

EXAME DE IMAGEM
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)
ULTRASSONOGRAFIA - FAST

Controle

21 22 23
24 25 26
27 28 29

Tipo	FAST
Data	22/12/2019
Hora	14:00
Nome do Examinado	FABIANO MATIAS DA SILVA
Assinatura	

Dr. Artur Raphael
Médico Residente - Cirurgia Geral
CRM 11491 / PB

Assinatura e Carimbo do Profissional

Reimpresso por: -
dia: -

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JAN 2019
Genta Seguradora S/A.
Av. Dom Pedro I, 776 Sl. 106-Julio Possal/PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: **201831653419**

Paciente: **FABIANO MATIAS DA SILVA**

Data Nasc: **22/12/1992 - 25 anos**

Data Exame: **21/10/2018**

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - FAST

Ausencia de liquido livre na cavidade peritoneal, derrame pleural ou pericárdico.

Ausencia de lesões parenquimatosas relacionadas ao trauma.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Ultrassonografia dentro dos padrões normais.

** A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*



Este laudo foi liberado em 21/10/2018 23:51.



Dr. Phydias L. F. de Carvalho
CRM 6933 - PB

Atendimento: **201831653419**

Data Nasc: **22/12/1992 - 25 anos**

Paciente: **FABIANO MATIAS DA SILVA**

Data Exame: **21/10/2018**

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - FAST

Ausencia de liquido livre na cavidade peritoneal, derrame pleural ou pericárdico.

Ausencia de lesões parenquimatosas relacionadas ao trauma.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Ultrassonografia dentro dos padrões normais.

** A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*



Este laudo foi liberado em 21/10/2018 23:51.



Dr. Phydias L. F. de Carvalho
CRM 6933 - PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: **201831670843**

Paciente: **FABIANO MATIAS DA SILVA**

Data Nasc: **22/12/1992 - 25 anos**

Data Exame: **29/10/2018**

RADIOGRAFIA OMBRO ESQUERDO AP



Fratura completa com desvio e angulação das peças ósseas no terço médio da clavícula.
Espaços articulares sem reduções expressivas.

** O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*

Este laudo foi liberado em 30/10/2018 17:18.

Dr. Carlos Ferreira Neto II
CRM: 5962 - PB

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Pedro I, 775 St. 106-João Pessoa/PB

FABIANO MATIAS DA, SILVA

22/12/1992

ID: 000000070109

Sex: Male

25 years

E

HTOP

RX OMBRO UNILAT

Ac. Nb: 300001846892

Acq.: 29/10/2018

Acq.: 13:51:34.000769

10 cm

Frame: [1] 1 / 1

Zoom: 28,29%

Window/Level: 1.024/512

CR (1595x1621)

Series Nb: 1



PatientID: 000000070109
Name: FABIANO MATIAS DA SILVA

Sex: Masculino
BirthDate: 22.12.1992
Age: 26a.

StudyDate: 26.12.2018

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DP-VAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JAN 2019
Centro Seguradora S/A.
Rua Pedro L. 775 SL. 100-220- Pessalopé

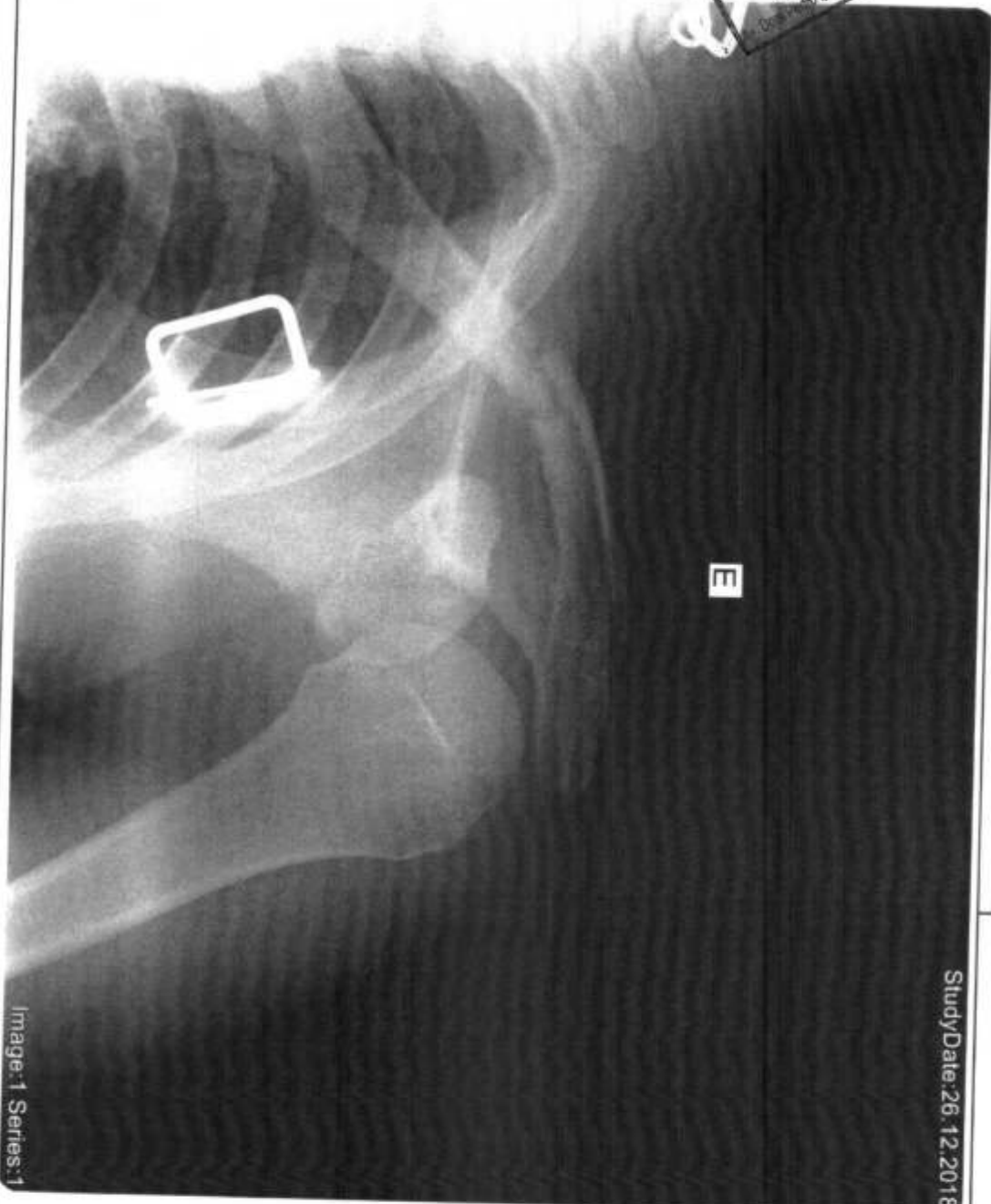


Image: 1 Series: 1

PatientID: 00000070109
Name: FABIANO MATIAS DA SILVA

Sex: Masculino
BirthDate: 22.12.1992
Age: 25a.

StudyDate: 10.12.2018

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Duque de Caxias, 175 St. 116-Juiz de Fora



Image: 1 Series: 1

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Dom Pedro I, 175 SL 106-João Pessoa/PB

PatientID: 000000070109
Name: FABIANO MATIAS DA SILVA

Sex: Masculino
BirthDate: 22.12.1992
Age: 25a

StudyDate: 12.11.2018



Image: 1 Series: 1

PatientID:
Name:

000000070109
FABIANO MATTIAS DA SILVA

Sex: Masculino
BirthDate: 22.12.1992
Age: 25a.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
25 JAN 2019
Genta Seguradora S/A
Av. Dom Pedro I 770 SL 106-Jd. Povoação



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JAN 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Dom Pedro I, 776 St. 106-João Pessoa/PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PB

NOME
FABIANO MATIAS DA SILVA

DOC. EMITIDOR / ONG EMISSOR UF
3713488 SSP PB

CPF
104.134.634-43

DATA NASCIMENTO
22/12/1992

FIKAÇÃO
MANOEL PAULINO DA SILVA
FRANCISCA DE PAULA
MATIAS DOS SANTOS

PERMISSÃO
ACC CATIAA A

Nº REGISTRO
05708018168

VALIDADE
21/12/2022

1ª HABILITAÇÃO
13/02/2013

COMENTÁRIOS

Fabiano Matias da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
22/12/2017

[Assinatura]
ASSINATURA DO EMISSOR

41422673000
PB035957042

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1631752037

PROIBIDO PLASTIFICAR
1631752037

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 05867570

USO ORIENTADOR
IDENTIDADE CIVIL PARA FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 4.896/64)



GAB

SIGNATURE DO PORTADOR

000000000



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JAN 2019
Gentle Seguradora S/A
Av. Dom Pedro I, 775 B, 108-João Pessoa/PB

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO

PAÍS
BRASIL

PAÍS
BRASIL

NOME
JOÃO MÁRCIO BATISTA DE MORAES
MARIA ALDECI DE ALMEIDA MORAES

NACIONALIDADE
BRASIL

DATA DE NASCIMENTO
01/09/1982

RECIFE-PE

00

2628781 - SSP-PB

012.007.834-17

01

28/08/2012

SIM

COCH 8522944 CAVALETTI RODRIGO
PRESIDENTE

DETRAN

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
VIA 1 0099554751-3 00/00000000 2015

LEONARDO COSTA BARBOZA

07608687436
NOVO PB 9C2NC4910ER400483

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC
ALCO/GASOL

00/00/0000
PARCELAMENTO / COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000
PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000

SEM RESERVA DE DOMINIO

JOAO PESSOA-PB

01/04/2015

80704

14303

ANEXO 1

PB Nº 011863775018 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
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 01/04/2015

VIA 1 07608687436 PLACA OEZ1243/PB

RENAVAM 00995547513 FONDA/CB 300 R

ANO FAB 2013 DATA 9 9C2NC4910ER400483

PRÊMIO TARIFÁRIO

DEMATRAN (R\$) *****

CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

SEGURO

DATA SEGURO 31/03/2015

PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

80704-1641529-20150401

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JAN 2019
Genia Seguradora S/A
Av. Dom Pedro I, 775 St. 116-João Pessoa/PB

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030465/19

Vítima: FABIANO MATIAS DA SILVA

CPF: 104.134.634-43

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/10/2018

Titular do CPF: FABIANO MATIAS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO : 012.007.834-17

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

FABIANO MATIAS DA SILVA : 104.134.634-43

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/01/2019
Nome: ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO
CPF: 012.007.834-17

ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/01/2019
Nome: ALINE GOMES DE BRITO
CPF: 079.445.364-30

ALINE GOMES DE BRITO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DI.P. 236



Leonardo Costa Barboza
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3348764 DATA EXPED. 04 AGO. 2005

NOME LEONARDO COSTA BARBOZA

Luiz Barboza do Nascimento

FILIAÇÃO Maria de Fatima Angelo Costa Barboza

NATURALIDADE João Pessoa-PB DATA DE NASCIMENTO 10.01.1987

Cert. Nas. 6198, fls. 48-s, liv. A-7

DOC. ORIGEM cartório do Conde-PB

CPF *M. N. Barboza*

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JAN 2019

Gentle Seguradora S/A
Av. Dom Pedro I, 776 SL. 106-João Pessoa/PB



COMUNICADO MASTER

DIRETORIA DE OPERAÇÕES



- Qualificação completa do outorgante (vítima/beneficiário/representante legal), outorgado (procurador) e, no caso de beneficiário não alfabetizado, quem foi indicado para assinar a rogo;
- Nome completo e CPF da vítima,
- Data do acidente (somente para vítima/beneficiário não alfabetizado);
- Local e data contemporânea à data do aviso do sinistro;
- Assinatura da pessoa que assinará a rogo, bem como das 2 (duas) testemunhas (para vítima/beneficiário não alfabetizado);
- Permanece vedado o substabelecimento a terceiros dos poderes conferidos.

A redação supracitada substitui o tópico indicado abaixo do Manual de Recepção e Regulação de Sinistros Adm DPVAT – Edição Dezembro 2018 – página 28 – 3.1.7 Documentos do Procurador:

- Nome completo e o CPF da vítima, **data do acidente de trânsito e a cobertura solicitada do Seguro DPVAT (morte, invalidez permanente e/ou DAMS).**

Ou seja, para alfabetizados as procurações apresentadas não devem sofrer pendenciamentos pela falta da informação da cobertura solicitada do Seguro DPVAT (morte, invalidez permanente e/ou DAMS) e data do acidente.



6. A data do acidente é informação necessária em todas as procurações?

Não. A informação é necessária somente para os sinistros envolvendo vítima/beneficiário não alfabetizado, conforme está disposto no Comunicado Master enviado em 08/10/2018.

Para sinistros envolvendo vítima/beneficiário alfabetizado a falta da data do acidente não é impedimento para o prosseguimento da regulação do sinistro.

7. Qual o procedimento quando a vítima/beneficiário estiver impossibilitado de assinar os documentos em virtude de danos causados pelo acidente?

O procedimento para os casos de vítima/beneficiário impossibilitado de assinar em virtude de danos causados pelo acidente, fica mantido o estabelecido no Manual de Recepção e Regulação de Sinistros Adm DPVAT – Edição Dezembro 2018 – páginas 24/25 – item 3.1.4. Ou seja, devem ser seguidas as mesmas instruções para assinatura a rogo, indicadas para as vítimas/beneficiários não alfabetizados.

Contudo, documentos médicos comprovando a impossibilidade da assinatura deverão ser apresentados. Pelo caráter de exceção desse tipo de caso, a reguladora pode prevenir eventual pendenciamento encaminhando primeiramente a documentação médica para avaliação por

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190067150 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIANO MATIAS DA SILVA **Data do acidente:** 21/10/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR 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: 3190067150 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIANO MATIAS DA SILVA **Data do acidente:** 21/10/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR 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



ALTAMIRO
MORAES
advogados associados

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA



OUTORGANTE, FABIANO MATIAS DA SILVA, brasileiro, solteiro, encanador, portador do CPF 104.134.634-43, residente e domiciliado na Rua das Seriguelas, nº 70, Muçumagro, João Pessoa – PB, CEP 58033-455, sem endereço eletrônico, pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus bastantes procuradores e advogados:

OUTORGADOS: ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO, OAB/PB 12.678, com escritório na Rua Governador José Gomes da Silva, 920, Tambauzinho, sala 01, João Pessoa, PB, Cep: 58042-200, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a **cláusula “ad-judicia ET EXTRA”** em qualquer juízo, instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-la nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, receber alvarás, agindo em conjunto ou separadamente, podendo também substabelecer esta em outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, **podendo, inclusive, RENUNCIAR AOS VALORES QUE EXCEDAM O TETO DELIMITADOR DOS JUIZADOS ESPECIAIS FEDERAIS E/OU ESTADUAIS AO TEMPO DO AJUIZAMENTO DA AÇÃO.**

Poderes específicos para atuação judicial e extra judicial para obtenção de seguro DPVAT.

Outorgante: Declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para pagar as custas processuais da presente demanda, sem prejuízo do sustento próprio, pelo que, nos termos do art. 98 do CPC, faz **jus** aos benefícios da **Justiça Gratuita**.



João Pessoa/PB, 10 de janeiro de 2019.



FABIANO MATIAS DA SILVA

CPF nº 104.134.634-43

OUTORGANTE



Cartório Garibaldi

9º Ofício de Notas

Av. Epitácio Pessoa, 2640
Tambauzinho - João Pessoa - Paraíba
F.: (83) 3243.0377 - Fax: (83) 3243.0903

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de (FABIANO
MATIAS DA SILVA(118567)). Em test. da verdade, lou fe.

João Pessoa-PB 10/01/2019 14:42:10.

PAULA GARIBALDI ELOY DE SOUZA - Substituta

Vlr R\$12,70, Fepj R\$1,98, Farpem R\$0,29, ISS R\$0,50

Operador: WELLS, Selo Digital: AHZ93937-KBDS - Consulte

a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





ALTAMIRO
MORAES
advogados associados

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA



OUTORGANTE, FABIANO MATIAS DA SILVA, brasileiro, solteiro, encanador, portador do CPF 104.134.634-43, residente e domiciliado na Rua das Seriguelas, nº 70, Muçumagro, João Pessoa – PB, CEP 58033-455, sem endereço eletrônico, pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus bastantes procuradores e advogados:

OUTORGADOS: ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO, OAB/PB 12.678, com escritório na Rua Governador José Gomes da Silva, 920, Tambauzinho, sala 01, João Pessoa, PB, Cep: 58042-200, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a **cláusula “ad-judicia ET EXTRA”** em qualquer juízo, instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-la nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, receber alvarás, agindo em conjunto ou separadamente, podendo também substabelecer esta em outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, **podendo, inclusive, RENUNCIAR AOS VALORES QUE EXCEDAM O TETO DELIMITADOR DOS JUIZADOS ESPECIAIS FEDERAIS E/OU ESTADUAIS AO TEMPO DO AJUIZAMENTO DA AÇÃO.**

Poderes específicos para atuação judicial e extra judicial para obtenção de seguro DPVAT.

Outorgante: Declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para pagar as custas processuais da presente demanda, sem prejuízo do sustento próprio, pelo que, nos termos do art. 98 do CPC, faz *jus* aos benefícios da **Justiça Gratuita**.



João Pessoa/PB, 10 de janeiro de 2019.



FABIANO MATIAS DA SILVA

CPF nº 104.134.634-43

OUTORGANTE



Cartório Garibaldi

9º Ofício de Notas

Av. Epitácio Pessoa, 2640
Tambauzinho - João Pessoa - Paraíba
F.: (83) 3243.0377 - Fax: (83) 3243.0903

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de (FABIANO
MATIAS DA SILVA(118567)). Em test. da verdade, lou fe.

João Pessoa-PB 10/01/2019 14:42:10.

PAULA GARIBALDI ELOY DE SOUZA - Substituta

Vlr R\$12,70, Fepj R\$1,98, Farpem R\$0,29, ISS R\$0,50

Operador: WELLS, Selo Digital: AHZ93937-KBDS - Consulte

a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030465/19

Número do Sinistro: 3190067150

Vítima: FABIANO MATIAS DA SILVA

CPF: 104.134.634-43

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FABIANO MATIAS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO : 012.007.834-17

Procuração

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/02/2019
Nome: ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO
CPF: 012.007.834-17

ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2019
Nome: ALINE GOMES DE BRITO
CPF: 079.445.364-30

ALINE GOMES DE BRITO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030465/19

Vítima: FABIANO MATIAS DA SILVA

CPF: 104.134.634-43

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/10/2018

Titular do CPF: FABIANO MATIAS DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO : 012.007.834-17

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

FABIANO MATIAS DA SILVA : 104.134.634-43

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/01/2019
Nome: ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO
CPF: 012.007.834-17

ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/01/2019
Nome: ALINE GOMES DE BRITO
CPF: 079.445.364-30

ALINE GOMES DE BRITO