

Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **EDVALDO TOMAZ DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180008848**

Vitima: **EDVALDO TOMAZ DA SILVA**

Data do Acidente: **04/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180008848**.

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 12184484



Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: EDVALDO TOMAZ DA SILVA

Nº Sinistro: 3180008848

Vitima: EDVALDO TOMAZ DA SILVA

Data do Acidente: 04/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180008848**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- DUT não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: EDVALDO TOMAZ DA SILVA

Sinistro: 3180008848

Vítima: EDVALDO TOMAZ DA SILVA

Data do Acidente: 04/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180008848** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: EDVALDO TOMAZ DA SILVA

Sinistro: 3180008848

Vítima: EDVALDO TOMAZ DA SILVA

Data do Acidente: 04/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180008848** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Março de 2018

Aos Cuidados de: EDVALDO TOMAZ DA SILVA

Nº Sinistro: 3180008848

Vitima: EDVALDO TOMAZ DA SILVA

Data do Acidente: 04/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180008848**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo
- DUT não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12492792



Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: EDVALDO TOMAZ DA SILVA

Nº Sinistro: 3180008848

Vítima: EDVALDO TOMAZ DA SILVA

Data do Acidente: 04/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180008848**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **04/08/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, EDVALDO TOMAZ DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 135339 EXPEDIDO POR SSP-PA EM 20/02/15 ECPF 79831680415 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO INSTALADOR

E RENDA MENSAL DE R\$ recusado NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Edvaldo Tomaz da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, 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 da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CFF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do cartão com múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO — Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) — Nº da CONTA (com dígito, se existir) —

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3348 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0000 5850-8

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Pessoa, 14 de setembro de 2017

LOCAL E DATA

Edvaldo Tomaz da Silva

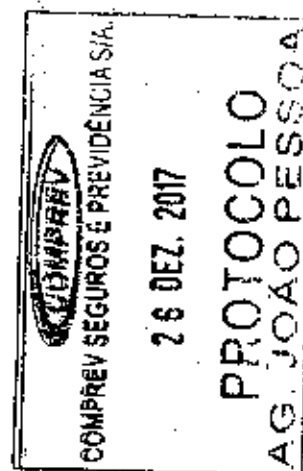
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204





Boletim de ocorrência

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02084.01.2017.1.00.420



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02084.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:27 horas do dia 17 de novembro 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 Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Edvaldo Tomaz da Silva**, CPF nº 798.516.814-15, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Instalado de Bateria, filho(a) de Maria Gorete da Silva e José Tomaz da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 07/12/1973 (43 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Capitão Vitorino Carneiro da Cunha, Nº 130, bairro Jardim Europa I, tendo como ponto de referência Praça do Quiosque, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98859-9783.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Sanhauá, Próximo da Estação Ferroviária, João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/08/17 16:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFIQUEI O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG160 START, PRETA, 2016, PLACA QFS0397/PB, CHASSI 9C2KC2500GR033205, registrada em nome de BATCENTER ACESSORIOS PARA A LTDA, quando repentinamente um CARRO PÁLIO, VERMELHO, NÃO IDENTIFICADA, cruzou à sua frente onde o noticiante acabou colidindo na traseira do mesmo; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1563/2017, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 17.10.2017, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde deu entrada no dia 05.08.2017, às 00h58, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 17 de novembro de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


EDVALDO TOMAZ DA SILVA

Noticiante



Procedimento Policial: 02084.01.2017.1.00.420



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Edvaldo Tomaz da Silva, portador da carteira de identidade nº 155339 e inscrito no CPF sob o nº 798.516.84-15 residente e domiciliado na Rua Viturino Carneiro da Cunha 130 - Jardim Europa, Cidade Santa Rita, 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
- (X) 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.

Edvaldo Tomaz da Silva

Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação

João Pessoa, 14 setembro 2017

Local e data



Comprovação de ato declaratório



CERTIDÃO

Nº. 1563/2017

Atendendo solicitação de GISELE LOPES TEIXEIRA 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 Nº50118 e Prontuário Nº 2017.08.000566 pertencente a **EDVALDO TOMAZ DA SILVA** que foi atendido dia 05/08/2017 às 00H58min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

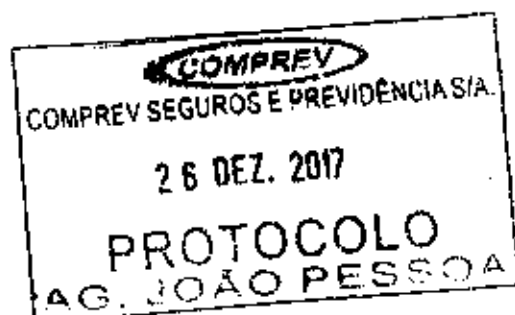
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tornozelo esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 12/08/2017.

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

João Pessoa, 17 de outubro de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Edvaldo Tomaz da Silva

RG nº 155339, CPF nº 798.56.814-15, Requerente da vítima beneficiário

RG nº 155339, data de expedição 20/02/2015

Órgão SSP-PB, CPF nº _____, 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>Cap. Vitorino Carneiro da Cunha</u>
Número	<u>130</u>
Aptº / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Jardim Europa I</u>
Cidade	<u>Santa Rita</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58300-970</u>
Telefone de contato	<u>83.99342.1170/99105-5363/3512-8300</u>
E-mail	<u>alexandrecusarduaste@hotmail.com</u>

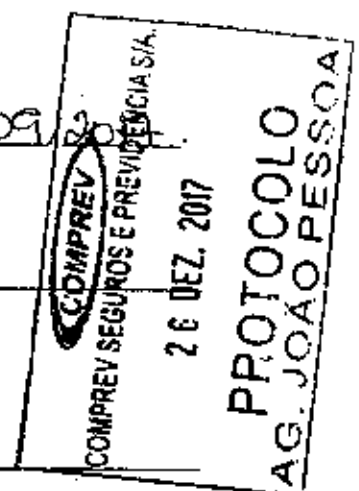
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa PB, 14/09/2017

Edvaldo Tomaz da Silva

Assinatura do Beneficiário

Assinatura do Representante





CAGEPA
 COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
 Rua Policarpo Ciríaco, 228 - Jardim João Pessoa - PB
 CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.094/0001-87

MATRÍCULA	
70415552	
REFERÊNCIA	
NOV/2017	

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

EDVALDO TOMAZ DA SILVA
RUA CAP VITURINO CARNEIRO DA CUNHA 130
JARDIM EUROPA I
SANTA RITA 58300-970

Inscrição	SMM	Quantidade de Economias				Responsável
003.12.225.0357	B	Instalada	Consumida	Instalada	Consumida	81220456
12N231893		1	0	0	0	
Hidrometro	Data de instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
12N231893	10/09/2012	4	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
561	573	12	30	13/12/2017
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.814/2011-M5.				
MAI/2017	18	0	PARAMETROS EXIG.	ANALIS. CONFORMES
JUN/2017	8	0	COR	20 115 115
JUL/2017	13	0	TURBIDEZ	70 115 115
AGO/2017	6	0	COL. TERMOT	0 0 0
SET/2017	12	0	COL. TOTAIS	70 115 115
OUT/2017	5	0	CLORO	70 115 115
MEDIA(M)	9			

DADOS REFERENTES A: SET/2017

DATA DA LEITURA: 16/11/2017	HORA DA LEITURA: 11:08:10
DESCRIÇÃO	CONSUMO VL ÁGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ANT. 10	10,84 R\$30,84
DE 11/11 A 20/11 2	0,50 R\$9,50
TOTAIS	46,34

830-PARCELAMENTO	R\$12,86
847-JUROS DE MORA	R\$0,56
858-ACRESCIMO(S) MENS(E) ANT.	R\$1,09
866-PARCEL. ACRES. IMPONIV.	R\$5,46

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS, R\$4,79 PIS E COFINS, LEI 12.742/12.

VENCIMENTO: 28/11/2017	Total a Pagar: R\$46,91
------------------------	-------------------------

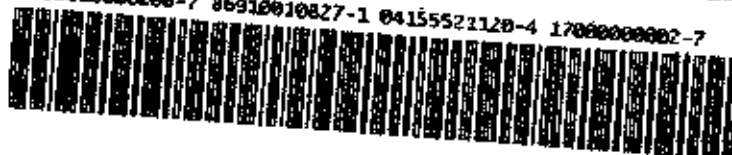
V. 26.13 R. 1.0

VERIFICAÇÃO DE LEITURA: CONFIRMADA
 TIPO DE TARIFA: NORMAL
 POSIÇÃO DE DEB. ANTERIOR(ES):
 EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.
 INFORMAÇÕES GERAIS:
 ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO
 WWW.TRANSPARENCIA-PB.GOV.BR



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70415552	NOV/2017	28/11/2017	R\$46,91

82610000000-7 86910010827-1 04155521120-4 17000000002-7



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

Comprovante de residencia



Fatura Mensal

Número da Carta: 526965XXXX3655
 Atendimento a Clientes: 40049909
 Demais Localidades: 0800 9409009

Vencimento da Fatura 28/10/2017 **Total da fatura** R\$ 50,00

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá efetuar o pagamento da diferença em caixa da data de vencimento. Incidência sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Valem encargos em caso de pagamento mínimo até o vencimento R\$ 5,44.
 Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 13/11/2017

CTC RECIFE PE PB

JOSE EDUARDO DA SILVA
 AV MARIA ROSA 58
 MANAIRA
 58038-460 JOAO PESSOA PB

Demonstrativo

Data	Descrição	Cidade/Pais	Valor Original	Valor US\$	Creditor
13/09	TOTAL DA FATURA ANTERIOR				
28/09	OBRIGADO PELO PAGAMENTO				
	Subtotal Nacional				
	JOSE EDUARDO DA SILVA 526965XXXX3655				
	Movimentações Nacionais				
13/10	ANUIDADE DIFERENCIADA TIT 02/04				
	Subtotal Nacional				

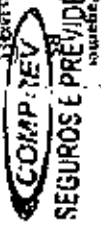
Total Nacional
 Total Internacional
 Total da Fatura

Demonstrativo do Programa de Pontos Caixa
 Saldo Devedor: 22276
 Pontos a Receber: 1230

Encargos
 MULTA 2,50 %
 MORA 1,00 %
 5,01 %

VOSSA VOZ
 07000000
 PROTOCOLO

2017 DEZ 32





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 465.536.024-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edvaldo Tomaz da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 798.516.814-15 do sinistro de DPVAT cobertura DPVAT da Vítima Edvaldo Tomaz da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 798.516.814-15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

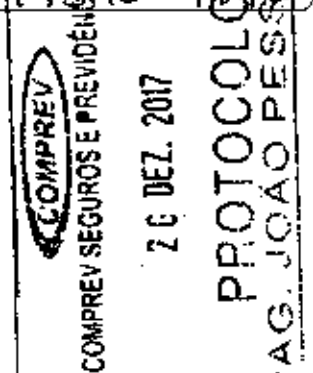
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Av. Maria Rosa</u>		Número <u>58</u>	Complemento
Bairro <u>Memaria</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58088-120</u>
Email <u>aleandraasarduarte@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>83-3512-8500</u>	Telefone celular (DDD) <u>99342-1178</u>

João Pessoa, 14 de dezembro de 2014
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante



Declaração do proprietário



FAZER ABERTURA DE FIRMA
CARTÓRIO E RECONHECIMENT
FIRMA DO PROPRIETÁRIO
VEÍCULO POR AUTENTICIDADE,
PODE SER POR SEMELHANÇA.

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE AVELINO DE PAIVA

RG nº 140816-PB, data de expedição 05/03/2013

Órgão JUSTIÇA, portador do CPF nº 002.240.814-20 com

domicílio na cidade de CITÃO PESSOA, no Estado de

PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

PROFA M. SALES, nº 820,

complemento AVI-802, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima EDUARDO TOMAZ DA SILVA cujo o condutor era

Eduardo Tomaz da Silva

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 160 START

Ano: 2016

Placa: QES 039X-PB

Chassi: 9C2HCA300GR0332057

Data do Acidente: 04-08-2017

Local e Data: CITÃO PESSOA, 24/08/17

Assinatura do Declarante

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

MONTEIRO DA FRANCA
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:
JOSE AVELINO DE PAIVA
Em testid. da verdade, João Pessoa, 25/08/2017 09:01:35
Luciana Delgado Viana - Escrivente
[2017-045498] EMUL:RS 19,23 FARENHEIS 0,27 FERNELIS 1,85 ISS:RS 0,46
SELO DIGITAL: AF017116-LOTH
Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tipb.jus.br>



SEXTA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE LIMITADA DENOMINADA
BATCENTER ACESSÓRIOS PARA AUTOS LTDA.

I - JOSÉ AVELINO DE PAIVA, brasileiro, casado com comunhão de bens, empresário, natural de João Pessoa - PB, nascido em 19/03/1943, residente e domiciliado Rua Professora Maria Sales, 820 - apto. 802 - Edif. Maison de Paris - Tambau - na cidade de João Pessoa - PB, CEP 58.039-130, portador da carteira de identidade de nº 140.816 - SSP/PB, CPF nº 002.240.814-20 e

II - DISCIOLA MARTINS DE PAIVA, brasileira, casada com comunhão de bens, empresária, natural de João Pessoa - PB, nascida em 28/10/1946, residente e domiciliada na Rua Professora Maria Sales, 820 - apto. 802 - Edif. Maison de Paris - Tambau - na cidade de João Pessoa - PB, CEP 58.039-130, portadora da carteira de identidade de nº 127.016-SSP-PB, CPF nº 086.745.154-87, únicos sócios da BATCENTER ACESSÓRIOS PARA AUTOS LTDA., com sede a Av. Gal. Bento da Gama, 600 - Torre - João Pessoa-PB, CEP 58.040-090, registrado na JUCISP sob o NIRE 2520020454-9, por despacho de 19/11/1990, e no CNPJ sob nº 35.490.119/0001-74 resolvem, assim, alterar o contrato social.

PRIMEIRA - O objeto social da sociedade que é Comércio varejista de peças e acessórios para veículos, fica acrescido de indústria de acumuladores elétricos feita fora do estabelecimento por terceiros;

SEGUNDA - O capital social que é de R\$ 3.000,00 (Três mil reais) fica elevado para R\$ 10.000,00 (Dez mil reais), integralizando neste ato, em moeda corrente do país e distribuído entre os sócios da seguinte maneira:

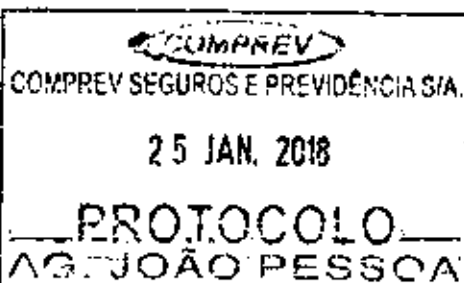
José Avelino de Paiva participa com	R\$ 9.000,00
Disciola Martins de Paiva participa com	" 1.000,00
Total	R\$ 10.000,00

TERCEIRA - A vista da modificação ora ajustada consolida-se o contrato social com seguinte redação.

PRIMEIRA - A sociedade gira sob o nome empresarial **BATCENTER ACESSÓRIOS PARA AUTOS LTDA.**, com sede na cidade de João Pessoa - PB, situando-se o estabelecimento na Avenida General Bento da Gama, 600 - Torre - CEP nº 58.040-090, podendo ainda abrir filiais ou nomear representantes em qualquer parte do país ou fora dele, prevalecendo a decisão tomada pela maioria do Capital Social;

SEGUNDA - O capital social é de R\$ 10.000,00 (Dez mil reais) dividido em 10.000 (Dez mil) quotas no valor de R\$ 1,00 (Um real) cada uma, subscritas pelos sócios da seguinte maneira, o sócio **JOSÉ AVELINO DE PAIVA**, participa com 9.000 (nove mil) quotas no valor de R\$ 9.000,00 (nove mil reais), e a sócia **DISCIOLA MARTINS DE PAIVA**, participa com 1.000 (Um mil) quotas no valor de R\$ 1.000,00 (Um mil reais). O capital ora subscrito é integralizado em moeda corrente do país neste ato distribuído da seguinte maneira;

JOSÉ AVELINO DE PAIVA	9.000 QUOTAS R\$ 9.000,00
DISCIOLA MARTINS DE PAIVA	1.000 QUOTAS R\$ 1.000,00
TOTAIS	10.000 QUOTAS R\$ 10.000,00



SEXTA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE LIMITADA DENOMINADA "BATCENTER ACESSÓRIOS PARA AUTOS LTDA."

TERCEIRA - O objeto social é indústria de acumuladores elétricos, fôla fora do estabelecimento por terceiros e comércio varejista de peças e acessórios para veículos;

QUARTA - A sociedade iniciou suas atividades em 19/11/1990 e seu prazo de duração é indeterminado;

QUINTA - As quotas são indivisíveis e não poderão ser cedidas ou transferidas a terceiros sem o consentimento do outro sócio, a quem fica assegurado, em igualdade de condições e preço direito de preferência para a sua aquisição de quotas a venda, formalizando, se realizada a cessão delas, a alteração contratual pertinente;

SEXTA - A responsabilidade de cada sócio é restrita ao valor de suas quotas, mas todos responsáveis solidariamente pela integralização do capital social;

SÉTIMA - A administração da sociedade caberá ao sócio JOSÉ AVELINO DE PAIVA com os poderes e atribuições de administrador autorizado o uso do nome empresarial, vedado, no entanto, em atividades estranhas ao interesse social ou assumir obrigações seja em favor de qualquer dos quotistas ou de terceiros, bem como onerar ou alienar bens imóveis da sociedade, sem autorização do outro sócio;

OITAVA - Ao término de cada exercício social, em 31 de dezembro, o administrador prestará contas justificadas de sua administração, procedendo a elaboração do inventário, do balanço patrimonial e do balanço de resultado econômico, cabendo aos sócios, na proporção de suas quotas, os lucros ou perdas apurados;

NONA - Nos quatro meses seguintes ao término do exercício social, os sócios deliberarão sobre as contas e designarão administradores quando for o caso;

DÉCIMA - A sociedade poderá a qualquer tempo, abrir ou fechar filial ou outra dependência, mediante alteração contratual assinada por todos os sócios;

DÉCIMA PRIMEIRA - Os sócios poderão de comum acordo fixar uma retirada mensal a título de pro-labore, observadas as disposições regulamentares pertinentes;

DÉCIMA SEGUNDA - Falecendo ou interditado qualquer sócio, a sociedade continuará suas atividades com os herdeiros, sucessores e o incapaz. Não sendo possível ou inexistindo interesse destes ou do sócio remanescente o valor de seus haveres será apurado e liquidado com base na situação patrimonial da sociedade, a data da resolução, verificada em balanço especialmente levantado;

Parágrafo Único - O mesmo procedimento será adotado em outros casos em que a sociedade se resolver em relação a seu sócio



[Handwritten signature]
BUE

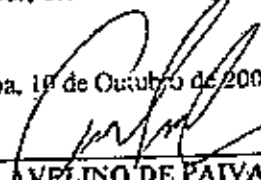
SEXTA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE LIMITADA DENOMINADA
BATCENTER ACESSÓRIOS PARA AUTOS LTDA.

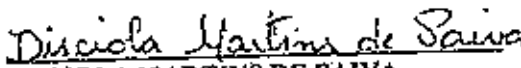
DÉCIMA TERCEIRA - O administrador declara sob as penas da lei, de que não está impedido de exercer a administração da sociedade, por lei especial, ou em virtude de condenação criminal, ou por se encontrar sob os efeitos dela, a pena que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos, ou por crime falimentar, de prevaricação peita ou suborno, concussão, peculato, ou contra a economia popular, contra o sistema financeiro nacional, contra normas de defesa da concorrência, contra as relações de consumo, fé pública ou a propriedade.

DÉCIMA QUARTA - Fica eleito o foro da comarca de João Pessoa para o exercício e o cumprimento dos direitos e obrigações resultantes deste contrato.

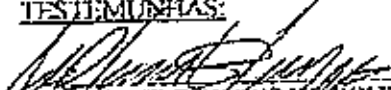
E, por estarem assim justos e acordados, obrigam-se por si e seus herdeiros a cumprir fielmente o presente contrato que assinam na presença de 02 (duas) testemunhas, em 03 (três) vias de igual teor, destinadas ao registro, arquivamento e aos sócios.

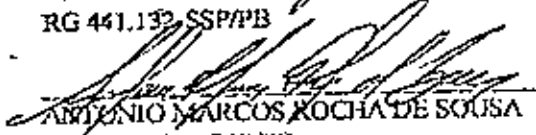
João Pessoa, 19 de Outubro de 2003.

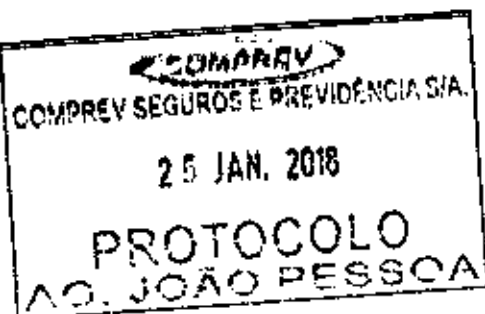

JOSE AVELINO DE PAIVA
RG 140.816-SSP/PB


DISCIOLA MARTINS DE PAIVA
RG 127.016-SSP/PB

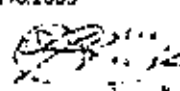
TESTEMUNHAS:


VALDEMIRO BORGES DE SOUZA
RG 441.132-SSP/PB


ANTONIO MARCOS ROCHA DE SOUSA
RG 1.928.127-SSP/PB



JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DA PARAIBA
CERTIFICO O REGISTRO EM: 31/10/2003
SCM Nº: 25600072310
Protocolo: 02023675-4
Deposito: 2 9070504 9
BATCENTER ACESSÓRIOS PARA AUTOS
LTDA.


DARLAN FERES CALACHEIDA
SECRETÁRIO GERAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JGSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 50118 Atd: Nao Regulac
Data: 05/08/2017
Hora: 00:58:09
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES DI
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: EDVALDO TOMAZ DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.08.000566

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1553397 Fone: 987209499

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 07/12/1973 Id: 43 ano(s)

Documentacao medico - no

End.: RUA/ CAPITAO VITORINO CARNEIRO DA CUNHA, 130

Bairro: TIBIRI II Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF: PB

Mae: MARIA GORETE DA SILVA

Pai: JOSE TOMAZ DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupacao: INSTALADOR SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: CASADO(A)

Medicacoes de Entrada

Escolaridade: NAO INFORMADO

Relig.: ESPOSA/MIRIAN

Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL DO TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: VITIMA QUEDA DE MOTO HJ AS

Vitima de violencia por: 16:30, NO CENTRO DE JOAO PESSOA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificacao de Risco:

RA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Temperatura: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispnia

[] Diarreia [] Agitacao

[] Regular [] Inconsciente

[] Vomito

Observacao

Encaminhado conforme pactuacao.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente homem branco, 43 anos, com queixa de trauma em punho e dor no abd. + tórax. Encaminhado ao trauma.

Diagnostico

Conduta

Exo: fratura em punho + fratura de costela. Rx Fratura de costela.

Prescricao

Definir Horário da medicacao

ED. 1) GNC. para dor (an. GNC) 2) Intoxicação por tóxico 3) At 6,5 ml 10% + SAT 5000 UI 10%

Tratado em 05/08/2017
08h12
08h12
08h12

Psicologia - Visita de rotina. Acompanhamento
14/08/17. + orientado

Valderi Araújo de Andrade

Psicólogo

CRP 170858

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtd	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução
-----	--------------	------	---------	----------

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberação

PROCESSAMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência

☐ Alta a pedido

☐ Transferido

☐ Enfermaria

☐ Desistência

Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ JML

☐ UTI

Assinatura da Enfermagem

Assinatura/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>EDUARDO JONAS DA SILVA</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <u>12/08/17</u>	Cirurgião: <u>JOÃO CARLOS</u>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Fratura de m. humeral</u> <u>humerus (C) CI</u> <u>lesão de 25 mm</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>0 mm</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>TC Cirúrgico</u> <u>Ressecção</u>				COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 26 DEZ. 2017 PROTOCOL AG. JOÃO PESSOA	
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 (X) Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 (X) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Pl 4 - OD N 203 A - EGRESSO
A 125/150 + 1000000

Incisão:

Longitudinal lateral
com 10-15 cm

Achados:

Vide 02/10/10

Conduta:

1. Incisão
2. Abertura da ferida
3. Desbridamento e limpeza
da ferida
4. Remoção da ferida
5. Fixação do retalho
de tecido
6. Sutura da ferida
7. Curativo
8. Ponto

Fechação:

26 DEZ 2007

PROTÓCOLO
AGENCIADOR

OBS:

Data:

12.08.17

MÉDICO/CRM



CERTIDÃO

Nº. 1563/2017

Documentação médico-hospitalar



Atendendo solicitação de GISELE LOPES TEIXEIRA 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 Nº50118 e Prontuário Nº 2017.08.000566 pertencente a **EDVALDO TOMAZ DA SILVA** que foi atendido dia 05/08/2017 às 00H58min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

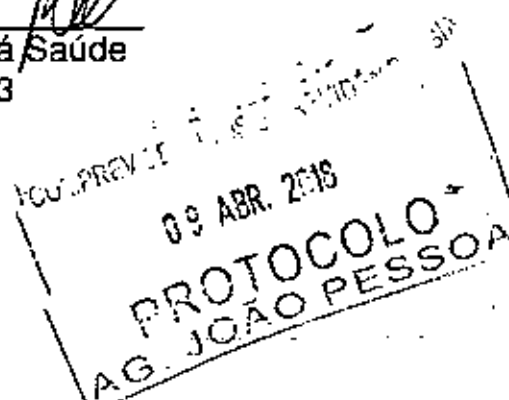
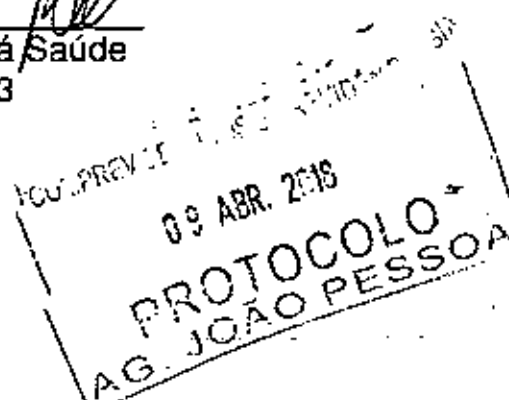
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tornozelo esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 12/08/2017.

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

João Pessoa, 17 de outubro de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha N°: 50118

Atd: Nao Regu

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Data: 05/08/2017

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 00:58:09

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES

FAX: ()

CNPJ:

Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: EDVALDO TOMAZ DA SILVA

Num. Prontuario: 2017.08.000566

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1553397 Fone: 987209499

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 07/12/1973 Id: 43 ano(s)

End.: RUA/ CAPITAO VITORINO CARNEIRO DA CUNHA, 130

Bairro: TIBIRI II Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF: PB

Mae: MARIA GORETE DA SILVA

Pai: JOSE TOMAZ DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupacao: INSTALADOR SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: CASADO(A)

1. RMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Rel. p.: ESPOSA/MIRIAN

Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Pro. encia: HOSPITAL DO TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima do acidente por: VITIMA QUEDA DE MOTO RJ AS

Vitima de violencia por: 16:30, NO CENTRO DE JOAO PESSOA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificacao de Risco:

FA:	FP:	[] Aparentemente Bem	[] Grave
FC:	TP:	[] Politraumatizado	[] Convulsao
Peso:	Altura:	[] Hemorragia	[] Dispneia
Temia:	IMC:	[] Diarreia	[] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[] Regular	[] Chocado
		[] Vomito	

Queix. Principal

Observacao

Encaminhado conforme pactuacao.

Luciana S. N. Santos
Enfermeira
COREN 78654

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Transtorno de ansiedade generalizada
Transtorno de ansiedade generalizada
Transtorno de ansiedade generalizada

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

Dr. Thales Figueiredo Sobrinho
CRM 17124
Ortopedia

1) Enc. para ans (an. Gen)
2) Intencao para TPC e controle da
3) At. C. S. e 1/4 + SAT 1000 mg 1/4



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Plat O - ODH LOS Ambrósio
 Anterior + superior

Incisão:

Longitudinal - 12 cm
 com 1 cm de (E)

Achados:

09 ABR 2018

PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

1. Plac. Maj. 1.º

Conduta:

1. Incisão
2. Abertura da pele
3. Desbridamento e limpeza
4. 12 cm
5. 12 cm
6. 12 cm
7. 12 cm
8. 12 cm
9. 12 cm
10. 12 cm
11. 12 cm
12. 12 cm
13. 12 cm
14. 12 cm
15. 12 cm
16. 12 cm
17. 12 cm
18. 12 cm
19. 12 cm
20. 12 cm
21. 12 cm
22. 12 cm
23. 12 cm
24. 12 cm
25. 12 cm
26. 12 cm
27. 12 cm
28. 12 cm
29. 12 cm
30. 12 cm
31. 12 cm
32. 12 cm
33. 12 cm
34. 12 cm
35. 12 cm
36. 12 cm
37. 12 cm
38. 12 cm
39. 12 cm
40. 12 cm
41. 12 cm
42. 12 cm
43. 12 cm
44. 12 cm
45. 12 cm
46. 12 cm
47. 12 cm
48. 12 cm
49. 12 cm
50. 12 cm
51. 12 cm
52. 12 cm
53. 12 cm
54. 12 cm
55. 12 cm
56. 12 cm
57. 12 cm
58. 12 cm
59. 12 cm
60. 12 cm
61. 12 cm
62. 12 cm
63. 12 cm
64. 12 cm
65. 12 cm
66. 12 cm
67. 12 cm
68. 12 cm
69. 12 cm
70. 12 cm
71. 12 cm
72. 12 cm
73. 12 cm
74. 12 cm
75. 12 cm
76. 12 cm
77. 12 cm
78. 12 cm
79. 12 cm
80. 12 cm
81. 12 cm
82. 12 cm
83. 12 cm
84. 12 cm
85. 12 cm
86. 12 cm
87. 12 cm
88. 12 cm
89. 12 cm
90. 12 cm
91. 12 cm
92. 12 cm
93. 12 cm
94. 12 cm
95. 12 cm
96. 12 cm
97. 12 cm
98. 12 cm
99. 12 cm
100. 12 cm

Fechamento:

12 cm

OBS:

Data:

12/08/17

MÉDICO/CRM

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

[illegible]

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

Dut

BUT

09/04/2018

Data da Consulta:09/04/2018



Imprimir Consulta

09 ABR. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180008848 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDVALDO TOMAZ DA SILVA **Data do acidente:** 04/08/2017 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO + ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO LAUDO MÉDICO ATUAL DESCREVENDO DIAGNOSTICO, EVOLUÇÃO CLÍNICA-ORTOPÉDICA E TRATAMENTO REALIZADO. EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHA DE SALA COM DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO E MATERIAIS UTILIZADOS, SUMÁRIO DE ALTA E EXAMES DE IMAGEM. INFORMAR TAMBÉM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR SE HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: KARLA SUELY MALHÃES DE SOUZA

CRM do médico: 52.52099-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Karla Souza

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Outros

des
VAT



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0493792/17
Vítima: EDVALDO TOMAZ DA SILVA
CPF: 798.516.814-15

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 04/08/2017
Titular do CPF: EDVALDO TOMAZ DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

Outros

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/01/2018
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/01/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180008848 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDVALDO TOMAZ DA SILVA **Data do acidente:** 04/08/2017 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO + ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO LAUDO MÉDICO ATUAL DESCREVENDO DIAGNOSTICO, EVOLUÇÃO CLÍNICA-ORTOPÉDICA E TRATAMENTO REALIZADO. EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHA DE SALA COM DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO E MATERIAIS UTILIZADOS, SUMÁRIO DE ALTA E EXAMES DE IMAGEM. INFORMAR TAMBÉM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR SE HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: KARLA SUELY MALHÃES DE SOUZA

CRM do médico: 52.52099-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Karla Souza

PROCURAÇÃO



OUTORGANTE:

Edvaldo Tomaz da Silva
 brasileiro(a), estado civil Casado profissão
Instalador de bateria CI RG nº 1553397
 CPF/MF nº 79851681415 residente e domiciliado(a) à Rua
Cap. Vitorino Carneiro da Cunha 130 A
 Cidade de Santa Rita Estado
Paraíba CEP: 58300-970 telefone
83 98859.9783, 83 98720.9499-3512-8500
99342-1140 / 94105-5363

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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

14 SET. 2017

João Pessoa, 14 de setembro de 2017.



Edvaldo Tomaz da Silva

OUTORGANTE

COPIAR E PRESENTAR
 14 SET 2017
 PROTOCOLO
 14 SET 2017
 SORTE
 EDVALDO TOMAZ DA SILVA
 En test da verdade, João Pessoa-PB 14/09/2017 14:37
 Carlos Antonio da S. Torres - Escrevente
 2017-020921000-04 19 23 FAPEN/PA 01 17
 SELLO DIGITAL: 864153-0016
 Confira a autenticidade em: sala digital.tpb.jus.br