

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **DANIEL BETEMILLI SANTOS**

Nº Sinistro: **3170663657**

Vitima: **DANIEL BETEMILLI SANTOS**

Data do Acidente: **09/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EVANDRO GONCALVES DO NASCIMENTO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170663657**.

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 12148904



Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **DANIEL BETEMILLI SANTOS**

Sinistro: **3170663657**

Vítima: **DANIEL BETEMILLI SANTOS**

Data do Acidente: **09/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EVANDRO GONCALVES DO NASCIMENTO**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170663657** 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, 16 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12243015

A/C: DANIEL BETEMILLI SANTOS

Nº Sinistro: 3170663657
Vítima: DANIEL BETEMILLI SANTOS
Data do Acidente: 09/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EVANDRO GONCALVES DO NASCIMENTO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: DANIEL BETEMILLI SANTOS

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 0000024954-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 035.118.434-13 Nome completo da vítima: Daniel Betenilli Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Daniel Betenilli Santos</u>	CPF titular da conta <u>035.118.434-13</u>	Profissão <u>Porteiro</u>
Endereço <u>Rua Jader da Costa Pereira</u>	Número <u>334</u>	Complemento
Bairro <u>Centro Saneamento</u>	Cidade <u>Joaquim Pessoa</u>	CEP <u>58080-450</u>
Email	Estado <u>PB</u>	Telefone (DDD)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☒ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRABESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NÚM. 1033 DV 013 CONTA NÚM. 00024954 DV 2
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome _____ NRO _____
 AGÊNCIA NRO. _____ DV _____
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

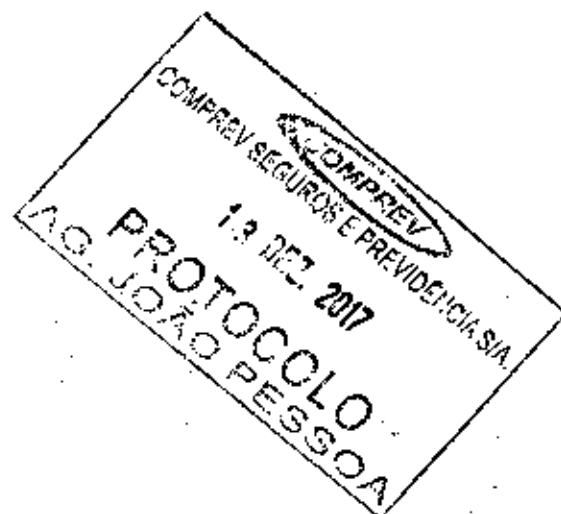


Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura seguradora para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na renda agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Joaquim Pessoa 13 de dezembro de 2017
 Local e data

x Daniel Betenilli Santos
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

 Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02201.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02201.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:49 horas do dia 12 de dezembro 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 José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu Daniel Betemilli Santos, CPF nº 035.118.434-13, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Porteiro, filho(a) de Maria de Lourdes Santos e Pai Não Declarado, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 03/10/1981 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua José da Costa Pereira, Nº 334, bairro Ernani Sátiro, tendo como ponto de referência Por Trás do Macro, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98853-4933.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Valdemar Galdino Naziazeno, Em Frente Ao Supermercado Todo Dia, João Pessoa/PB, bairro Ernesto Geisel; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 09/09/17 12:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE no dia 09/09/2017, por volta das 12:50hs, conduzia o veículo tipo motocicleta, HONDA POP 100, ano e modelo: 2012 de cor preta, placa: PFZ 1121/PE, chassi nº 9C2HB0210CR496759, pertencente a pessoa de Evandro Paulo da Costa; QUE, segundo ao chegar na AV Valdemar Galdino Naziazeno, bairro do Geisel um outro veículo tipo motocicleta fez uma manobra errada e colidiu com o veículo do notificante, que o notificante não sabe identificar o condutor do veículo causador do acidente, que o notificante veio ao solo devido a colisão e se lesionando, sendo socorrido pela ambulância do SAMU, conforme declaração e levado para o hospital, complexo hospitalar de Mangabeira conforme certidão de nº 1631/2017, datado de 23/10/2017, assinado pelo médica da Vigilância à saúde, CRM PB 3137, não quer representar criminalmente

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.

Boletim de ocorrência



João Pessoa/PB, 12 de dezembro de 2017.

JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS

Agente de Investigação

DANIEL BETEMILLI SANTOS

Notificante



Procedimento Policial: 02201.01.2017.1.00.420



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <https://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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Daniel Betimilli Santos

CPF da Vítima

035.418.434-13

Data do Acidente

09/10/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

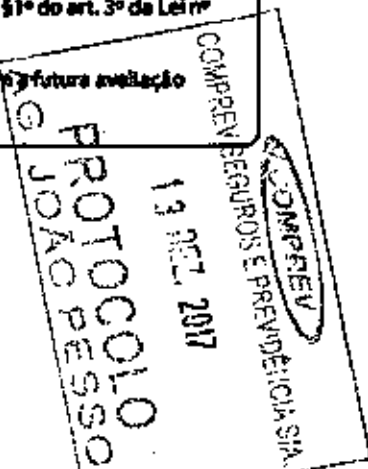
1 Pessoa 35 de dezembro de 2017

Local e Data

Daniel Betimilli Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





**SAMU
192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

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



**SAMU
192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

Comprovação de ato declaratório



DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 711/061, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo 1816987, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **DANIEL BETEMILLI SANTOS**, idade 36 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão moto x moto) no dia 09/09/2017, na Av. Valdemar Galdino Naziazeno, Bairro: Geisel - João Pessoa, aproximadamente às 12:50 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 22 de Novembro de 2017.

SAME

Jefferson da Rocha Augusto

Statístico

CREIS - Registro: 10.111

SAMU 192 JP

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/01/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL BETEMILLI SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000024954-2

Nr. da Autenticação 01DE45BA2A0C438A

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA
Rua Ferrelano Cimo, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-870 - CNPJ: 09.123.054/0001-07PARA CONTATO COM A CAGEPA
ESCREVA ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

853739

REFERÊNCIA

NOV/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

VANDA NAZARIO DA SILVA
RUA JOSE DA COSTA PEREIRA 334

ERNANI SATIRO 58080-450

JOAO PESSOA

Inscrição	SIN	Quantidade de Economias				Responsável
D01.28.060.D275	0	Residencial	Comercial	Industria	Público	853739
Hidrômetro	Data da instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y14N398053	01/12/2014	1	LIGADO	LIGADO		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUN. DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA		
374	385	11	32	16/12/2017		
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-MS						
MAI/2017	9	0	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
JUN/2017	11	0	COL.TOTAIS	265	278	278
JUL/2017	12	0	COL.TERMOT	0	0	0
AGO/2017	8	0	COR	72	91	91
SET/2017	9	0	CLORO	265	278	278
OUT/2017	10	0	TURBIDEZ	265	277	277
MEDIA(M)	10		DADOS REFERENTES A:SET/2017			

DATA DA LEITURA: 20/11/2017	HORA DA LEITURA: 10:45:44				
DESCRIÇÃO	CONSUMO	VL ÁGUA	VL ESGOTO	TOTAL(R\$)	
RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m	10	36,84	29,47	R\$66,31	
DE 11m A 20m	1	4,75	3,80	R\$8,55	
TOTAIS		41,59	33,27		

047-JURÓS DE MORA	R\$0,79
050-ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT.	R\$1,34

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS R\$6,92 PTS E COFINS LET 12.741/12

VENCIMENTO:	Total a Pagar:
01/12/2017	R\$76,99

v 16 13 8 1 0

INDICAÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDICIONADO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL
POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.
INFORMACOES GERAIS:
ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR

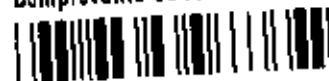


MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
853739	NOV/2017	01/12/2017	R\$76,99

76990010820-0 08537391120-6 17000000002-7



Comprovante de residência



2

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170663657

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DANIEL BETEMILLI SANTOS

Data do acidente: 09/09/2017

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: RIGIDEZ INTENSA DE TORNOZELO ESQUERDO, DOR CRÔNICA AOS ESFORÇOS, EDEMA RESIDUAL MODERADO. DIFICULDADE NA MARCHA (CLAUDICAÇÃO).

Resultados terapêuticos: PACIENTE DEU ENTRADA COM FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO. APÓS AVALIAÇÃO RADIOGRAFIA FOI INTERNADO E POSTERIORMENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA COM FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/01/2018

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Douglas Michalane Pires Teixeira

CRM do médico: 5336

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradorafider.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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Evandro J. do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 034645459-40 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Daniel Betimilli Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 035119434-13 do sinistro de DPVAT cobertura Inválida da Vítima Daniel Betimilli Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 035119434-13, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____

☒ 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>Rua Pádua Quaresma</u>		Número <u>308</u>	Complemento
Bairro <u>Sacolinha Curupa</u>	Cidade <u>Santa Rita</u>	Estado <u>Paraíba</u>	CEP <u>58300-000</u>
E-mail		Telefone comercial (DDD) <u>(83) 98423-2644</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 99815-1061</u>

N. Pessoa 13 de dezembro de 2017
Local e Data

Evandro J. do Nascimento
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EVANDRO PAULO da CostaRG nº 2048777, data de expedição 22/01/2016Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 02200145403, comdomicílio na cidade de João Pessoa, no Estado deParaíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)Amélia Pereira da Silva, nº 204,

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 DANIEL Betemilli Santos cujo o condutor eraDANIEL Betemilli Santos.Veículo: motoModelo: Honda BP 100Ano: 2012Placa: PF2 1121Chassi: 9C2HB0210CA496759Data do Acidente: 09-09-2017Local e Data: Rua Lucelino Kubitschek S/n Ernesto Giesel
João Pessoa Paraíba
04/12/17Evandro Paulo da Costa

Assinatura do Declarante

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



CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL

COMARCA DA CAPITAL

RUA LUCILINO KUBITSCHEK, S/N - ERNESTO GIESEL - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TEL: 3311-2017

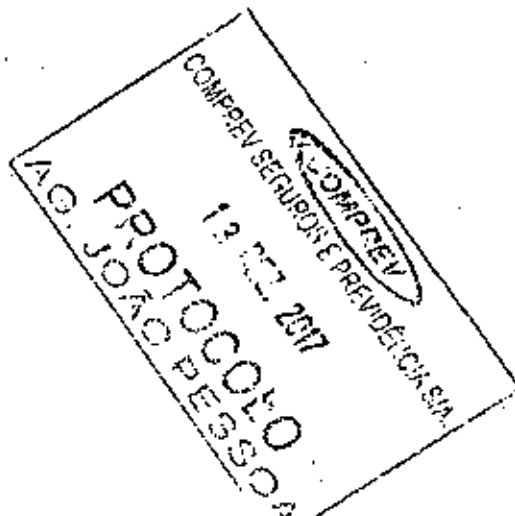
Reconheço Por Autenticidade a firma de EVANDRO PAULO DA

COSTA, [104463], J. Pessoa - PB, 04/12/2017 17:05:48 Emol

R\$9,23 Farpem: R\$0,27 Fepi: R\$1,85, ISS: R\$0,46. Em test da

Verdade. Tabelia CELEIDA COSTA FERREIRA SILVA. Selo

Digital AGD65451-SU9Z - Consulte em

<https://seindm101.trf4.jus.br/procceleida.com.br>

SECRETARIA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1280
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 59520 Atd: Nao Regul
Data: 09/09/2017
Hora: 14:05:45
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2017.09.001170

Nome: DANIEL BETEMILLI SANTOS
CNS: 20611200310004 Sexo: M IDENTIDADE: 2316157 Fone: 988534933
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 03/10/1981 Id: 35 ano(s)
End.: RUA JOSE DA COSTA PEREIRA, 334
Bairro: ERNANI SATIRO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: ARIA DE LOURDES SANTOS Pai: NAO DECLARADO

Estado Civil: CASADO(A)

Escolaridade: NAO INFORMADO

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: PORTEIRO SEM ESPECIFICACAO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: ESPOSA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Endencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X MOTO EM AO TODO DIA

Vitima de violencia por: AS 13HRS *CONDUTOR*

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:
PC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:



ixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Osado
[] Vomito
Observação

13 DEZ 2017
PROTOCOLADO
JOAO PESSOA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico) Paciente vítima de colis
moto - moto na vitima relata que fazia uso de c
cete. Nega dor toracica. Nega dor abdominal. Nega vô
desmaiões. Apresenta fratura exposta em perna @.
Refere VAT atualizada

Diagnostico

Conduta 1 - Solicito Raxio-X Per
2 - Alta da cirurgia qe
3 - Sol. Encaminhamento à
Ortopedia.

Prescriçao

Horario da medicacao

Jhonatan França
Cirurgião Geral
CRM-78 688 / CREMESP 1444

#ORTOPEDIA

Recebi em 13/12/17 a ficha de notificação com o TAV
e fizemos no local a avaliação de necessidade para
novos estudos.

OP: - SAT 5000 VI

Colaborador Ag. de Análise

- Ao Bloco Cirúrgico

Assinatura e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)



Dr. Leonardo Miranda
CRM 105.857

Dr. Rodrigo Mucual

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Medicamentos | Dose | Horário | Evolução

Psicologia

13/12/17

Visita de acolhimento ao paciente, no momento
paciente apresenta estado emocional
estável. Fato a ser considerado.

Valderi Araújo de Andrade

Psicólogo

Reservado

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residência [] Transferido [] Desistência [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 09 / 09 / 17

Nome: Ramuel Betencourt de Souza
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

QPD: Doença de Parkinson com tremor essencial da TME e SA

HDA: Paciente com história de trauma na TME e SA em que o trauma ocorreu no local onde trabalhava em função de queda de um objeto, com sintomas de parkinsonismo nos membros superiores e inferiores, com tremor essencial da TME e SA e SA. Ao exame físico, observamos tremor essencial da TME e SA.

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele:

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Polúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposso ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSO: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: fract. exposta do TUB. 5^a (LACUNA do TUB.)

Conduta: - Ao plano cirúrgico

- LHC + PESSIGUAMENTO + RUTINA

- INTERCONECÇÃO II ATA e PESSIGUAMENTO emergencial

3^a JELVA

Dr. Leonardo Miranda

MED. D.

CRM 10.000

Dr. Rodrigo Azevedo

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em DDA sob monitorização
- Assepsia + cateterismo + posição de decúbito lateral

Incisão:

- Ampliação de locais pré-fixados em nível medial

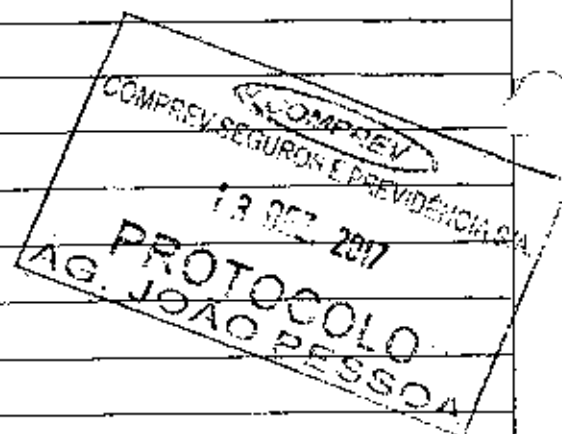
Achados:

Conduta:

- Abc com SFG de forma associada
- Remoção de tecido cartilaginoso
- Remoção de material para exame do TUE ESO
- Sutura em planos sucessivos
- Imobilização com gesso até 90°

Fechamento:

OBS: IMOBILIZAÇÃO DO TORAX COM AVANÇAR MARCHAS!



Data: 05 / 12 / 17

Dr. Leonardo Miranda

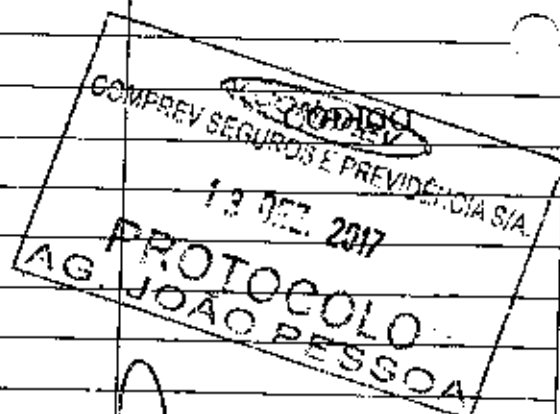
[Signature]

MÉDICO/CRM



RELATÓRIO DE CIRURGIA

PACIENTE: DANIEL BENETELLI SANTOS				REGISTRO:	
IDADE: 36 ANOS	SEXO: F	COR:	CLÍNICA: ORTOPEDIA	ENFERMARIA: 27	LEITO: 419
DATA: 14/09/2017	CIRURGIÃO: DR HEISENBERG ALMEIDA			1º AUXILIAR DR FREDERICO BOLITREAU	
2º AUXILIAR:		3º ASSISTENTE:		INSTRUMENTADOR:	
ANESTESISTA: DR NETO		TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA		HORÁRIO: Início: Término:	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
LATURA TORNOZELO ESQUERDO					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
O MESMO					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					
RAFI COM PLACA 3,5					
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					



14 SET. 2017

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA

ASSEPSIA + ANTISSEPSE

APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS

Incisão:

INCISÃO LATERAL EM TORNOZELO ESQUERDO

DISSECÇÃO POR PLANOS

Achados:

FRATURA DESVIADA AO RX

Conduta:

REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO COM PLACA 3,5 SOB TV

RX CONTROLE

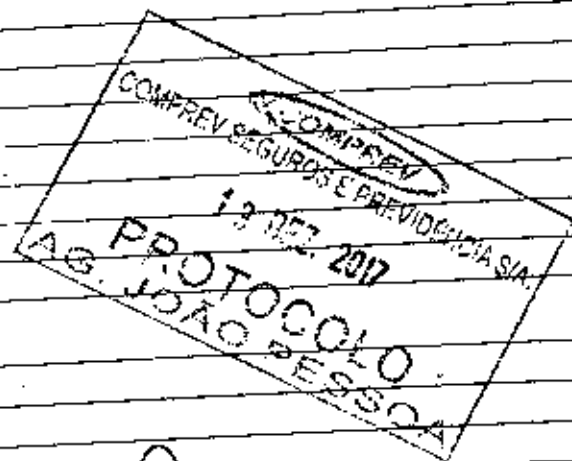
Fechamento:

SUTURA POR PLANOS INVERSOS

CURATIVO

TALA BOTA

OBS:



[Signature]
Dr. Heisenberg Almeida
CRM: 57115

14 SET. 2017

Data: 14/09/2017

MÉDICO/CRM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

917



PCLEGAP, DPEITO

Daniel Betemilli Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2.316.157 - 2 VIA DATA DE EXPIRAÇÃO 01/2012

NOME DANIEL BETEMILLI SANTOS

FILIAÇÃO MARIA DE LOURDES SANTOS

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB

DOC ORIGEM CASAM N. 5397 FLS. 197 LIV. 24

CARTÓRIO JOÃO PESSOA-PB

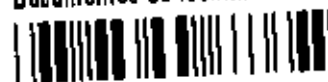
CPF. 118.434-13

DATA DE NASCIMENTO 03/10/1981

ASSINATURA DO INTERESSADO

LEI Nº 7.116 DE 2006

Documentos de identificação



COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

12 DEZ. 2007

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITACAO

Nome: EVANDRO GONCALVES DO NASCIMENTO

DOCUMENTO / DNO. PESSOA W 2215828 RSP PB

CPF 037.645.454-70 Data Nascimento 05/05/1979

Função: MARIA GONCALVES DO NASCIMENTO

PROVAÇÃO: [] REC: [] CATEGORIA: AB

Nº PROTOCOLO 03365950805 VALOR 07/12/2020 1ª HABILITACAO 26/08/2004

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1226718168

PROIBIDO PLASTIFICAR 1226718168

Assinatura p. do titular do documento

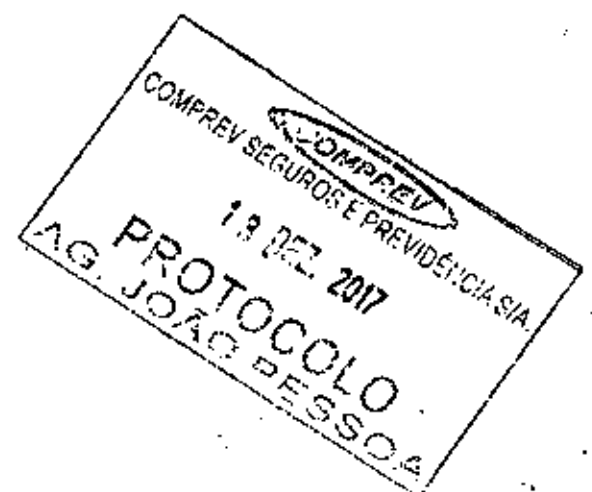
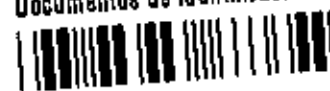
Assinatura do Autorizador

LOCAL: JOAO PESSOA, PB Data Emissão: 09/12/2015

65865286094 88031759670

DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITACAO

Documentos de Identificacao



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Contratos de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0480205/17
Vítima: DANIEL BETEMILLI SANTOS
CPF: 035.118.434-13

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 09/09/2017
Titular do CPF: DANIEL BETEMILLI SANTOS

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

Outros



DANIEL BETEMILLI SANTOS : 035.118.434-13

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

EVANDRO GONCALVES DO NASCIMENTO : 037.645.454-70

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/12/2017
Nome: EVANDRO GONCALVES DO NASCIMENTO
CPF/CNPJ: 037.645.454-70

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2017
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

EVANDRO GONCALVES DO NASCIMENTO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170663657 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL BETEMILLI SANTOS **Data do acidente:** 09/09/2017 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de tornozelo esquerdo

Resultados terapêuticos: Não há como definir, prever ou quantificar com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à perícia médica para melhor apuração e valoração fidedigna de possíveis sequelas insusceptíveis à terapêutica nos moldes previstos pela legislação vigente.

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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

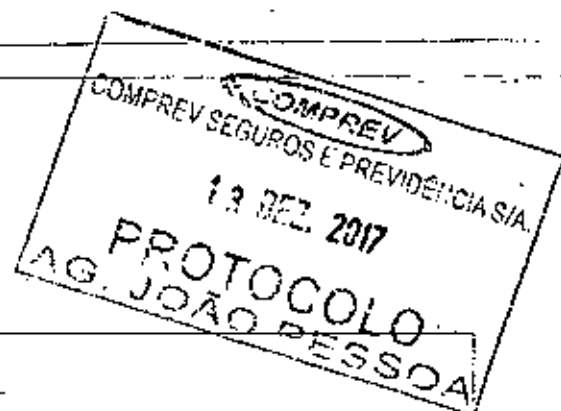
UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Procuração



PROCURAÇÃO



OUTORGANTE:

Daniel Betimilli Santos

Brasileiro (a), estado Civil casado, Profissão

Porteiro, CI RG

nº 2.346.454

CPF/MF nº 035.448.434-13, residente a domiciliado(a) à

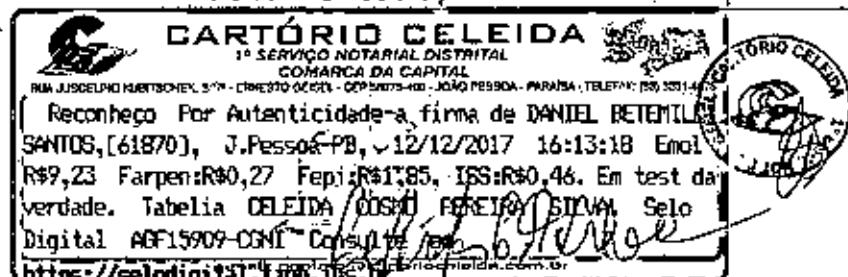
Rua João da Costa Pereira 334 Exmami

Santos, Cidade de João Pessoa

Estado Paraíba, 58080-450

OUTORGADO: Evandro Gonçalves do Nascimento, CPF sob o nº 037.645.454-70 e RG sob o nº 2215828, com endereço na Rua Policarpo Quaresma, nº 308, Tibiri II, Santa Rita-PB.

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 apresenta 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.



João Pessoa, 12 de Dezembro de 2017



Daniel Betimilli Santos

OUTORGANTE