

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: RITA MATOS DA SILVA

Nº Sinistro: 3180434261

Vitima: RITA MATOS DA SILVA

Data do Acidente: 25/10/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180434261**.

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 13395379



Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: RITA MATOS DA SILVA
Nº Sinistro: 3180434261
Vitima: RITA MATOS DA SILVA
Data do Acidente: 25/10/2015
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180434261**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar 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 13429921



Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180434261

Vítima: RITA MATOS DA SILVA

Data do Acidente: 25/10/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RITA MATOS DA SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

OCORRÊNCIA POLICIAL VERSANDO SOBRE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 011/2018

Aos **07 de março de 2018**, nesta cidade de **Nova Floresta**, Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil**, quando encontrava-se presente o Bel. **DÉCIO DE SOUZA FILHO**, Delegado de Polícia Civil, comigo **LEANDRO R DE S AZEVEDO**, ao final assinado, aí, por volta das **09:55** horas, compareceu **RITA MATOS DA SILVA**, conhecido(a) por **RITA**, nacionalidade **BRASILEIRA**, estado civil **SOLTEIRA**, profissão **AGRICULTORA**, grau de instrução **ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO**, com **41** anos de idade, nascido(a) aos **10/01/1977** em **ARACI – BA**, filho(a) de **JOSÉ DA SILVA** e **AUREA DOS SANTOS MATOS**, portador(a) de Cédula de Identidade Nº **36.315.990-3**, expedido pela **SSP/SP** e C.P.F. de Nº **321.944.088-60**, residindo no seguinte endereço **RUA SEVERINO INOCENCIO DE SOUZA, 636**, bairro **DAS GRAÇAS**, cidade de **CUITÉ – PB**, telefone: () , celular: **(83) 9.96258278**, **CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTARÁ SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE. ASSIM FAZ O REGISTRO:**

QUE na data 25.10.2015, por volta das 15:00 horas, a noticiante caminhava na Rua Severino Inocencio, Bairro das Graças, Cuité/PB, quando ia atravessar a rua tomou um susto de um cachorro e não viu um carro GOL BRANCO que se aproximava, em baixa velocidade, e foi atropelada pelo mesmo, o qual estava sendo dirigido pelo Sr.º Francisco de Assis dos Santos, o qual prestou socorro e toda a assistência à noticiante; QUE, o Sr.º Francisco, também conhecido popularmente como "Neguinho", é portador da CNH 03393102670 DETRAN RN, e reside na cidade de Jaçanã/RN e estava no seguinte veículo: VW/GOL MI, COR BRANCA, ANO/MODELO 1997/1997, PLACA MXX 4168/RN, CHASSI 9BWZZZ377VT086814, CÓDIGO RENAVAM 00176941118, LICENCIADO EM NOME DE FRANCISCO DE ASSIS DOS SANTOS; QUE, a noticiante, com o impacto do veículo, caiu ao chão e foi socorrida pelo próprio motorista, o qual o levou para o Hospital de Cuité, de onde foi encaminhada para o Hospital de Trauma de Campina Grande/PB e foi o próprio motorista FRANCISCO que a levou até Campina Grande/PB, onde foi diagnosticado que a noticiante sofreu uma Fratura Bilateral dos Punhos, conforme laudos apresentados no ato desta Ocorrência; QUE, a noticiante foi submetida a uma cirurgia nos dois punhos e passou três anos sem poder realizar suas funções profissionais e desde então não consegue realizar suas atividades como dantes. **Nada mais havendo a tratar, depois de lido e achado conforme, vai por mim e pelo(a) noticiante assinada.**

TESTEMUNHAS:

1 – Nome: FRANCISCO DE ASSIS DOS SANTOS, R.G. n.º 2143275 SSP/PB, C.P.F. n.º 014.318.124-63.

Endereço: RUA MARIA JUSTINA 271 CENTRO JAÇANÃ/RN.

2 – Nome: DAMIANA CÍCERA DA SILVA LIMA, R.G. n.º 496.837 2ª VIA SSP/PB, C.P.F. n.º 207.583.674-49.

Endereço: RUA NAPOLEÃO LAUREANO 157 CENTRO CUITÉ/PB.

Nova Floresta/PB, 16 de abril de 2018.


RITA MATOS DA SILVA
Noticiante

LEANDRO R. DE S. AZEVEDO
Escrivão de Polícia


COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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 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

Rita Motos da Silva

CPF da Vítima

322.944.088-60

Data do Acidente

25.10.2015

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

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.

Pirui-16, 23 de MAIO de 2018

Local e Data

Rita Motos da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RITA MATOS DA SILVA
RUA SEVERINO JOVENCIO DE SOUZA, 339 - DIAS OMACAS
C/ITE - PE CEP: 56170000 (AG 90)

Emissao: 28/03/2018 Referência: Mar/2018
ClassifSubcl: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO R120, Km56 - Distrito: João Pessoa/PE-CEP 58071-630
Roteiro: 17 - 105 - 105 - 4235 NF Medidor: 00008155712

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.085.183/0001-40 Ins. Est. 18.015.323-6

Kota Focal/Conta de Energia Elétrica: R004-225-434
Cód. para Dtb. Automático: 06017700899

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Mar/2018	28/03/2018	27/04/2018	32194408860 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1770089-9

Canal de contato

- Furtos de energia e a maior roubada. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e dar cadeia. É muita prejuízo a ele quem não faz. O furto prejudica a qualidade do fornecimento, pode causar queda de energia, queima de eletrodomésticos e até incêndios.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, Zika e Chikungunya. Ministério da Saúde, Governo Federal.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
27/03/18	163	28/03/18	232		69	28
Demonstrativo						
CCI Detalhado		Quantidade Tópico	Valor Base Calc	Alc. (mo/R\$)	Base Calc. Pó/R\$	Colmo/P\$
		Tributos Totais (R\$): ICMS (R\$)		IGMS	R\$/Colmo (R\$) (26777%)	0,1214%
0601 Consumo em kWh		69,000 0,894840	47,93	47,93 25	11,98	47,93 0,32 1,49
		LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0301 CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA			4,08	0,00 0	0,00	0,30 0,00 0,00

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL 52,01 47,93 11,98 47,93 0,32 1,49

Média últimos meses (kWh) 54
VENCIMENTO 05/04/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 52,01

Histórico de Consumo (kWh)

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 12 164 189
Mar17 Abr17 Mai17 Jun17 Jul17 Ago17 Set17 Out17 Nov17 Dez17 Jan18 Fev18

c532.90e2.b70b.b591.8a1c.2b44.60d6.bb19.

Indicadores de Qualidade 1/2018 - C/UE

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,95	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	11,10		
DIC ANUAL	32,21		CONTRATADA 203
FIC MENSAL	3,26	0,00	
FIC TRIMESTRAL	8,77		
FIC ANUAL	17,48		LIMITE SUPERIOR 231
DMC	3,20	0,00	
DIORA	12,22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PS	13,07	25,17
Compra de Energia	16,45	29,71
Serviço de Transmissão	2,00	3,85
Encargos Setoriais	3,52	6,93
Impostos Setoriais e Encargos	17,57	34,26
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	52,01	100,00

Valor do EUSD (Ref. 1/2018): R\$ 15,96

ATENÇÃO

- Leitura Confirmada

Faturas em atraso

13 SET. 2018
PROTOCOLO
DE RESOLUÇÃO

PARAIBA
Roteiro: 17 - 105 - 105 - 4235
Matrícula: 1770089-2018-03-3

VENCIMENTO 05/04/2018

TOTAL A PAGAR R\$ 52,01

83600000000-7 52010054000-1 17700892018-9 03300105019-5

13 SET. 2013
PROTOCOLLO
42.0060 DESS

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/BIBLIOTECASWEB/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 NILO TRIGUEIRO DANTAS inscrito (a) no CPF/CNPJ 047.951.774 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LITA MATOS DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 321.944.088 / 60, do sinistro de DPVAT cobertura INVAZÃO da Vítima LITA MATOS DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 321.944.088 / 60, 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.

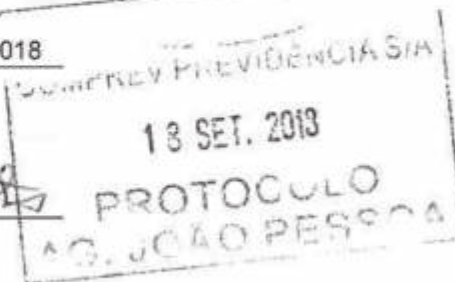
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço Rua Roldão Zacarias de Macedo		Número 145	Complemento casa
Bairro JK	Cidade Picui	Estado PB	CEP 58187-000
Email nilotdantas@hotmail.com		Telefone comercial(DDD) (83)33712274	Telefone celular (DDD) (83) 999125490

Picui/PB, 13 de SETEMBRO de 2018

Local e Data

Nilô Trigueiro Dantas
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco de Assis dos Santos,
RG nº 2143275, data de expedição 1/1/,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 014.318.124-63, com
domicílio na cidade de Jaçanã, no Estado de
RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Maria Justina, nº 271,
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 Rita Mota da Silva, cujo o condutor era
a mesma.

Veículo: VW GOL

Modelo: GOL MI

Ano: 1997

Placa: MXX 41681RN

Chassi: 9BWIZ377V+086814

Data do Acidente: 25.10.2015

Local e Data: JAÇANÃ-RN, 19/04/18



Francisco de Assis dos Santos

Assinatura do Declarante

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



CARTÓRIO ÚNICO DE JAÇANÃ-RN

Reconheço a(s) firma(s) de Francisco

de Assis dos Santos.

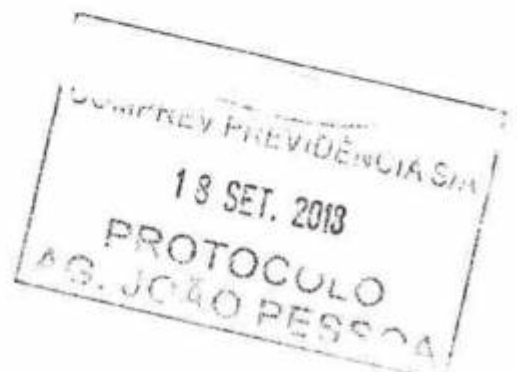
_____ por semelhança, do
que dou fé.

Jaçanã-RN

18 de Abril de 2018

CARTÓRIO ÚNICO DE JAÇANÃ-RN

Caio Felipe Feitosa Confessor
Escrivente Autorizado



GOVERNO
DA PARAÍBASECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SUS

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Código da Unidade: 00023671

CNPJ: 08-778.268/0001-60

Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

Município: CAMPINA GRANDE

Estado: PARAÍBA

UF: 25

PACIENTE:

Nome: PRONTUÁRIO Nº: 1247874

Sexo: FEMININO

Idade: 38,7

Profissão: RITA MATOS DA SILVA

Documento: 363158903

Endereço: AGRICULTORA 84- 987110735 (KT)

Bairro: Djalme Pereira

Município: TOMAS CAMPOS, 293

Estado: CEP:

Data Atendimento: 11/09/2015

Código do Município: 350510

RAÇA/COR

() 1 - BRANCA NASCIMENTO: 10/02/1977 () 2 - PRETA QUEIXAS: FRATURA BILATERAL DOS PUNHOS

() 3 - PARDAS () 4 - AMARELA () 5 - INDÍGENA () 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

fratura distal bilateral

18 SET. 2015

PROTÓCOLO

18 SET. 2015

PROTÓCOLO

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

TIPO

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. *fratura distal bilateral*
2. *fratura distal bilateral*
3. *fratura distal bilateral*
4. *fratura distal bilateral*
5. *fratura distal bilateral*

DIAGNÓSTICO / CID:

fratura distal bilateral

NATUREZA

Consulta Básica (PAB):

Consulta Especializada:

PRO

TIPO DE

☐ 01 - URGÊNCIA.☐ 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU☐ 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO☐ 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRABALHO☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTOS

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

☐ 01 - PRESCRITA☐ 02 - OBSERVADO☐ 02 - APLICADA☐ 03 - OUTRO

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IAIS) ASSISTENTE

CRM - 12232/TEOT 13

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE

FERNANDO DE ASSIS

ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)



Ficha de Acolhimento

Nome: Rita Matos da Silva
 End: R. Tomás Campos, 293 Bairro: D. João Pereira
 Data de Nascimento: 30/08/1977 Documento de Identificação: Cidade - PB
 Queixa: Fratura Data do Atend: 25/10/15 Hora: 8:29 Documento:

Bilateral dos Punhos

Classificação de Risco

Nível de consciência: ☒ Bom () Regular () Baixo Aspecto: ☒ Calmo () Fácies de dor () Gemente
 Frequência respiratória: Frequência cardíaca:
 Pressão arterial: Temperatura axilar:
 Dosagem de HGT: Mucosas: ☒ Normocorada () Pálida
 Deambulação: ☒ Livre () Cadeira de rodas () Cama

Estratificação

- () Vermelho - atendimento imediato
 () Verde - atendimento até 4 horas

- ortopedia
☒ Amarelo - atendimento até 1 hora
 () Azul - atendimento ambulatorial

[Handwritten signature]
 [Stamp: RITA MATOS DA SILVA, ORTOPEDIA]

Assinatura e carimbo do profissional



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

PACIENTE: RITA MATOS DA SILVA
 DATA DO EXAME: 25.10.2015
 RADIOGRAFIA DE PUNHOS

- Fratura bilateral do radio distal e unilateral do processo estilóide da ulna sem desvios importantes.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

7





Hospital e Maternidade Municipal de Cuité

Rua 15 de Novembro, n.º 160- Centro - 58175-000

Telefone: (83) 3372-2766 / 3372-2240

Email: hospitalkuite@hotmail.com

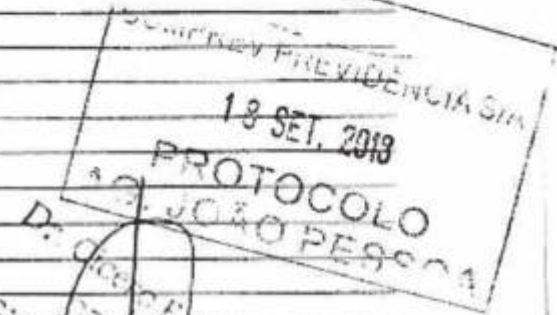
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

• AO HOSPITAL: <u>Emergência e Trauma de C.C.</u>	
• DATA: <u>25/10/15</u>	
IDENTIFICAÇÃO	
• PACIENTE: <u>Ribeiro Mateus da Silva</u>	
• IDADE: _____	
FILIAÇÃO	
• PAI: _____	
• MÃE: _____	
• ENDEREÇO: _____	

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO:

Fratura Bilateral dos
Antebraços

28/10/15



[Signature]
Profissional Responsável




MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

321.944.088-60

RITA MATOS DA SILVA

10/01/1977



REGISTRO GERAL	36
NOME	RITA
FILIAÇÃO	JOSÉ
E ALF	
NATURALIDADE	ARACI
DOC ORIGEM	
CPF	321.944.088-60

SECRETARIA DE RECEITA FEDERAL DO BRASIL
13 SET. 2013
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 05461822

USO OBRIGATORIO PARA TODOS OS FINS LEGAIS (Art. 13 da Lei nº 2.180-94)

IDENTIDADE DO PROFISSIONAL

Nilo Trigueiro Dantas

046

047 951.774-88

01 18/01/2013

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA

IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME

NILO TRIGUEIRO DANTAS

FILIAÇÃO

NILVAN ARAÚJO DANTAS

MARLI LUCIA TRIGUEIRO DANTAS

NACIONALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO

09/09/1983

CPF

047 951.774-88

RG

2889825 - SSP/PB

DATA DE EMISSÃO

01 18/01/2013

ASSINATURA

Nilo Trigueiro Dantas

QUINTO DESENHO CAVALCANTI GUARIMINO

PREZIDENTE

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 SET. 2013

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 9279/0093 Nº 011881747888
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CÔD. RENAVAM 00176941118 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2015

NOME
FRANCISCO DE ASSIS DOS SANTOS

CPF / CNPJ 014.318.124-63 PLACA MXK4168

PLACA ANT. / UF RN7858 / RN CHASSI 98WZ31377V1086814

ESPÉCIE TIPO PASSAGEIRO/AUTOMÓVEL/NAO APLICÁVEL COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO VW/GOL HI ANO FAB. 1997 ANO MOD. 1997

CAP. / POT. / CIL 42/62CV CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE BRANCA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
R\$ 0.00 27/04/2015 1º ISENTO
FAIXA LPVA. PARCELAMENTO / COTAS 2º ISENTO
A 115757 3X R\$ ***** 3º ISENTO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DETRAN: PAGO *** TAXAS DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES
MOTOR: AF2089469 TO DE FORTE OBRIGATORIO
TRANSPARENCIA

JACANA/RN DATA 27/04/2015

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RN Nº 011881747888 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 27/04/2015

VIA 1 CPF / CNPJ 014.318.124-63 PLACA MXK4168

RENAVAM 00176941118 MARCA / MODELO VW/GOL HI

ANO FAB. 1997 CAT. TRF. 1 Nº CHASSI 98WZ31377V1086814

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.248.008/0001-04
www.seguradoralider.com.br

13 SET. 2013
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
FRANCISCO DE ASSIS DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2143275 SSP PR

CPF
014.318.124-63 DATA NASCIMENTO
20/09/1975

FUNÇÃO
ESTELITA FERNANDES DOS SANTOS

PERMISSÃO
ACE CANAL
ADY

Nº REGISTRO
03399102670 VALIDADE
14/07/2018 1ª HABILITAÇÃO
29/09/2004

CLASSIFICAÇÃO

Assinatura do Portador

LOCAL
SUATAL, RN DATA EMISSÃO
15/07/2013

ASSINATURA DO DETRAN 14561175389
RN701775682

DETRAN - RN (RIO GRANDE DO NORTE)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
748798198

PREMIUM PLASTIFICAR
748798198

PROPRIETARIO DO VEICULO

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 SET. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO

Eu, Damiana cícena da S. Lima venho por meio desta a quem interessar possa que no dia 25/10/2013, por volta das 15:00 horas, Prestei socorro ao(a) Sr(a) Rita Mota da Silva levando-o(a) ao Hospital de Cuite para tratamento de lesões que o(a) mesmo sofreu no acidente em que foi vítima, visto que na cidade onde mora não consta Atendimento ou Remoção pelo Samu, Corpo de Bombeiros, Anjos do asfalto e outros.

Sem mais para o momento, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se julguem necessários.

N. Floresta, 23 de Abril de 2018.

Atenciosamente,

Damiana Cícena da Silva Lima
ASSINATURA DA TESTEMUNHA

SERVIÇO NOT. E REGISTRO CIVIL
Rua Prof. Felinto Florentino, 60
Centro - Tel: (83) 3374-1414
NOVA FLORESTA - PB

Reconheço a(s) firma(s) e letra(s) por autenticidade

de Damiana Cícena da Silva Lima

Dou fé. Test* (fls.) da verdade.

Nova Floresta - PB 23 de Abril de 2018.

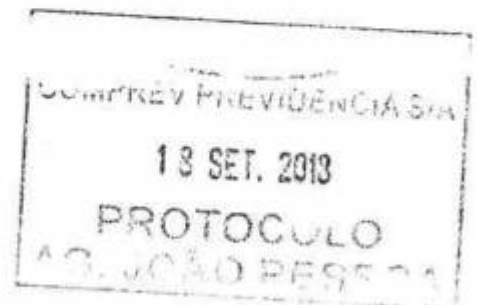
Damiana Cícena da Silva Lima

Elisana Clementino Pereira
Escrevente Substituta

AGT45193 - 18QK

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

Serviço Not. e Registro Civil
Elisana Clementino Pereira
Escrevente Substituta
Nova Floresta - Comarca de Cuite - PB



DECLARAÇÃO

Eu, Francisco de A. dos Santos, Venho por meio desta a quem interessar possa que no dia 25/10/2015, por volta das 15:00 horas, Prestei socorro ao(a) Sr(a) Rita Mates da Silva levando-o(a) ao Hospital de Cuite para tratamento de lesões que o(a) mesmo sofreu no acidente em que foi vítima, visto que na cidade onde mora não consta Atendimento ou Remoção pelo Samu, Corpo de Bombeiros, Anjos do asfalto e outros.

Sem mais para o momento, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se julguem necessários.

JACANÃ-RN, 18 de Abril de 2018.

Atenciosamente,



Francisco de Assis dos Santos

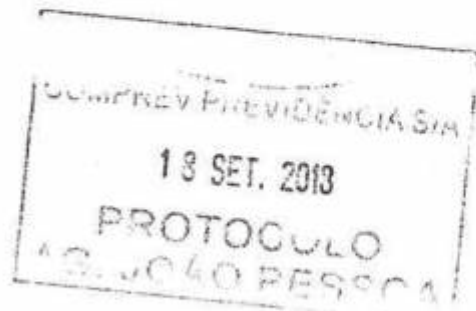
ASSINATURA DA TESTEMUNHA



CARTÓRIO ÚNICO DE JACANÃ-RN
Reconheço a(s) firma(s) de Francisco de Assis dos Santos por semelhança, do que dou fé.

Jacaná-RN
18 de Abril de 2018
CARTÓRIO ÚNICO DE JACANÃ-RN

Caio Felipe Feltosa Confessor
Escrevente Autorizado



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180434261 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RITA MATOS DA SILVA **Data do acidente:** 25/10/2015 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO BILATERAL.
FRATURA DO PROCESSO ESTILOÍDE DA ULNA SEM LATERALIDADE DEFINIDA.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA: RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO; EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.
TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.
NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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

PROCURAÇÃO

Outorgante: Rita Matos da Silva,
brasileiro(a), solteira, agricultora,
portador(a) do RG nº. 36.315.990-3 expedido por SSP/SP em
28/08/1998 e do CPF nº. 321.944.088-60, residente na (o)
Rua Severino Inocencio de Souza,
município de Cuite - PB, CEP 58.175-000

Outorgado: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito a
OAB/PB sob nº. 13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825
SSP/PB 2ª via e CPF nº 047.951.774-65, residente e domiciliada na Rua Roldão
Zacarias de Macedo, 145, JK, Picui – PB. e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.:
(83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

Poderes: Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo
meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes
para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO
DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Picui - PB, 23 de Abril de 2018.

Nilo na To Silva
outorgante

RECONHECIMENTO

Serviço Not. e Registro Civil
Rua Prof. Felinto Florentino, 60
Centro - Tel: (83) 3374-1414
NOVA FLORESTA - PB

Reconheço a(s) firma(s) e retrato por autenticidade
de: Rita Matos da Silva
Dou fe Teste (23) da verdade.
Nova Floresta - PB 23 de abril de 2018.
Rita Matos da Silva Costa Oliveira
Eliana Clementino Pereira
Escrevente Substituta

AGT45192 - R1VG

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

Serviço Not. e Registro Civil
Eliana Clementino Pereira
Escrevente Substituta
Nova Floresta - Comarca de Cuite - PB

COMPROVAÇÃO PREVIDÊNCIA S/A
13 SET. 2018
PROTOCOLO
AD. DO DO PESSOA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0341907/18

Vítima: RITA MATOS DA SILVA

CPF: 321.944.088-60

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 25/10/2015

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RITA MATOS 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

NILO TRIGUEIRO DANTAS : 047.951.774-65

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

RITA MATOS DA SILVA : 321.944.088-60

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: 18/09/2018
Nome: NILO TRIGUEIRO DANTAS
CPF: 047.951.774-65

NILO TRIGUEIRO DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2018
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS