

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: 19/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JONAS DE CARVALHO SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03348

CONTA: 00000003443-9

Nr. da Autenticação DA1B23A350143756

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180349487 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JONAS DE CARVALHO SILVA **Data do acidente:** 30/01/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/09/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Bruno Barbosa Mendonca".

Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **JONAS DE CARVALHO SILVA**

Nº Sinistro: **3180349487**

Vitima: **JONAS DE CARVALHO SILVA**

Data do Acidente: **30/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180349487**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **JONAS DE CARVALHO SILVA**

Nº Sinistro: **3180349487**

Vitima: **JONAS DE CARVALHO SILVA**

Data do Acidente: **30/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180349487**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML 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.seguradoraslider.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, 12 de Novembro de 2018

Carta nº 13578318

A/C: JONAS DE CARVALHO SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180349487 ASL-0277296/18
Vítima: JONAS DE CARVALHO SILVA
Data Acidente: 30/01/2018
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo 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

558.621.699-89

Nome completo da vítima

Jeroni de Carvalho Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Jeroni de Carvalho Silva	558.621.699-89	Autônomo
Endereço	Número	Complemento
Rua João da Cunha	206	
Bairro	Cidade	Estado
Mangabeira	Jonatas Ribeiro	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
molni.dpvat@gmail.com	58000-000	(83) 99100-0607

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.: 3348 D/V: 03993 CONTA NRO.: 9
 (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome _____ NRO. _____

AGÊNCIA NRO.: _____ D/V: _____ CONTA NRO.: _____ D/V: _____
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

Jeroni de Carvalho Silva . 25 de Julho de 2018
 Local e Data

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 30 JUN. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Jeroni de Carvalho Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18007133B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES GERAIS

POLICIAL/MATRÍCULA: JOAO NETO/1970075 DATA/HORA: 30/01/2018 16:00

Na Rodovia

MUNICÍPIO/UF:

BAYEUX/PB

BR: 230 KM: 34.0 SENTIDO: Decrescente

DESCRITIVO DO LOCAL:

ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

FASE DO DIA:	CONDICÃO METEOROLÓGICA:	
Pleno dia	Céu Claro	
TIPO DE VIA:	TIPO DE PISTA:	CONDICÃO DE PISTA:
Principal	Dupla	Seca
TIPO DE PAVIMENTO:	ESTRUTURA VIARIA:	
Asfalto	Reta	
LOCALIDADE URBANIZADA:	EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO:	EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL:
Sim	Sim	Sim



IMAGEM DO LOCAL



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

AUXÍLIO DE OUTRO ÓRGÃO:

Corpo de bombeiros

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO AUXÍLIO:

Não compareceu por não possuir VTR disponível

AUXÍLIO DE OUTRO ÓRGÃO:

SAMU

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO AUXÍLIO:

Não compareceu por não possuir VTR disponível

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTÓCOLO:
18007133B01

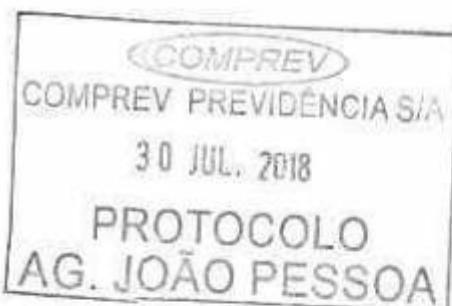
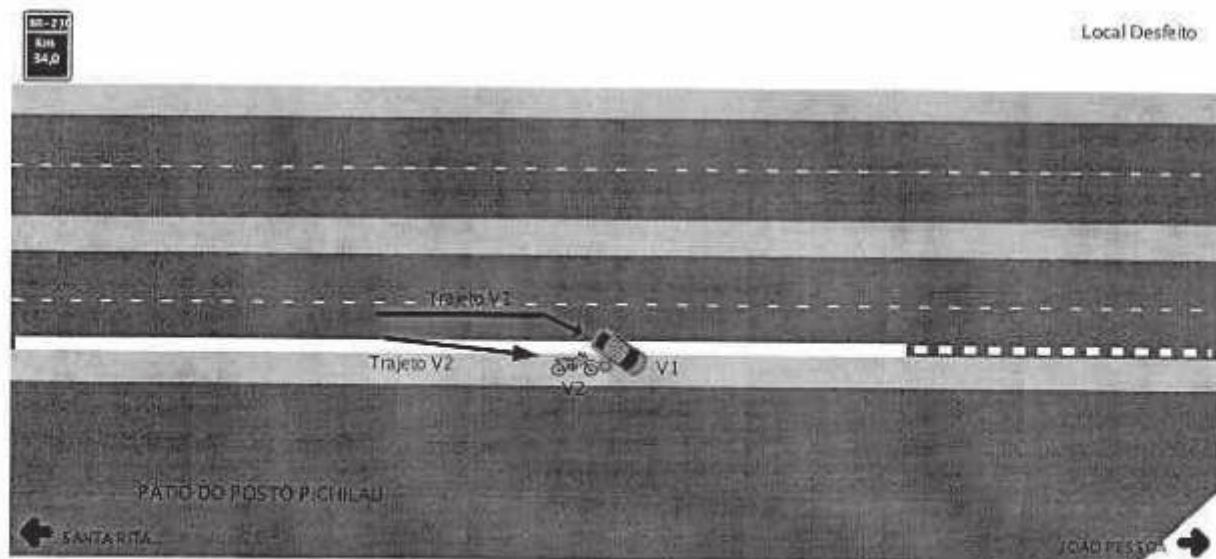
STATUS:
Encerrado

DINÂMICA

Eventos Sucessivos

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão transversal	V1 V2
2	Queda de ocupante de veículo	V2

Croqui





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

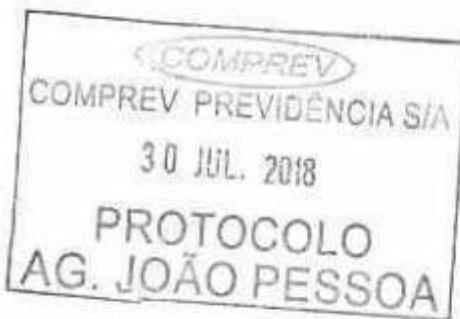


PROTOCOLO:
18007133B01

STATUS:
Encerrado

Narrativa

No dia 30/01/2018, às 16:25 horas, a equipe PRF de serviço na Unidade Operacional Mata Redonda se encontrava em ronda pela BR 230, sentido crescente, quando foi acionada pelo C3R para atender um acidente na BR 230, KM 34, sentido decrescente. A equipe chegou ao local às 16h45, encontrando o local desfeito com os veículos envolvidos estacionados no acostamento da via, logo na saída do pátio do posto Pichilau, próximo ao viaduto de acesso ao aeroporto. A via possui sinalização horizontal e vertical em ordem e com o pavimento em bom estado de conservação. Não chovia no momento do acidente, o céu estava claro e sem nuvens. O acidente consistiu numa colisão transversal envolvendo dois veículos, a saber: V1) CHEVROLET COBALT 1.8 LT, de placas OJZ 6200/RN, conduzido pelo Sr. ÁLVARO JOSÉ ALVES (CPF 702.049.504-49) e V2) HONDA CG 150 TITAN KS, de placa MOP 0856/PB, conduzida pelo Sr. JONAS DE CARVALHO SILVA (CPF 118.621.694-89). O acidente se deu quando o V1, que seguia o fluxo no sentido decrescente da via, decidiu acessar o posto Pichilau pela saída de veículos, realizando uma manobra de conversão proibida pela sinalização horizontal. V2, que seguia o fluxo no mesmo sentido de V1, logo atrás deste, não conseguiu frenar a tempo e colidiu na porta traseira direita de V1. O acidente teve como vítima não possui CNH ou PPD, tendo sido lavrado auto de infração correspondente ao fato. Os condutores foram submetidos ao teste de alcoolemia com resultado 0,00mg/l de ar. Não foram encontrados outros sinais/vestígios de ingestão de qualquer substância psicoativa. Foram acionados tanto o Corpo de Bombeiros quanto o SAMU para atender o condutor de V2, mas nenhum dos dois órgãos compareceu ao local alegando falta de viatura para encaminhar. O ferido foi conduzido para o hospital por familiares, em carro particular, após ter a perna esquerda imobilizada com equipamento de primeiros socorros disponíveis na VTR PRF que atendeu o acidente. Velocidade regulamentar no local é de 80 km/h.





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTÓCOLO:
18007133B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V1	PLACA: OJZ6200	MARCA/MODELO: CHEVROLET/COBALT 1.8 LT	ANO FABRICAÇÃO: 2013
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Automóvel	
CHASSI: 9BGJB69Z0EB120061	RENAVAM: 00566938464	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Aluguel	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Realizando retorno irregular	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Veículo, no momento do acidente, realizou conversão em local proibido pela sinalização horizontal, tentando adentrar na área do Posto Pichilau pela via de saída do estabelecimento. Realizado o auto de infração nº T137465718.

NOME DO PROPRIETÁRIO: JOSE ALVES DA FONSECA FILHO	CPF/CNPJ: 413.381.624-20
--	-----------------------------

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NUMERO:
-------------	---------

COMPLEMENTO:	BAIRRO:
--------------	---------

MUNICÍPIO/UF:

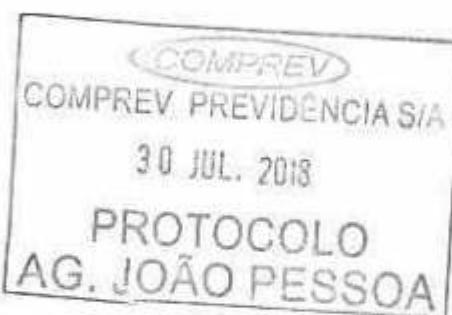
PARNAMIRIM/RN

TELEFONE:	EMAIL:
-----------	--------

Dados da Carga

Descrição e Informações Complementares:

IMAGEM ADICIONAL





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18007133B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V2	PLACA: MOP0856	MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 TITAN KS	ANO FABRICAÇÃO: 2008
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Motocicleta	
CHASSI: 9C2KC08108R267606	RENAVAM: 00978075200	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Segundo o fluxo, na faixa de rolamento	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES			
NOME DO PROPRIETÁRIO: FLAVIA IVA DO NASCIMENTO		CPF/CNPJ: 402.579.688-06	
Dados de Endereço			
LOGRADOURO:		NUMERO:	
COMPLEMENTO:		BAIRRO:	
MUNICÍPIO/UF: CAMPINA GRANDE/PB			
TELEFONE:		EMAIL:	
Dados da Carga			
Descrição e Informações Complementares:			





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTÓCOLO:
18007133B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / OJZ6200 / CHEVROLET/COBALT 1.8 LT	ENVOLVIMENTO: Condutor	
NOME: ALVARO JOSE ALVES	CPF: 702.049.504-49	DATA DE NASCIMENTO: 26/02/1970
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Solteiro(a)	NOME DA MÃE: MARIA JOSE ALVES	

Dados de Endereço

LOGRADOURO: RUA GILBERTO NORBERTO	NÚMERO: 30
COMPLEMENTO: CASA	BAIRRO: CAJUPIRANGA
MUNICÍPIO/UF: PARNAMIRIM/RN	
TELEFONE: 84 99977 7069	EMAIL:

Dados da Habilitação

HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: B
MOTORISTA PROFISSIONAL: Não	Nº DO REGISTRO: 01211659242	UF: RN
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 02/10/1995	VALIDADE DA CNH: 15/04/2020	

OBSERVAÇÕES DA CNH:

A

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO: Ileso	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Sim	
USAVA CAPACETE: NÃO APLICÁVEL	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILOMETRO FOI POSSÍVEL: Sim	RESULTADO DO TESTE: 0.0 mg/L	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:		
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

Realizado o teste de etilômetro de nº 3608 (aparelho 89822).





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO:
18007133B01STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V2 / MOP0856 / HONDA/CG 150 TITAN KS

ENVOLVIMENTO:

Condutor

NOME:

JONAS DE CARVALHO SILVA

CPF:

118.621.694-89

DATA DE NASCIMENTO:

17/07/1994

Nº DE IDENTIFICAÇÃO:

ÓRGÃO EXPEDIDOR:

SEXO:

Masculino

ESTADO CIVIL:

Solteiro(a)

NOME DA MÃE:

NEIDE CARLOS DE OLIVEIRA

Dados de Endereço

LOGRADOURO:

JOAO DA EGA

NUMERO:

206

COMPLEMENTO:

BAIRRO:

MARCOS MOURA

MUNICÍPIO/UF:

SANTA RITA/PB

TELEFONE:

83 98720 4017

EMAIL:

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:

Lesões Leves

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:

NÃO APLICÁVEL

USAVA CAPACETE:

USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:

Sim

NÃO APLICÁVEL

TESTE DO ETILOMETRO FOI POSSÍVEL:

RESULTADO DO TESTE:

RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE:

Sim

0.0 mg/L

Não

DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:

VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ:

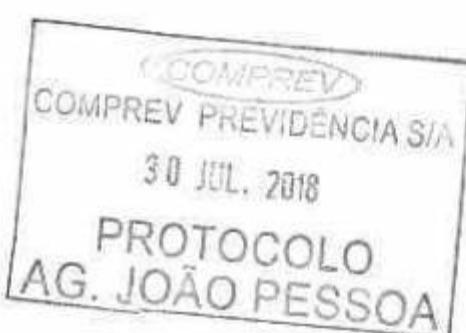
Não

SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:

Não

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

Condutor não habilitado, lavrado o auto de infração nº T137465707. Realizado o teste de etilômetro de nº 3600 (aparelho 80822).





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18007133B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / OJZ6200 / CHEVROLET/COBALT 1.8 LT

NÚMERO DO BAT:

18007133B01

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

JOAO NETO/1970075

DATA/HORA:

30/01/2018 16:00

		Item danificado no acidente		
Item	Descrição do Item	SIM	NÃO	NA
1	Painel corta-fogo		X	
2	Longarina dianteira esquerda		X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X	
4	Estrutura da soleira esquerda		X	
5	Air Bags Frontais		X	
6	Air Bags Laterais		X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X	
8	Estrutura da coluna central esquerda		X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X	
11	Assoalho central esquerdo		X	
12	Longarina traseira esquerda		X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba		X	
14	Longarina traseira direita		X	
15	Caixa de roda traseira direita		X	
16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
17	Estrutura da soleira direita	X		
18	Estrutura da coluna central direita		X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X	
20	Assoalho central direito		X	
21	Caixa de roda dianteira direita		X	
22	Longarina dianteira direita		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA):

1

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena

30 JUL. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF JOAO NETO, MATRÍCULA 1970075

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 30/01/2018 22:34

NÚMERO DE CONTROLE: 98B800FAEF0D6B7C176D6086F4886F

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 8 de 11



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTÓCOLO:
18007133B01

STATUS:
Encerrado

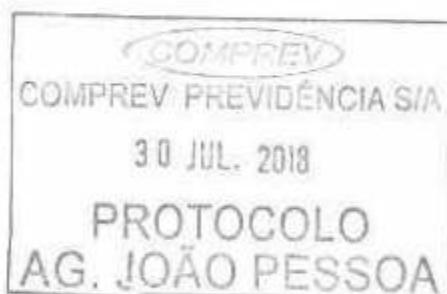
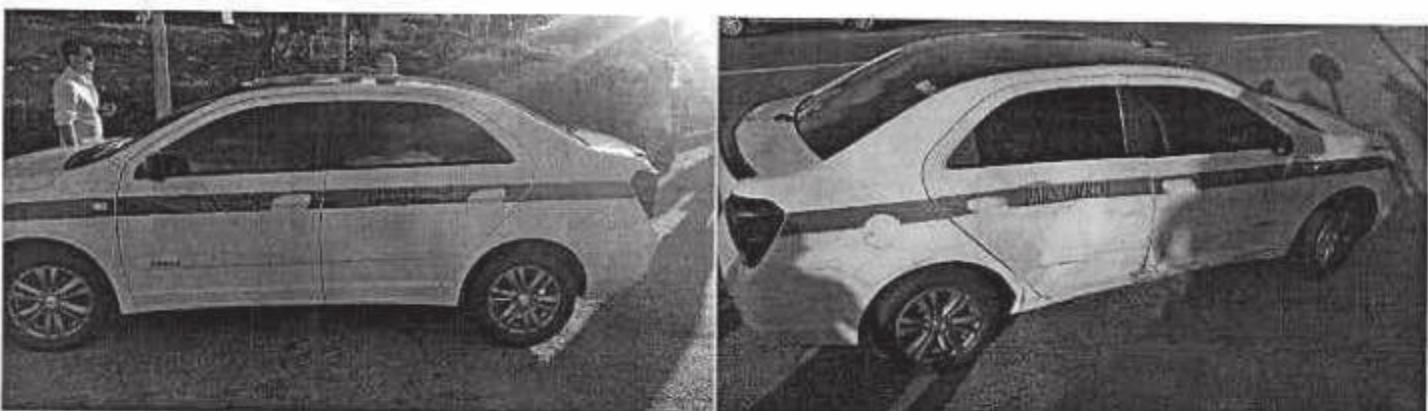
IMAGEM DA FRENTE (V1)

IMAGEM DA TRASEIRA (V1)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V1)

IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V1)





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18007133B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V2 / MOP0856 / HONDA/CG 150 TITAN KS

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

JOAO NETO/1970075

NUMERO DO BAT:

18007133B01

DATA/HORA:

30/01/2018 16:00

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	NA
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

TOTAL GERAL (S/M + NA):

0

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18007133B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FREnte (V2)



IMAGEM DA TRASEIRA (V2)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V2)



IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V2)



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (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	CPF da Vítima	Data do Acidente
Jonas de Carvalho Silva	18.621.694-89	30/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

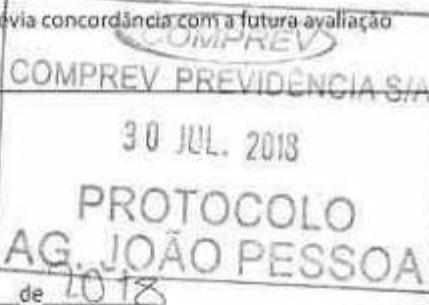
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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 Lider 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.



João Pessoa, 25 de Julho
Local e Data

+ Jonas de Carvalho Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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	CPF da Vítima	Data do Acidente
Jeanne de Carvalho Silva	158.621.699-89	30/10/2018

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: COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 05 SET 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA	

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.

Jeanne de Carvalho Silva, 25 de Setembro de 2018
Local e Data

Jeanne de Carvalho Silva.
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Ato Declaratório

A MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

ENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

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

Ex: () - CNPJ:

Ficha Nr: 98784

Atd: Nao Regul.

Data: 30/01/2018

Hora: 18:50:40

Repcionista: GILMAR DE SOUTO CAVAI

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JONAS DE CARVALHO SILVA

Num. Prontuario: 2018.01.004301

NS: 700507190944958 Sexo: M IDENTIDADE: 4021767 Fone: 987901653

Mural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 17/07/1994 Id: 23 ano(s)

Rd.: RUA JOAO DE EGA,206

Bairro: POPULAR Cidade: SANTA RITA UF :PB

Mae: NEIDE CARLOS DE OLIVEIRA

Pai: JOSEMBERG DE CARVALHO SILVA

Esposa: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Saçao: DESEMPREGADO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

MACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

JONAS DE CARVALHO SILVA

Doc. Responsavel: 987901653 / IDENTIDADE: 4021767

Residencia: RUA

Porte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA MOTO-COND.-SO-16H00

Vitima de violencia por: BAYEUX POSTO PICHILAU

Caso Policial

RE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

INC:

[] Diarreia [] Agitado

COMPREV

[] Regular [] Chocado

O2%:

COMPREV PREVIDENCIA S/A

[] Vomito .

30 JUL. 2018

Observacao

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

de norte ho 3.3h. Relato mo de capoei, mox
ponto de consciencia ou roncos. Relato da
impedimento em coluna lombosacra, onda
de hidrocefalia. Dolor abdominal, onda
estetico

Conduta

Re

Prescricao:

Horario da medicacao

SP 3000 UZ 1m

em falta

SP 0.5g. 500 ml 1m

20ml

- Dipirona 01 compr 400mg

meus. M. Teste de humor

Se Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

MENTO REALIZADO

| Reservado p/ liberacao

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA SIA

30 JUL. 2013

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Neide Oliveira

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

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: 19/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JONAS DE CARVALHO SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03348

CONTA: 00000003443-9

Nr. da Autenticação DA1B23A350143756

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolígrafo para simples pagamento da nota fiscal/bolota da energia elétrica - Nº 008.686.099



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 33 - Cidade Radialista - João Pessoa / PB - CEP 58071-660
CNPJ 09.095.185/0001-40 Insc.Est. 18.015.821-0

DADOS DO CLIENTE

NEIDE CARLOS OLIVEIRA
RUA JOÃO DA EGA, 208
SANTA RITA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/787945-5

REFERÊNCIA

JUN/2018

APRESENTAÇÃO

27/06/2018

CONSUMO

229

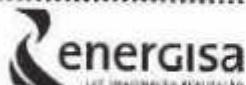
VENCIMENTO

04/07/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 193,11

Acesse: www.energisa.com.br



ESTÁ QUERENDO

NEIDE CARLOS OLIVEIRA

Rotelro: 18-009-385-6620

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 04/07/2018

ESTÁ

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
04/07/2018	R\$ 193,11	787945-2018-06-2

(83)99811-5088
(83)99300-5607

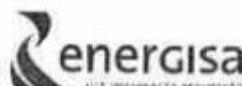


DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/cotanda de energia elétrica N° 008.623.681



LIL. INDUSTRIAL REALIZAÇÃO
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 233, Km 25 - Cidade Industrial - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.693.182 / 0001-40 Insc Est. 16.015.623-0

DADOS DO CLIENTE

DANIL DE ARAUJO NOBRE LEITE
RUA FRANCISCO LEOGADIO RIBEIRO COUTINHO 201 SL 208
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1082314-4

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

JUN/2018

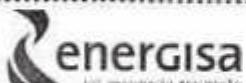
26/06/2018

150

03/07/2018

R\$ 144,47

Acesse: www.energisa.com.br



DETALHE AQUI

DANIL DE ARAUJO NOBRE LEITE

Rotelro: 15-006-213-1150

83610000001-4 44470149000-5 10823142018-4 06100006019-6

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
03/07/2018	R\$ 144,47	1082314-2018-06-1



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Flávia da do Nascimento,
RG nº 4.206.238, data de expedição 11/11/13,
Órgão 5505-PB, portador do CPF nº 402.577.638-06, com
domicílio na cidade de Campina Grande, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua: Paraíba, nº 38,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jeronim de Contilho Silva cujo o condutor era
Jeronim de Contilho Silva.

Veículo: Motocicleta Nca Aplic.

Modelo: Honda CG 150, titan X5

Ano: 2008

Placa: MOP 0856

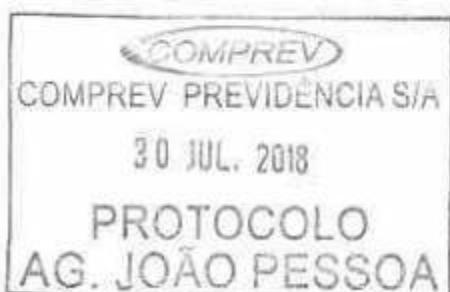
Chassi: 9C2KCD8108R267606

Data do Acidente: 30/05/2018

Local e Data: Curitiba, 20 Abril de 2018

 Lávia da ido Nascimeto
2º Of. Assinatura do Declarante

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





98

CERTIDÃO

Nº. 0896/2018

Atendendo solicitação de JONAS DE CARVALHO SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 98784 e Prontuário nº 2018.01.4301, pertencentes a mesma que foi atendido dia 30/01/2018 às 18h50min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

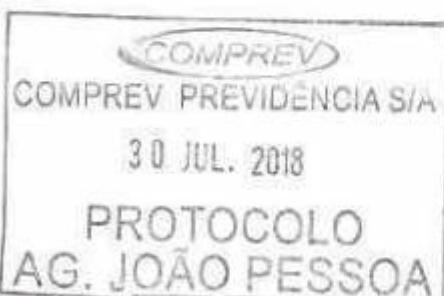
Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tibia esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 20/02/2018 com alta médica dia 22/02/2018.

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

João Pessoa, 29 de Junho de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



A MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
HOSPITAL MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
INTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
CEP-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980

Ficha Nr: 98784 Atd: Nao Regula
Data: 30/01/2018
Hora: 18:50:40
Recepção: GILMAR DE SOUTO CAVAC
Clinica: CIRURGICA

EX: () - CNPJ:

DADOS DO PACIENTE

Nome: JONAS DE CARVALHO SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.01.004301

NS: 700507190944958 Sexo: M IDENTIDADE: 4021767 Fone: 987901653

Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 17/07/1994 Id: 23 ano(s)

Rua: RUA JOAO DE EGA, 206

Bairro: POPULAR Cidade: SANTA RITA UF :PB

Mae: NEIDE CARLOS DE OLIVEIRA

Pai: JOSEMBERG DE CARVALHO SILVA

Esposa: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: DESEMPEREGADO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Sintomas de Entrada

Escolaridade:

JONAS DE CARVALHO SILVA

Doc. Responsavel: 987901653 / IDENTIDADE: 4021767

Residencia: RUA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vítima de acidente por: QUEDA MOTO-COND.-SO-16H00

Vítima de violência por: BAYEUX POSTO PICHILAU

Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

PR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

TP:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Altura:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

IMC:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Qtd:

Qtd:

[] Regular [] Chocado

Abd:

Abd:

[] Vomito

Qua Principal:

Qua Principal:

Observacao

QUA Principal

QUEDA DE MOTO

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Historia - Exame Físico - (hora do atendimento medico)

Vitima de queda de moto no dia 30/01/2018. Relato que o paciente caiu de uma altura de 1m e bateu a cabeça na parede. Relato da impossibilidade em locomover-se devido a dor intensa.

Exame Físico

Conduta

Assimilação

- Analgesia
- Antidiábolico

Prescrição

Horário da medicacão

500 mg 1 vez (1)

em falta (est)

500 mg 1 vez (1)

em falta (est)

Dipirona 01 amp + 100 ml

em falta (est)

100 ml de Água fria

Cafe Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

MENTO REALIZADO

ESTIMATIVO DO PACTENTE

Residencia | Transferido [] Desistencia [] UTI

Alta a pedido | Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

[Assinatura do Paciente/Responsável]

COMPRE *COMPRE* **COMPRE** *COMPRE* **COMPRE** *COMPRE*

~~COMPREV PREVIO~~

30 JUL. 2010
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <i>José de Souza Filho</i>		Data da Admissão: <i>30/01/18</i>						
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:								
Hab: <i>folha Trancoso</i>								
Medicações em uso:		<table border="1"><tr><td>COMPREV</td></tr><tr><td>COMPREV PREVIDÊNCIA SIA</td></tr><tr><td>30 JUL 2018</td></tr><tr><td>PROTOCOLO</td></tr><tr><td>AG. JOÃO PESSOA</td></tr></table>		COMPREV	COMPREV PREVIDÊNCIA SIA	30 JUL 2018	PROTOCOLO	AG. JOÃO PESSOA
COMPREV								
COMPREV PREVIDÊNCIA SIA								
30 JUL 2018								
PROTOCOLO								
AG. JOÃO PESSOA								

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

Cabeça e Pescoco: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispnéia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melenas []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____ []Amnésia []Libido []Humor

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Jonas de Carvalho Silva</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>20/02</i>	Cirurgião: <i>Indalecio Paçelli</i>			1º Assistente: <i>Roberto J.</i>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário:	I: _____ T: _____
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					
<i>O fraturou a fibula (E)</i>					
CID					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					
<i>O meião / cominhou</i>					
CID					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					
<i>Osteossíntese de Fratura do fíbula (E)</i>					
CÓDIGO					
COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA SOCIAL					
30 JUL. 2018					
PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não		Dr. Indalecio Paçelli Fernandes Ortopedista - Traumatologista CRM 6627 TEOT 14247 <i>(Handwritten signature over the text)</i>			
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Pcte em DDH - sob raquitoméstico
 ② Assesp + espissesp + CCP
 ③ Enxertoamento à nível de COxa (E)

Incisão: ④ Incisão longitudinal medial ore pms (P) por pms ate o osso

Achados: ⑤ Fractura comminuta da fibula (E)

Conduta: ⑥ Redução cruento av. intr. fibra (E)
 ⑦ Passagem av 2 profundos interfissurais
 n° 32 sob suplic

⑧ Colocação de placa DCP 9.5mm de 12 furos
 pro-metade

⑨ Fixação de placa com profundo cortiluz
 4x30, 1x28, 1x34 e os parafusos
 1x40 e 1x45 sob suplic

⑩ Sutura por pms
 ⑪ Caudílio

Fechamento: ⑫ TDD

	COMPREV
	COMPREV PREVIDÊNCIA SIA
OBS:	30 JUL. 2013
	PROTOCOLO
	AG. JOÃO PESSOA

Dr. Indalecio Paixão Fernandes
 Ortopedia - Traumatologia
 Cirurgia do Joelho
 CRM 6824 EOT 14247

Data: 20/02/18

MÉDICO/CRM



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO N.º 1.529.439 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 07/01/2010

NOME DANILÓ DE ARAUJO NOBRE LEITE

MILITAR FRANCISCO NOBRE LEITE
CLEIDE ARAUJO LOPES NOBRE LEITE

NACIONALIDADE DATA DE NASCIMENTO
PIANCO-PB 23/12/1977

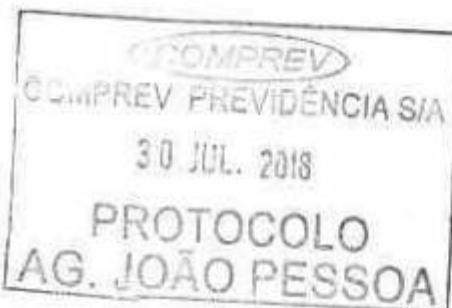
DOC. CNEAM N. 5007 VLS. 107 LIV. B-19

CARTÓRIO 13º JOÃO PESSOA PB

CPF 021.762.164-31

Nome do Escrivão M. Comendador
Assinatura do Escrivão

LEI N.º 7.110 DE 29/06/83



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO		
	MOP0856	
	2017	
FLAVIA IVA DO N	Imprimir Consulta	
PASSA / MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN KS	MOP0856 GASOLINA 2008 2008 PARTICULAR PRETA 31/08/2018	Último Licenciamento: 2017 Proprietário: FLAVIA IVA DO N Placa: MOP0856 Combustível: GASOLINA Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLETA Ano de Fabricação: 2008 Ano Modelo: 2008 Categoria: PARTICULAR Cor Predominante: PRETA Vencimento Licenciamento: 31/08/2018 Observação: Restrição: Financeira: Município: CAMPINA GRANDE Situação: EM CIRCULACAO Data da Consulta: 25/07/2018
CAMPINA GRANDE	25/07/2018	



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180349487 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JONAS DE CARVALHO SILVA **Data do acidente:** 30/01/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180349487 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JONAS DE CARVALHO SILVA **Data do acidente:** 30/01/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Bruno Barbosa Mendonca".



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.

E 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

558.621.694-89

Nome completo da vítima

João de Corralho Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
João de Corralho Silva	558.621.694-89	Autônomo
Endereço	Número	Complemento
Rua João da... 220	206	
Bairro	Estado	CEP
Morros Novos	PR	53000-000
Email	Telefone (DDD)	
vdv...@gmail.com	(83) 99813-5088	

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

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

COMBREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA
<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

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

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA Nº:	D/V	CONTA Nº:	D/V
339		0393	9

(Informar dígito se existir)

CONTA
Nº:

(Informar dígito se existir)

**PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA**

ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome _____

NAO

AGÊNCIA
Nº:

D/V

CONTA

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Local e Data

João de Corralho Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JONAS DE CARVALHO SILVA

Nacionalidade: Brasileiro (a) Est. Civil: SOLTEIRO

Profissão: M. DE MONTAGEM

Identidade: 1.021.767 CPF: 118.621.694-89

Endereço: Rua João de Cícero, 206,
Alt. 10004, 5.410-000, João Pessoa, CEP: 58000-000.

OUTORGADO:

Nome: Danilo de Araújo Nobre Leite

Nacionalidade: Brasileiro (A) Est. Civil: Casado

Profissão: Prestador de Serviços

Identidade: 1.929.439 SSP/PB CPF: 021.762.164-31

Endereço: Rua Francisco Léocadio Ribeiro Coutinho, 201 sala 208, Bessa,
João Pessoa, Paraíba, CEP 58.036-450.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo
meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio
para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER**, referente ao Seguro
Obrigatório - DPVAT

Local e Data: João Pessoa, 24 de julho de 2018.



Jonas de Carvalho Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)

 Santiago Pereira
SERVIÇO NOTARIAL E FIRMAS

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
JOHNS DE CARVALHO SILVA*****

En test, da verdade, Passeio-PB 24/07/2018 11:21:16
Nely Santiago Pereira Feijosa - Tabelit Substituta
[2018-007052]EMGL:R\$ 0,48 TARJEM:R\$ 0,28 FERD:R\$ 0,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AHG65656-T650
Para conferir a autenticidade: <https://selodigital.tabelionato7.com.br>

 COMPREFEV
COMPREFEV PREVIDÊNCIA S/A
20 JUL 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0277296/18

Número do Sinistro: 3180349487

Vítima: JONAS DE CARVALHO SILVA

CPF: 118.621.694-89

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/01/2018

JONAS DE CARVALHO
SILVA

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

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: 05/09/2018
Nome: DANIL DE ARAUJO NOBRE LEITE
CPF: 021.762.164-31

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

DANIL DE ARAUJO NOBRE LEITE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASU:

CPF da vítima:

118.621.694-81 João de Cordeiro Silva.

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

João de Cordeiro Silva

CRF:

118.621.694-81

Profissão:

Autônomo

Endereço:

Rua João da Cunha

Número:

206

Complemento:

Barro:

Morumbi Mauá

Cidade:

Santos - SP

Estado:

PR

CEP:

58000-000

E-mail:

valdir.silva@uol.com.br

Tel. (DDD):

(33) 71241-5000

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo [ANEXAR CóPIA].

RENDIMENTO:

 REUSSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

3348

CONTA:

03443

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito de excesso)

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

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

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

 Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Fiz o motivo assinalado, solicitei e prosseguiu a análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às costas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____Vítima teve filhos? Sim Não Se tiver filhos, informar quantos: Vítima deixou filhos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: <u>13/12/2018</u>	Name: <u>João de Cordeiro Silva</u>
Name: <u>João de Cordeiro Silva</u>	CPF: <u>118.621.694-89</u>

[*] Assinatura de quem assina o RG

João de Cordeiro Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS	COMPREV
# Nome: <u>COMPREV</u>	CPF: <u>118.621.694-89</u>
COMPREV - SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S.A.	
13 DEZ 2018	
# Nome: <u>PROTÓCOLO</u>	CPF: <u>AG. JOÃO PESSOA</u>
Assinatura	

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

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