

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: 000000003443-9

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

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 MENDONÇA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

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

Carta nº 13171139



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.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, 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

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

118.621.694-89

Nome completo da vítima

Jonas de Carvalho Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Jonas de Carvalho Silva		CPF titular da conta 118.621.694-89	Profissão Autônomo
Endereço Rua João da Silva		Número 206	Complemento
Bairro Marechal	Cidade Santa Rita	Estado PB	CEP 58000-000
Email Molru.pvuat@gmail.com			Telefone (DDD) (83) 99100-0607

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)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

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

BANCO
Nome _____ NRD _____

AGÊNCIA NRD 2348	D/V []	CONTA NRD 03493	D/V 9
(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 Líder 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.

João Pessoa, 25 de Julho de 2018
Local e Data

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

Jonas 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

DESCRIPTIVO DO LOCAL:

ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

FASE DO DIA:

Pleno dia

CONDIÇÃO METEOROLÓGICA:

Céu Claro

TIPO DE VIA:

Principal

TIPO DE PISTA:

Dupla

CONDIÇÃO DE PISTA:

Seca

TIPO DE PAVIMENTO:

Asfalto

ESTRUTURA VIÁRIA:

Reta

LOCALIDADE URBANIZADA:

Sim

EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO:

Sim

EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL:

Sim

IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO CRESCENTE



IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO DECRESCENTE



IMAGEM DO LOCAL



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:

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF JOAO NETO, MATRÍCULA 1970075.

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

NÚMERO DE CONTROLE: 98B800FAEF0D8B7C176D6086F4886F

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



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

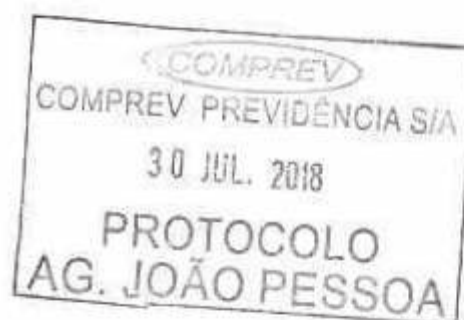


PROTOCOLO:
18007133B01

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 frear a tempo e colidiu na porta traseira direita de V1. O acidente teve como vítima com lesões leves o condutor de V2, os demais envolvidos não sofreram lesões aparentes. O condutor de V2 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



PROTOCOLO:
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
--	-----------------------------

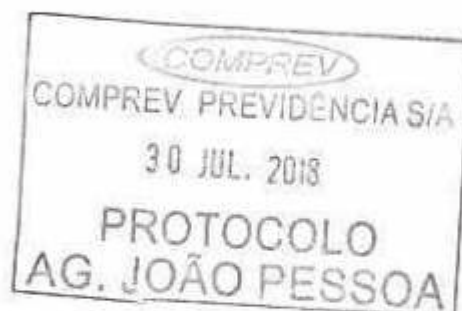
Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NÚMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: PARNAMIRIM/RN	
TELEFONE:	EMAIL:

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

IMAGEM ADICIONAL



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 4 de 11



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 VEICULO: Motocicleta	
CHASSI: 9C2KC08108R267606	RENAVAM: 00978075200	PAIS: BRASIL	
ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo 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:			

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
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 5 de 11



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



PROTOCOLO:
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 ETILÔMETRO 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).		

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
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: 98B800FAEF0D8B7C176D6086F4886F

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

Página 5 de 11



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



PROTOCOLO:
18007133B01

STATUS:
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	NÚMERO: 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: Sim	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILÔMETRO 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: Condutor não habilitado, lavrado o auto de infração nº T137465707. Realizado o teste de etilômetro de nº 3600 (aparelho 80822).		

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



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

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

JOAO NETO/1970075

NÚMERO DO BAT:

18007133B01

DATA/HORA:

30/01/2018 16:00

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		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



PROTOCOLO:
18007133B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V1)



IMAGEM DA TRASEIRA (V1)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V1)



IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V1)



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



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

NÚMERO DO BAT:

18007133B01

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

JOAO NETO/1970075

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 (SIM + NA):

0

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena



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 10 de 11



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)



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 11 de 11

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

João de Carvalho Silva

CPF da Vítima

118.621.694-89

Data do Acidente

30/07/2018

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 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.

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

João Pessoa, 25 de Julho de 2018
Local e Data

+ João 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

Tomaz de Carvalho Silva

CPF da Vítima

138.621.694-89

Data do Acidente

30/10/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

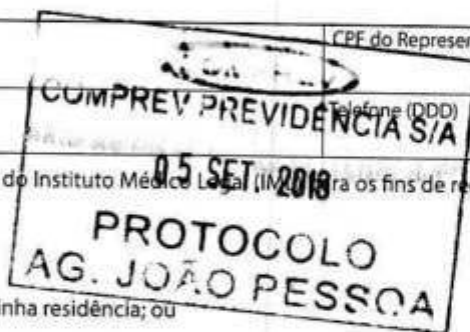
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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.



João Pessoa, 25 de Setembro de 2018
Local e Data

Tomaz de Carvalho Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Ato Declaratório

A MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha Nr: 98784

Atd: Nao Regular

HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Data: 30/01/2018

ANTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 18:50:40

384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Recepcionista: GILMAR DE SOUTO CAVAI

CNPJ:

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 Pone: 987901653

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

End.: RUA JOAO DE EGA, 206

Bairro: POPULAR Cidade: SANTA RITA UF: PB

Mae: NEIDE CARLOS DE OLIVEIRA

Pai: JOSEMBERG DE CARVALHO SILVA

Pa: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: DESEMPREGADO

MACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

JONAS DE CARVALHO SILVA

Doc. Responsavel: 987901653 / IDENTIDADE: 4021767

cedencia: RUA

Porte utilizado: VEICULO PROPRIO

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

vitima de violencia por: BAYEUX POSTO PICHILAU

Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

tipo de Classificação de Risco: AMARELO

FR:

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave

TP:

☐ Politraumatizado ☐ Convulsao

Altura:

☐ Hemorragia ☐ Dispneia

nia:

INC:

☐ Diarreia ☐ Agitado

Abd:

028:

☐ Regular ☐ Chocado

☐ Vomito

Observacao

Ca Principal

QUEDA DE MOTO

COMPREV
30 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

istoria - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

de modo ho ± 3h. Relato de queda de moto, com lesão de cabeça, nariz, ombros e braços. Relato de dor no abdômen e costas. Relato de vômito e diarreia.

ostico

Conduta

rescricao

Horario da medicacao

SAF 8000 1m

Em falta

SAF 0,5% 5ml

Dipirona 0,1 amp

Assinatura do Médico

Assinatura e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

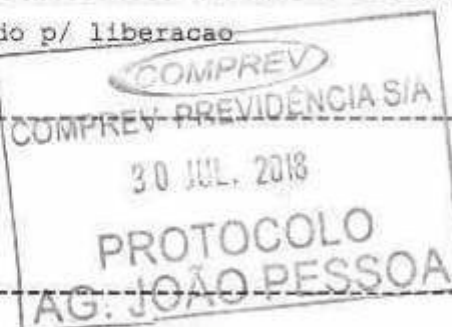
ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

EXAME REALIZADO



DESTINO DO PACIENTE

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

Medi A. 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: 000000003443-9

Nr. da Autenticação DA1B23A350143756

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolão para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : Nº 008.896.000

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 239, Km 33 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.105 / 0001-40 Ins. 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



DESTAQUE AQUI

NEIDE CARLOS OLIVEIRA

Roteiro: 18-309-385-6620

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

VENCIMENTO

04/07/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 193,11

MATRÍCULA

787945-2018-06-2

(83) 99811-5088
(83) 99100-5607



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolão para simples pagamento da nota fiscal/como da energia elétrica. Nº 008.823.881

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rr 239, Km 25 - Crista Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.091.102 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE
RUA FRANCISCO LEOCADIO RIBEIRO COUTINHO 201 SL 205
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1082314-4

REFERÊNCIA

JUN/2018

APRESENTAÇÃO

26/06/2018

CONSUMO

150

VENCIMENTO

03/07/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 144,47

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Rotelro: 15-006-213-1150

83610000001-4 44470149000-5 10823142018-4 06100066019-6

VENCIMENTO

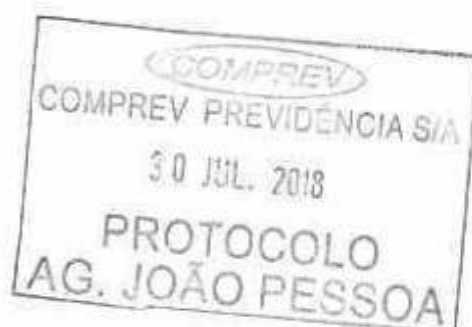
03/07/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 144,47

MATRÍCULA

1082314-2018-06-1



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Flávia Pa do Nascimento

RG nº 4.206.238, data de expedição 14/11/13

Órgão SSDS - PB, portador do CPF nº 402.579.638-06, com

domicílio na cidade de Campina Grande, no Estado de

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

Rua: Laran nº 38

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 Jonas de Carvalho Silva cujo o condutor era

Jonas & Cornelius Silver

Veículo: *Motocicleta Noa Aplic*

Modelo: Honda CG 150 Titan K5

Ano: 2008

Placa: MOP 0856

Chassi: 9C2K C08 108 R267E06

Data do Acidente: 30/05/2018

Local e Data: Araruama 20 Abril de 2018

2ª OF. Assinatura do Declarante *Livia Da do Nascimento*

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.

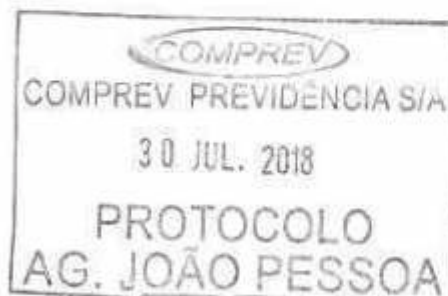
Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tibia esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 20/02/2018 com alta médica dia 22/02/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato 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

HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

ANTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Ficha Nr: 98784

Atd: Nao Regula

Data: 30/01/2018

Hora: 18:50:40

Recepcionista: GILMAR DE SOUTO CAVAT

Clinica: CIRURGICA

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

X: () - 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)

End.: RUA JOAO DE EGA, 206

Bairro: POPULAR Cidade: SANTA RITA UF: PB

Mae: NEIDE CARLOS DE OLIVEIRA

Pai: JOSEMBERG DE CARVALHO SILVA

Cor: Parda Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: DESEMPREGADO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Medicamentos de ENTRADA

Escolaridade:

Nome: JONAS DE CARVALHO SILVA

Doc. Responsavel: 987901653 / IDENTIDADE: 4021767

Residência: RUA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

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

Vitima de violência por: BAYEUX POSTO PICHILAU

Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

Idade:

FR:

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave

TP:

☐ Politraumatizado ☐ Convulsao

Altura:

☐ Hemorragia

☐ Dispneia

Sexo:

IMC:

☐ Diarreia

☐ Agitado

Abd:

Q28:

☐ Regular

☐ Chocado

Queixa Principal

QUEDA DE MOTO

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
30 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

do modo ho ± 32. Relato de queda de moto, com
ponto de impacto no asfalto. Relato de
impulso no epigastrio. Relato de
dor abdominal, fadiga, tontura, náusea.

Postico

Conduta

Anamnese

Re
- Analgesia
- Hidratação

Prescrição

Horario da medicação

SAT 5000 VI (13)

Em falta (13)

350, 5% 500 ml (14)

Dipirona 0,1 amp + AP (15)

Clorpromazina 20mg + AP (16)

Receita de Traslado para
de fazer furo 5.

Assinatura e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

EXAME REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



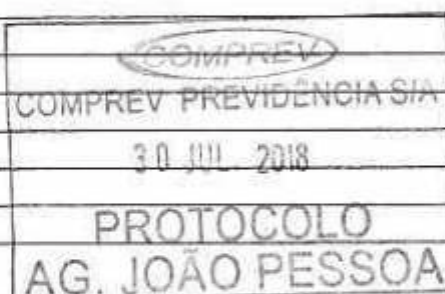


FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Tales de Lima Lili Data da Admissão: 30 / 07 / 18
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: _____

HDA: Polio Tami C.



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 Pescoco: [] 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 [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

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

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

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Pcte em DDH. sob raqui anestesia
- ② Assup + enlissep + CCF
- ③ Gasteamento a nível de cond (E

Incisão:

- ② Incisão longitudinal medial em forma (E
- por plano ste o DSH

Achados:

- ① Fratura comminada da tibia (E

Conduta:

- ① Redução (mente da fratura tibia (E
- ② Passagem de 2 pinos interfragmentares n° 32 sob suplic
- ③ Colocação de placa DCP 4.5mm de 12 furto proximal
- ④ Fixação de placa com pinos cortice 4x30, 1x28, 1x34 e 2 parafusos 1x40 e 1x45 sob suplic
- ⑤ Sutura por plano
- ⑥ Curativo

Fechamento:

- ① DDD

	COMPREV	
	COMPREV PREVIDÊNCIA S/A	
OBS:	30 JUL. 2013	
	PROTOCOLO	
	AG. JOÃO PESSOA	

Dr. Indalécio Pacelli Fernandes
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 6827 / EOT 14247

Data:

20.02.18

MÉDICO/CRM



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

MOP0856

2017

FLAVIA IVA DO N

Imprimir Consulta

MOP0856

Último Licenciamento: 2017

Proprietário: FLAVIA IVA DO N

Placa: MOP0856

Combustível: GASOLINA

Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS

Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET

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

PASSA / MOTOCICLET

GASOLINA

HONDA/CG 150 TITAN KS

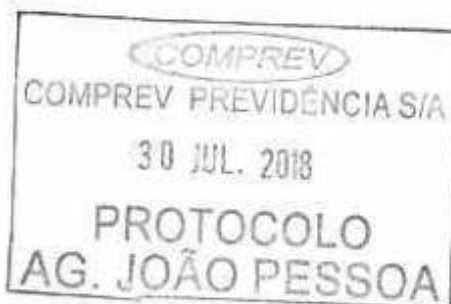
2008 2008

PARTICULAR PRETA

31/08/2018

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:

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: 338.621.694-89
 Nome completo da vítima: João de Carvalho Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: João de Carvalho Silva
 CPF titular da conta: 338.621.694-89
 Profissão: Autônomo
 Endereço: Rua João da Silva
 Número: 206
 Complemento:
 Bairro: Marlos Moura
 Cidade: Santa Rita
 Estado: PB
 CEP: 58000-000
 Email: volnei.dpvat@gmail.com
 Telefone (DDD): (83) 99811-5088

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
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA
 ☐ R\$ 0,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

13 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

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

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: 3348
 D/V:
 CONTA: 0343
 D/V: 9
 (Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO:
 NOME:
 AGENCIA:
 D/V:
 CONTA:
 NOME:
 D/V:
 (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.

João de Carvalho Silva 13 de Novembro de 2018
 Local e Data

João de Carvalho 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: AVUL. DE MONTAGEM

Identidade: 4.021.767

CPF: 118.621.694-89

Endereço: RUA JOÃO DA LGA

, 206

M. NOVA, 5. LTA, PARAÍBA, 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.

x Jonas de Carvalho Silva



ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)

 **Santiago Pereira**
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRO

Av. Corellândia, 3325 - N.º 100
Paraná - CEP: 54090-000
Fone: (03) 1212-1775

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de.....
JONAS DE CARVALHO SILVA.....
Em test.d.a verdade, Baveux-PB 24/07/2018 11:21:16
Nely Santiago Pereira Feitosa - Tabelião Substituto
[2018-007052]ENCL:R\$ 49,48 TARPEN:R\$ 0,20 FERR:R\$ 0,90 ISS:R\$ 0,42
SELO DIGITAL: AHS65665-T69U
Confira a autenticidade em <https://selodigital.com.br>



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

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 30/01/2018

Titular do CPF: JONAS DE CARVALHO SILVA

CPF de: Próprio

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: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE
CPF: 021.762.164-31

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 118.621.694-89 Nome completo da vítima: João de Carvalho Silva

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

Nome completo: João de Carvalho Silva CPF: 118.621.694-89

Profissão: Autônomo Endereço: Rua João da Silva Número: 206 Complemento: _____

Bairro: Mostra Moura Cidade: Santa Rita Estado: PR CEP: 58.000-000

E-mail: joao.silva@ig.com.br Tel. (DDD) (83) 91241-5000

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

RECEITA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 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):

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3348 CONTA: 03443 9

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data: João Pessoa 13/12/2018

Nome: João de Carvalho Silva

CPF: 118.621.694-89

(*) Assinatura de quem assina o RDO

X João de Carvalho Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: COMPREV

CPF: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

13 DEZ/2018

2º Nome: PROTOCOLO

CPF: AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RDO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.