Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190276708
Vítima: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR
Data do Acidente: 29/08/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00223/00224 - carta_03 - INVALIDEZ
00060112

Carta nº 14197954

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190276708

Vítima: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 29/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01199/01200 - carta_01 - INVALIDEZ
00020600

Carta nº 14197955

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190276708 **Vítima: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR**

Data do Acidente: 29/08/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

Pag. 01227/01228 - carta_15R - INVALIDEZ

00020614

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R$ 1.687,50

Recebedor: **MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **104**
Agência: **000000037**
Conta: **0000022663-0**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguradora LÍDER

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 ASL: | CPF da vítima: 103.678.604-81 | Nome completo da vítima: Mauro Gomes da Silva Junior

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Mauro Gomes da Silva Junior | CPF: 103.678.604-81

Profissão: aux de instalação | Endereço: R. Profª Noema Ribeiro | Número: 35 A | Complemento:

Bairro: Geisel | Cidade: João Pessoa | Estado: PB | CEP: 58.000-000

E-mail: | Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ 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 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00 ☐ 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)

AGÊNCIA: 0037 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 22663 0 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ ☐ (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

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 [illegible] pedido.**

Pelo motivo assinalado, solicito o 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 o futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
[illegible] 2019
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, João Pessoa, 10/04/2019

Nome: Mauro Gomes da Silva Junior

CPF: 103.678.604-81

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
Assinatura
15 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência

POLÍCIA CIVIL PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 03961.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03961.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:04 horas do dia 10 de abril de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Inácio da Silva Neto, Agente de Investigação, matrícula 1273345, ao final assinado, compareceu **Mauro Gomes da Silva Junior**, CPF nº 103.678.604-81, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Auxiliar de Instalação, filho(a) de Maria Parana de Oliveira e Mauro Gomes da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 18/08/1991 (27 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Professora Noêmia Ribeiro, Nº 35, complemento CASA, bairro Ernesto Geisel, tendo como ponto de referência Proximo a Farmacia Globo, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99851-1996.

Dados do(s) Fatos:

Local: Proximo a Bica (jardim Botânico), João Pessoa/PB, bairro Roger; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/08/18 08:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que no dia 29/08/2018 as 08:00hs, foi vitima de acidente de (moto x moto), quando estava guiando a moto Honda Pop 110 I, nao/mod 2018, de placa OFX-9772/pb, chassi. 9C2JB0100JR023572 registrada no Detran/pb em nome de sua tia Josefa Parana de Oliveira. Que a colisão aconteceu na Av. Bandeirante, Bairro Tambiá, quando estava seguindo com a moto sentido bairro Roger, quando de repente outra moto colidiu na traseira, e em seguida o motoqueiro evadiu-se do local, foi socorrido pelo samu para o hospital de mangabeira, la chegando as 09h20min foi atendido e submetido a avaliação medica e exames de imagem que evidenciou fratura de rádio distal direito. CID.10 S 52.0

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 10 de abril de 2019.

JOSÉ INÁCIO DA SILVA NETO
Agente de Investigação

MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR
Noticiante

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
[redacted]
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 03961.01.2019.1.00.401

Seguradora LÍDER

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 ASL: | CPF da vítima: 103.678.604-81 | Nome completo da vítima: Mauro Gomes da Silva Junior

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Mauro Gomes da Silva Junior | CPF: 103.678.604-81

Profissão: aux de instalação | Endereço: R. Profª Noema Ribeiro | Número: 35 A | Complemento:

Bairro: Geisel | Cidade: João Pessoa | Estado: PB | CEP: 58.000-000

E-mail: | Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ 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 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00 ☐ 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)

AGÊNCIA: 0037 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 22663 0 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ ☐ (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

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 [illegible] pedido.**

Pelo motivo assinalado, solicito o 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 o futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
[illegible] 2019
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, João Pessoa, 10/04/2019

Nome: Mauro Gomes da Silva Junior

CPF: 103.678.604-81

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
Assinatura
15 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.

SAMU 192 REGIONAL JOÃO PESSOA

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

SAMU 192 REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 03.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 812/064, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2176791, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **MAURO GOMES DA SILVA JÚNIOR** idade 27 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão Moto x Moto)** no dia 29/08/2018, na Av. Bandeirantes - em frente ao Parque Zoobotânico Arruda Câmara, Bairro: Tambiá - João Pessoa - aproximadamente às 08:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 27 de Dezembro de 2018.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CRE[illegible]

SAMU 192 JP

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

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

Ficha Nr: 158624 Atd: Nao Regula
Data: 29/08/2018
Hora: 09:20:11
Recepcionista: GEOVANA DO SANTOS
Clinica: [redacted]

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1
Nome: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR
Num. Prontuario: 2018.08.004492
CNS: 700000083544105 Sexo: M CARTAO SUS: 700000083544105 Fone: 986646967
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 18/08/1991 Id: 27 ano(s)
End.: RUA PROFESSORA NOEMIA RIBEIRO,35
Bairro: ERNESTO GEISEL Cidade: JOAO PESSOA UF :PB
Mae: MARIA GOMES DE OLIVEIRA
Pai: MAURO GOMES DA SILVA
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: MOTORISTA SEM ESPECIFICACAO
Estado Civil: SOLTEIRO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA
Escolaridade:
Resp.: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR
Tel/Doc. Responsavel: 986646967 / CARTAO SUS: 700000083544105
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU
Vitima de acidente por: COLISAO MOTOXMOTO PASSAGEIRO AS 08:00 CENTRO
Vitima de violência por: NAO
[ ] Caso Policial

PRÉ-CONSULTA
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

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

Queixa Principal
COLISAO MOTO COM, MOTO NEGA DESMAIOM SIC

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[X] Aparentemente Bem [ ] Grave
[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao
[ ] Hemorragia [ ] Dispineia
[ ] Diarreia [ ] Agitado
[ ] Regular [ ] Chocado
[ ] Vomito
Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

fo Rôdo dsh

Diagnostico

Conduta

Internar

Prescricao

Horario da medicacao

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Daniel Conserva Arruda
MÉDICO
CRM 11134

Data e Hora	PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Med

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: 15/05/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

BANCO: 104
AGÊNCIA: 00037
CONTA: 000000022663-0

Nr. da Autenticação D658F07E3B44393B

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda-via de conta.
Boleto para simples pagamento de nota fiscal/conta de energia elétrica. | Nº 022.663.632

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600
CNPJ 09.095.183 / [illegible] - 40 Insc.Est. 16.015.823-6

DADOS DO CLIENTE	CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR
MAURO GOMES DA SILVA RUA PROFA NOEMIA RIBEIRO 35 A JOAO PESSOA	5/1731391-7

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAR/2019	28/03/2019	224	04/04/2019	R$ 206,40

Acesse: www.energisa.com.br

energisa

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
04/04/2019	R$ 206,40	1731391-2019-03-9

MAURO GOMES DA SILVA
Roteiro: 18-003-781-1365
83600000002-3 06400149500-8 17313912019-5 03900002019-6

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
[illegible] 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR 230 KM 25 - CRISTO REDENTOR - JOAO PESSOA - PB - CEP - 58071-680
CNPJ: 09.095.183/0001-40 INSC.EST.: 160158230

REAVISO DE CONTA

07 - 001 - 409 - 3140 B

CDC: 0000280012 - 6

PEDRO JOSE DA SILVA
RUA DA REPUBLICA 390
JOAO PESSOA

VARADOURO
CEP: 58.010- 18

Domicílio: 697 Medidor: 00008162616 Coordenadas: -7,121236, -34,889865

Referência: PX. A LOJA CRIATIVA ONDE FABRICA PLACAS

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
[redacted]
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Para Uso do Entregador

- ☐ Mudou-se
- ☐ Endereço Insuficiente
- ☐ Não Existe o Nº Indicado
- ☐ Desconhecido
- ☐ Recusado
- ☐ Não Procurado
- ☐ Ausente
- ☐ Falecido
- ☐ Informação Escrita pelo Porteiro

Reintegrado em:

Ass./ Num.Carteiro:

[redacted]

COMPREV
PREVIDÊNCIA S/A
15 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2].**

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

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

Pelo exposto, eu Floricma da Silva Gomes inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.099.624-69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Mauro Gomes da Silva Junior inscrito (a) no CPF sob o Nº 103.678.604-81, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Mauro Gomes da Silva Junior, inscrito (a) no CPF sob o Nº 103.678.604-81, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV SEGURADORA S/A
COMPREV
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

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

Endereço		Número	Complemento
Rua da República		390	
Bairro	**Cidade**	**Estado**	**CEP**
Centro	João Pessoa	PB	58010-180
Email	**Telefone comercial(DDD)**	**Telefone celular (DDD)**	

J. Pessoa, 10 de 04 de 2019
Local e Data

Floricma da Silva Gomes
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Josefa Panana de Oliveira,
RG nº 1617027, data de expedição 18/02/1991
Órgão SSP PB, portador do CPF nº 753723554 68, com domicílio na cidade de João Pessoa no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) R: Maria do Socorro N. Rocha, nº 123,
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 Mauro Gomes da Silva Junior cujo o condutor era Mauro Gomes da Silva Junior

Veículo: MOTO
Modelo: POP 110 i
Ano: 2018
Placa: OFX 9772
Chassi: 9C2JB0100JR023572
Data do Acidente: 29 agosto 2018
Local e Data: R: Professora Batista Leite, João Pessoa, 10/04/2019

1º OFÍCIO DISTRITAL

X Josefa Panana de Oliveira
Assinatura do Declarante

X _____

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

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
Reconheço por Autenticidade a firma de JOSEFA PANANA DE OLIVEIRA,[118997], J.Pessoa-PB, 10/04/2019 12:28:25 Emol R$9,91 Farpen:R$0,29 Fepj:R$1,98, ISS:R$0,50. Em test da verdade. Tabelia CELEIDA COSME PEREIRA SILVA. Selo Digital AIL56783-M500 Consulte em https://selodigital.tjpb.jus.br

CARTÓRIO CELEIDA 1º SERV. NOT. DIST. CAPITAL

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
10 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

JOÃO PESSOA

Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

CERTIDÃO

Nº. 0291/2019

Atendendo solicitação de **MAURO GOMES DA SILVA JR** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº158624 e prontuário nº2018.08.004492 pertencente a paciente que foi atendido dia 29/08/2018 às 09H20min, vitima de colisão moto x moto, apresentando trauma em antebraço direito.

Submetido à avaliação médica, e exame de imagem que evidenciou fratura de rádio distal direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 06/09/2018 com alta médica dia 07/09/2018.

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

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
10 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 25 de março de 2019

Médica da Vigilância á Saúde
CRM/PB 3883

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Complexo Hospitalar MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

JOÃO PESSOA

Nome: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR				Registro:	
Idade:27 A	Sexo: MAS	Cor:	Clínica:Traumatologia	EMP:	LR:
Data: 23/08/2018			Cirurgião: ANDRE SIQUEIRA		
1º Assistente: VALDEBAN RI			2º Assistente:		
Anestesista: EUCLIDES			Instrumentador:		

DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
Fratura do Rádio Distal DIREITO	S52.5

DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
O mesmo	

PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)	CÓDIGO
Redução Incruenta + Fixação Percutânea	

Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 ( ) Sim 2 (X) Não
Descreva:

Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (X) Não

Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:
1 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico

FORMULÁRIO DE ANESTESIA

NOME

ESTADO CIVIL Solt. ☐ Cás. ☐ Vuv. ☐ Desq. ☐ | SEXO Masc. ☐ Fem. ☐ | COR BR ☐ PO ☐ PT ☐ | PROFISSÃO | IDADE | DATA

ENDEREÇO Av. (Rua)

HOSPITAL | CATEGORIA

AIH ☐ CP ☐ MAT ☐ COD ☐ INSC ☐ GIH ☐ OUTRAS ☐ ⟶

DIAGNÓSTICOS

OPERAÇÃO REALIZADA

CIRURGIÃO | AUXILIAR

INÍCIO ANESTESIA | TÉRMINO DA ANESTESIA | DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | QUANT. DE US (PONTOS) | VALOR R$

CPF | CRM-PB

HORA

AGENTE

CÓDIGOS
ANESTESIA (X) CIRURGIA (•) PULSO (•)
T. ARTERIAL (SISTÓLICA – DIASTÓLICA) (x)
RESPIRAÇÃO (O) RESP. CONT. (R/C)
RESP. ASSISTIDA (R.A.) RESP. ESPONTÂNEA (R/E)
ENT. OROTRAQUEAL (E/OT) ENT. NASOTRAQUEAL (E/NT)
ENTUBAÇÃO (E/NT)

220 200 180 140 120 100 80 60 40 20

PRESSÃO ARTERIAL | PULSO | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO | GRUPO SANGÜÍNIO

EST. GERAL BOM ☐ REGULAR ☐ MAU ☐ PÉSSIMO ☐ | RISCO CIRÚRGICO BOM ☐ REGULAR ☐ MAU ☐ PÉSSIMO ☐

EXAMES COMPLEMENTARES

PRÉ ANESTÉSICO

EXAMES COMPLEMENTARES

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS ☐

TÉCNICA

MEDICAMENTOS GASTOS NO ATO ANESTÉSICO

1	6
2	7
3	8
4	9
5	10

OBSERVAÇÕES

JOÃO PESSOA

Complexo Hospitalar MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: ___/___/___

Nome: Mauro Gomes da Silva Jr.
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: Dor em punho (D)

HDA: Pt com queixa de dor em punho (D) após trauma

Medicações em uso: —

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

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

ABD: [ ]Dor _____ [ ]Pirose [ ]Soluço [ ]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-repouso [ ]Deformidades [ ]Artralgia [ ]Calor [ ]Rubor [ ]Edema [ ]Crepitação [ ]Fraqueza [ ]Atrofia [ ]Espasmos

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

_____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [ ]HTF

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

[ ]Trauma _____ [ ]Neo _____ [ ]Tabagismo _____

[ ]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____ _____

Exame Físico:

Peso: _____Kg Altura: _____m IMC = _____ PA= _____ mmHg

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

_____

ACV: _____

_____

AR: _____

_____

ABD: _____

_____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

_____

_____

_____

Hipóteses Diagnósticas: _____

_____

_____

_____

Conduta: _____

_____

_____

_____

FICHA DE ADMISSÃO DA SRPA

Paciente:_____ Pront.:_____ Data:_____

Hora da admissão:_____ Hora da alta:_____ Enfermeiro:_____

PA. na admissão:_____ PA. na alta:_____ Téc. Enf.:_____

PARÂMETROS	PONTOS	ADMISSÃO	1 H	2 H	3 H
CONSCIÊNCIA					
ACORDADO	2		2		
RESPONDENDO AO CHAMADO	1				
NÃO RESPONDENDO	0				
RESPIRAÇÃO					
CAPACIDADE DE RESPIRAR PROFUNDAMENTE OU TOSSIR	2		2		
DISPNÉIA	1				
APNÉIA	0				
CIRCULAÇÃO					
PA VARIANDO ATÉ 20% DO NÍVEL HABITUAL	2		2		
PA VARIANDO DE 20% A 50% DO NIVEL HABITUAL	1				
PA SUPERIOR A 50% DO NIVEL HABITUAL	0				
ATIVIDADE MUSCULAR					
MOVIMENTO MUSCULAR DAS 4 EXTREMIDADES	2		2		
MOVIMENTO MUSCULAR DE 2 EXTREMIDADES	1				
AUSÊNCIA DE MOVIMENTO	0				
COLORAÇÃO DA PELE					
ROSADO, QUENTE	2		2		
PALIDO, TERROSO, ICTÉRICO	1				
CIANÓTICO	0				
TOTAL					

INTERCORRÊNCIAS	MEDICAÇÃO	HORÁRIO	ASSINATURA

Anestesiologista

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Achados:

Visualização de fratura do rádio distal DIREITO

Conduta:

Realizada manobra para redução de fragmentos ósseos

Aposição de DOIS fios de kirschener 2.0II

Procedimento guiado por escopia

Fechamento:

Limpeza com SF a 0,9% de punho

Curativo

Tala axilopalmar gessada

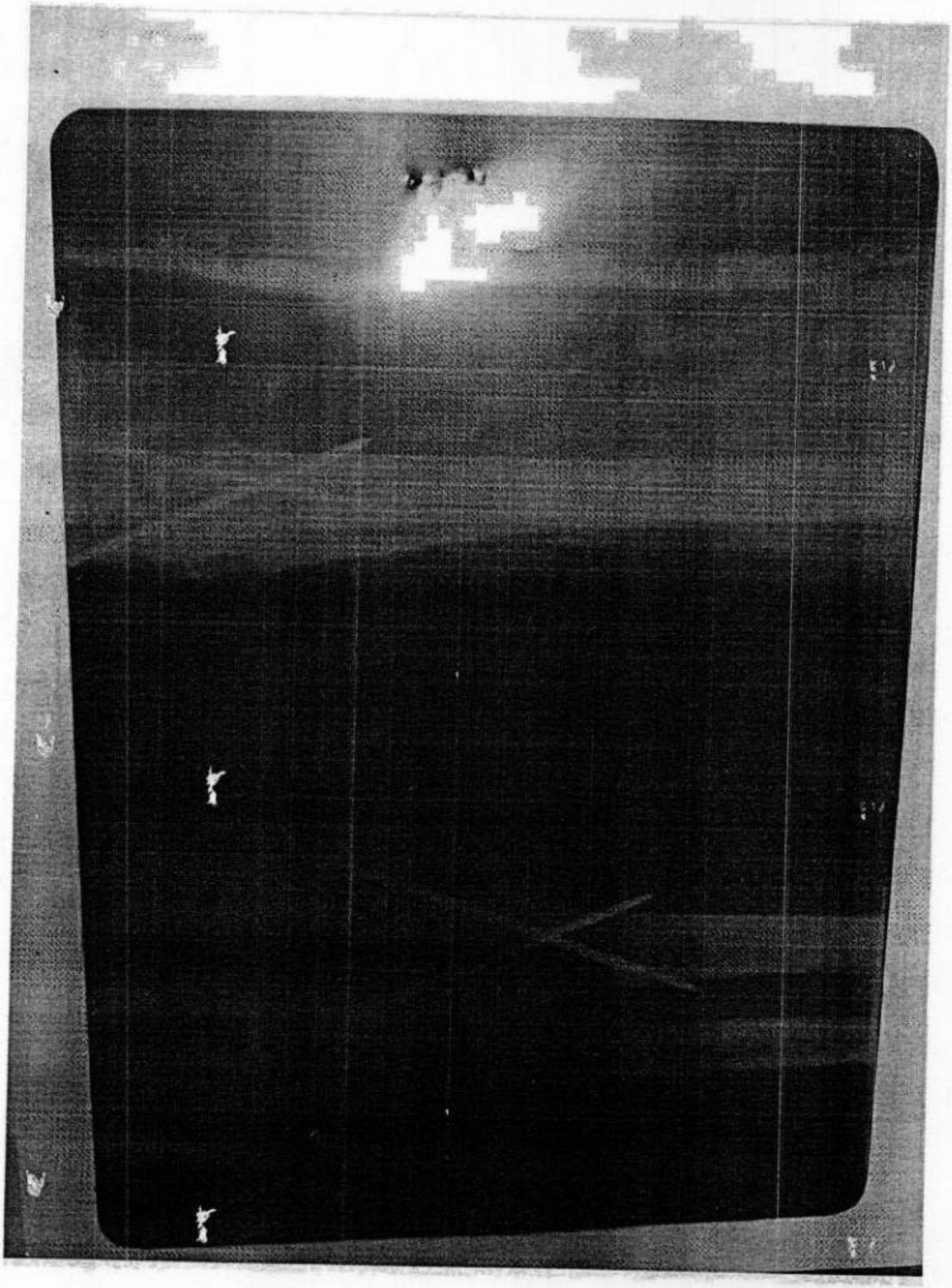
OBS:

Data: 06 / 09 / 2018

Dr. Valdelan Carvalho Jr.
Médico
CRM PB 17692

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PB

NOME
MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR UF
2752956 SSP PB

CPF
103.678.604-81

DATA NASCIMENTO
18/06/1991

FILIAÇÃO
MAURO GOMES DA SILVA
MARIA PARANA DE OLIVEIRA

PERMISSÃO | ACC | CAT. HAB.

Nº REGISTRO
01058144098

VALIDADE
21/07/2023

1ª HABILITAÇÃO
25/04/2014

OBSERVAÇÕES
EAR.

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
01/06/2018

ASSINATURA DO EMISSOR

57880403605
PB037278320

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1660562714

PROIBIDO PLASTIFICAR
1660562714

MAURO GOMES DA SILVA
RUA PROFA NORMA RIBEIRO
JOAO PESSOA PB CEP

CODIGO
251,42 2869273

TOTAL: R$251,42
RECEBIDO: R$270,00
TROCO: R$18,58

16JAN2019 09:13:54
LOTERICA: 13.025167-4
TERMINAL: 61376

1ª VIA

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade Tarifada / Tarifa(R$)	Valor Base Cálc.	Alíq.	ICMS(R$)	Base Cálc. Reduz.	Parcela(R$)	Outros(R$)
060	Consumo em kWh	274.000 0,864600	236,10	27	63,75	236,10	0,54	11,66
080	Adic. E Arrears		0,11	27	0,03	0,11	0,00	0,00
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
8007	CONTRIB SERV ILUM PUBLICA		0,64	0	0,00	0,00	0,00	0,64

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
15 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

FLAVIANA DA SILVA CÂMARA

CARLOS ALBERTO DA SILVA CÂMARA
ANA GLÓRIA DA SILVA CÂMARA

JOÃO PESSOA-PB

15/08/1984

14540

28/1198 - SSP/PB

048.079 624-69

SIM

01 12/01/2009

JOSÉ MÁRIO PORTO JÚNIOR

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 07841734

OAB

Flaviana da Silva Câmara

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190276708 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 29/08/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190276708 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 29/08/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁGINA 2 E 7.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PROCURAÇÃO

Outorgante: Mauro Gomes da Silva Junior, brasileiro(a), estado civil Solteiro profissão aux. de instalação, residente e domiciliado à Rua Rhef - Nacemo Ribeiro nº 35A, bairro Geisel, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep 58075210, portador(a) do Rg nº 3752956, SSP/PB e CPF nº 103.678.604-81

Outorgado: Flaviana da Silva Gomes, estado civil Solteira profissão advogada, brasileiro(a), Rua da República, nº , residente e domiciliado(a) à Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, bairro Centro, portador (a) do RG nº 2671190 SSP/ PB e CPF nº 048.079.624-69, Cep

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) Mauro Gomes da Silva Junior, ocorrido em 28/08/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza Invalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT,** enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa 10 de 04 de 2019.

2º OFÍCIO DISTRITAL
COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

x Mauro Gomes da Silva Junior
Outorgante
CPF Nº 103678604 81

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
COMPREV
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
Reconheço por autenticidade a firma de MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR.[94209]. J.Pessoa-PB, 10/04/2019 12:27:41
Emol R$9,91 Farpen:R$0,29 Fepj:R$1,98. ISS:R$0,50. Em test da verdade. Tabelia CELEIDA COSME PEREIRA SILVA.
Selo Digital AIL56782-MMMJ Consulte em
https://selodigital.tjpb.jus.br

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127994/19

Número do Sinistro: 3190276708

Vítima: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 29/08/2018

CPF: 103.678.604-81 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

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: 22/04/2019
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

_____

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/04/2019
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

_____

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127994/19

Vítima: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 29/08/2018

CPF: 103.678.604-81 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

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

MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR : 103.678.604-81

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/04/2019
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2019
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE