

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, 11 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190580048

Vítima: JOSE NILSON RIBEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 30/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE NILSON RIBEIRO DA SILVA

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



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, 14 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190580048

Vítima: JOSE NILSON RIBEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 30/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE NILSON RIBEIRO DA SILVA

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

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	---

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



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, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190580048

Vítima: JOSE NILSON RIBEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 30/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE NILSON RIBEIRO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

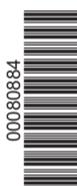
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



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, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190580048

Vítima: JOSE NILSON RIBEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 30/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE NILSON RIBEIRO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **JOSE NILSON RIBEIRO DA SILVA**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **000000729**

Conta: **0000021485-5**

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.

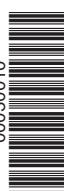
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE		
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: 037.913.374-16 José Wilson Ribeiro da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (83) 98663-4900		

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR			
17 - Nome completo do Representante Legal:			
18 - CPF do Representante Legal:		19 - Profissão do Representante Legal:	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS:		<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 0729	CONTA: 21485	5	AGÊNCIA: _____
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.			

22 - 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):			
<input type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do 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 Lider 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.			

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE						
23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por mpre 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.						

MORTE

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário que assinou o documento	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
40 - Local e Data,	José Pessoa - PB 11/10/19	
	Assinatura da testemunha	

NÃO ALFABETIZADO

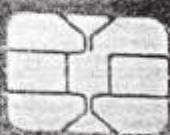
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	43 - Assinatura do Procurador (se houver)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	

TESTEMUNHAS



CAIXA

POUPANÇA



4392 6718 3884 6323

JOSE NILSON RIBEIRO SILVA

0729 013 00021485-5 10/24

Valid only in Brazil / Válido apenas no Brasil



Electro



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 11515.01.2019.1.00.401

2º DSPC

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 11515.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:35 horas do dia 03 de outubro 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 Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **José Nilson Ribeiro da Silva**, CPF nº 037.913.374-16, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Porteiro, filho(a) de Iracema Josefa da Costa e Assendino Ribeiro da Silva, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 05/12/1980 (38 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua José Marinho da Silva, Nº 131, bairro Alto do Céu, tendo como ponto de referência Próximo Ao Colégio Padre Ibiapina, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98895-0823.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Tancredo Neves, De Frente Ao Vergalhão., João Pessoa/PB, bairro Bairro dos Ipês; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 30/05/19 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 30/05/2019 por volta das 17:00 horas quando transitava, pelo av. Tancredo Neves, Bairro dos Ipês, João Pessoa-PB, com o veículo tipo HONDA/CG 160 FAN ano/mod: 2017/2018, de cor vermelha, de placa: QFQ0703/PB CHASSI: 9C2KC2200JR003000 pertencente ao Sra. Carlos Antonio da Silva; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto sentido Ipês/Manaíra quando um veículo não identificado invadiu a faixa do declarante, abruptamente; sem sinalizar, dando um "trancão" no declarante, Que devido ao fato o declarante perdeu o controle da moto vindo a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido, por terceiros ao COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY, onde foi diagnosticado, de acordo com a CERTIDÃO de nº 1409/2019, FRATURA EXPOSTA DA FALANGE DO 5º METATARSO DIREITO, conforme LAUDO MÉDICO assinado pela Dra. FABIANA FERNANDES DE ARAÚJO CRM/PB 4516.

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, 03 de outubro de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA

Agente de Investigação

JOSÉ NILSON RIBEIRO DA SILVA

Noticiante

Procedimento Policial: 11515.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE		
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: José Wilson Ribeiro da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo: José Wilson Ribeiro da Silva	6 - CPF: 037.913.374-16	7 - Profissão: RECUSO	8 - Endereço: R. José Marinho da Silva 131
11 - Bairro: Alto do Céu	12 - Cidade: João Pessoa	9 - Número: 13	10 - Complemento: 14 - CEP: PB 58000-000
15 - E-mail:	16 - Tel./DDD: 83198663-4900		

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR			
17 - Nome completo do Representante Legal:			
18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:		
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 0729	CONTA: 21485	5	AGÊNCIA: _____
(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.			

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - 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):	
<input type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do 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 a 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. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.	

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE						
23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO

Nº. 1409/2019

Atendendo solicitação de **JOSE NILSON RIBEIRO DA SILVA** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº23393 e Prontuário Nº 2019.05.3632 pertencentes ao paciente **JOSE NILSON RIBEIRO DA SILVA** que foi atendido dia 30/05/2019 às 19H20min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em membros inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta da falange do 5º metatarso direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 30/05/2019. Com alta médica dia 03/06/2019.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 22 de agosto 2019

Dra. Fabiana F. de Araújo
CRM/PB 4516
Médica
CRM/PB 4516

COMPRENSO 11 OUT. 2019
PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA

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: 14/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE NILSON RIBEIRO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00729

CONTA: 000000021485-5

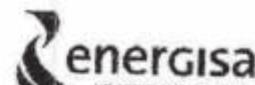
Nr. da Autenticação 84343D1F2E175F59

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Recorte para impressão posterior da nota fiscal/cortar de anexar à eletrônica. Nº 026.977.000



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

MAIZA FIGUEREDO DA SILVA
RUA JOSE MARINHO DA SILVA 131 C 501
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/786028-1

REFERÊNCIA

JUN/2019

APRESENTAÇÃO

05/06/2019

CONSUMO

173

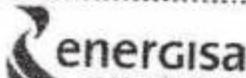
VENCIMENTO

06/07/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 117,87

Acesse: www.energisa.com.br



DESENHE AQUI

MAIZA FIGUEREDO DA SILVA

Rotelro: 03-001-230-6300

83620000001-3 17870149000-9 07860282019-9 0660000101-0

VENCIMENTO

06/07/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 117,87

MATRÍCULA

788028-2019-06-6



COMPRENSÃO DE PERTINÊNCIA
11 JUL. 2010
PROTÓCOLO
1º JOÃO PESSOA

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda-via da conta.
Boleto para simples pagamento da nota fiscal/carta de energia elétrica - N° 031.407.896



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.182 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-8

DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

SET/2019

19/09/2019

144

26/09/2019

R\$ 131,50

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 26/09/2019				
Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04 RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número 31502440000596489	Nr Documento 001371069201909	Data Vencimento 26/09/2019	Valor do Documento R\$ 131,50	Valor Pago
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 Agência / Código do Beneficiário:3084-3/2447-3				09.095.183/0001-40

RECOMPREV
COMPRESEGUROS E PREVIDÊNCIAS
11 OUT. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURADO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754-74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Wilson Ribeiro da Silva Inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.913.374-16
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima José Wilson Ribeiro da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.913.374-16, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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:
<u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	<u>157</u>	
(Bairro): <u>Changabeira</u>	(Cidade): <u>João Pessoa</u>	(Estado): <u>PB</u> CEP: <u>58056-384</u>
E-mail:		Tel.(DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 11/10/19

Assinatura do Declarante



MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
HO HOSPITAL MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58.000-000 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 23393-1 Atd: Nao Regul
Data: 30/05/2019
Hora: 19:20:11
Repcionista: GABRIELA DA COSTA SE
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1

JOSE NILSON RIBEIRO DA SILVA Num. Frontuario: 2019.05.003632

CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2279391 Fone: 988950823

Natural: MAMANGUAPE/PB Data Nasc.: 05/12/1980 Id: 38 ano(s)

End.: RUA JOSE MARINHO DA SILVA, 40

Bairro: ALTO DO CÉU Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: IRACEMA JOSEFA DA COSTA Pai: ASSENDINO RIBEIRO DA SILVA

SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

PORTEIRO SEM ESPECIFICACAO Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:

Resp.: JOSE NILSON RIBEIRO DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 988950823 / IDENTIDADE: 2279391

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

acidente por: COLISAO MOTOXCARRO AS 19:00/BAIRRO DOS IPES

Vitima de violencia por: NAO

1 Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

FR:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

TP:

[] Aparentemente Bem [] Grave

Altura:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Glicemias:

IMC:

[] Hemorragia [] Dispneia

Circ. Abd:

O2%:

[] Diarreia [] Agitado

Queixa Principal:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

TRAUMA EM FALANGE D

Arrem p/ dir cui Trauro - Trauro em 5º PDD ws quando
de moto... nejo Tc & en Trauro Trauro

istoria - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

8/11/19 08:00 08:00 08:00 08:00 08:00

Diagnostico

Conduta

Prescricao: Ao centro enjoo.

Horario da medicacao

Definit para 24.

Ornitano 6g - EV 21:05
Tylokt 100mg - EV 21:00

Cefadroxil 2g - EV 21:00
SAT 5000ci - i.m.
Talatamida

Dr. Frederico Bouillet
Ck. do Joelho / Ortopedia
CRM - PB 9301

PREScriçAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

PROCEDIMENTO REALIZADO

ESTADO DO PACIENTE

- [] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedidio [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] —

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo da Medi-



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>José Nilson</u>		Data da Admissão: <u>30/05/19</u>
Prontuário:	Idade:	Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____		
Endereço: _____	Bairro: _____	Profissão: _____
Cidade: _____	Estado: _____	Religião: _____
Sexo: F() M() Cor: _____	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: <u>/ /</u>
Escolaridade: _____		
QPD: <u>Ferimento em pé D</u>		
HDA: <u>Pac com ferimento canto costas lumbos 5º mto d + dor lombar extenso.</u>		
Medicações em uso: _____		
Interrogatório Sintomatológico:		
<u>Geral:</u> []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____		Kg em _____ []Prurido []Sudores
<u>Pele:</u> _____		
<u>Cabeca e Pescoco:</u> []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia []Disfagia []Audição: _____ Visão: _____		Outros: _____
<u>AR e ACV:</u> []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispneia []Palpações []Desmaio []Cianose []Edema _____		Outros: _____
<u>ABD:</u> []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume		_____
<u>AGU:</u> []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____		_____
<u>SME:</u> []Dor []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação		[]Rigidez pós-reposo []Deformidades []Fraqueza []Atrofia []Espasmos
<u>SN e PSQ:</u> []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade []Amnésia []Libido []Humor		_____

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco de Rio []Casa de Taipas

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

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

*X Exerto da Falange
S. MTD*

Conduta: *Infermoxico por 24hs
observar retons. PR*



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>José Nilson Ribeiro</i>		Registro:			
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>30/05/11</i>	Cirurgião: <i>Dra. Sônia</i>	1º Assistente:			
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:			
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Horário:	I:	T:	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>OTX Exploração da Falange</i> <i>do 5º MTD.</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O Mismo.</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Extrair + fixar</i> <i>com fito K 1,5 mm</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim	Descreva:		
		2 () Não			
Biópsia de Congelação:		1 () Sim			
		2 () Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

DDH sob rogioreto
Anestesia Antineurótico
Alvo com

Incisão:

Achados:

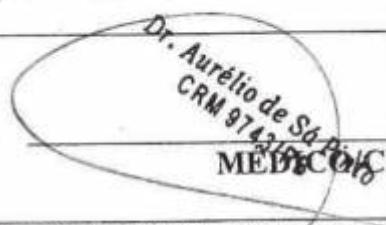
Conduta: Inc com SF 0,9%.
Desbridamento.
Reduções + fixação com
Estribo do ferimento
Cirúrgico
operário fechado.

Fechamento:

OBS: Informações TCM ZC
L8Rº anelar perfurado.

Data:

30/01/17





CERTIDÃO

Nº. 1409/2019

Atendendo solicitação de **JOSE NILSON RIBEIRO DA SILVA** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº23393 e Prontuário N° 2019.05.3632 pertencentes ao paciente **JOSE NILSON RIBEIRO DA SILVA** que foi atendido dia 30/05/2019 às 19H20min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em membros inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta da falange do 5º metatarso direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 30/05/2019. Com alta médica dia 03/06/2019.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 22 de agosto 2019

Dra. Fabiana F. de Araújo
CRM/PB 4516
Médica

COMPREV
11 OUT. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSO

MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
HO HOSPITAL MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
AVENIDA FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58000-004 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 233934 Atd: Nao Regul
Data: 30/05/2019
Hora: 19:20:11
Repcionista: GABRIELA DA COSTA SE
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

JOSE NILSON RIBEIRO DA SILVA

Num. Frontuario: 2019.05.003632

CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2279391 Fone: 988950823

Natural: MAMANGUAPE/PB Data Nasc.: 05/12/1980 Id: 38 ano(s)

End.: RUA JOSE MARINHO DA SILVA, 40

Bairro: ALTO DO CEU Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: IRACEMA JOSEFA DA COSTA

Pai: ASSENDINO RIBEIRO DA SILVA

SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
PORTEIRO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: JOSE NILSON RIBEIRO DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 988950823 / IDENTIDADE: 2279391

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

acidente por: COLISAO MOTOCARRO AS 19:00/BAIRRO DOS IPES

Vitima de violencia por: NAO

Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

- [] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao
- PROTÓCOLO
COMPROVANTE DE PRESENÇA
DE 1º OUT. 2010
PROTÓCOLO
DE AÇÃO PESO

FR:

[]

TP:

[]

Altura:

[]

Glicemias:

IMC:

Hemorragia

Circ. Abd:

O2%:

Diarreia

Queixa Principal

Agitado

TRAUMA EM FALANGE D

Regular

Vomito

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao: Ac ventro c/uso.

Horario da medicacao

Reflexo poso 24.

Dr. Frederico Bouilletau
Cir. do Joelho / Ortopedia
CRM - PB 9302

Ortopedia 1 - EV 21:05
Tabela 1 - 20g - EV 21:00

Cefalosporina 2g - EV 21:00
SAT 50000 ui - i.m.
Faltamolo

PRESRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

ESTRATO DO PACIENTE

- [] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedida [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO []

M. M. Nichols

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medi



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 30/05/19

Nome: José Nilson Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Prontuário: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Data de Nascimento: / /

QPD: Ferimento em Pe (D)

HDA: Pec com ferimento c/nto contudo no pe 5º mês + infecção ext.

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 []Políuria []Oligúria []Noctúria []Hematúria

[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

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

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

[]Amnésia []Libido []Humor _____

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco de Rio []Casa de Tai-

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

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

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: _____

*ff. Exerto da Falange
5º MTR)*

Conduta: _____

*Infermante PR 24hs
observar Paroxismos. PR*



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>José Nilson Figueira</u>		Registro:			
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <u>30/05/17</u>	Cirurgião: <u>Dra. Sônia</u>	1º Assistente:			
2º Assistente:		3º Assistente:	Instrumentador:		
Anestesista:	Tipo Anestesia:		Horário:	I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Extrato da Falange</u> <u>do 5º MTD.</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>O mesmo.</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>Radicul + Fixac</u> <u>com fito K 1,5 mm</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim	Descreva:		
		2 () Não			
Biópsia de Congelação:		1 () Sim			
		2 () Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

DDH sub nogueirinho
Aspirina Antineflam
Alaziquin de esmol

Incisão:

Achados:

Conduta:

Linc com SF 0,9%.
Desbridamento.
Ressec + Haga com
Suturas do ferimento
Cirúrgico
operário fechado

Fechamento:

OBS:

Infermidade TCM ZC
48h; ausência Perístole.

Data:

30/01/17




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


**P
B**

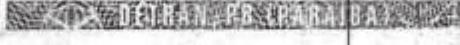
NOME JOSE NILSON RIBEIRO DA SILVA	
<small>DOC IDENTIDADE / ORG ÓRGÃO EMISSOR</small> 2279391 SSP PB	
<small>CPF</small> 037.913.374-16 <small>DATA NASCIMENTO</small> 05/12/1960	
<small>MUNICÍPIO</small> ASSENDINO RIBEIRO DA SILVA IRACEMA JOSEFA DA COSTA	
<small>PERMISSÃO</small> ACC <small>CATEGORIA</small> AM	<small>VALIDADE</small> 13/11/2009
<small>OBSERVAÇÕES</small>	
<i>Joállio a. da Silva</i>	
<small>ASSINATURA DO PORTADOR</small>	
<small>LOCAL</small> JOÃO PESSOA, PB <small>DATA EMISSÃO</small> 26/12/2018	
<i>Joállio</i> <small>ASSINATURA DO EMISSOR</small>	
PARAÍBA	

PROIBIDO PLASTIFICAR

1668805170

*COMPREV
SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA S/A
11 OUT. 2010
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA*

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

NOME ALEXANDRA CESAR DUARTE		DOC. IDENTIDADE / CRÉDITO CICB SP 2637718	ESP PE
 CPF 046.502.754-74		DADA NASCIMENTO 21/08/1982	
FECIÃO ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE MARCIA CESAR DUARTE		PERMISSÃO	ACE - CATEGORIA B
Nº REGISTRO 894056231		VENCIMENTO 16/01/2019	EMISSÃO 25/06/2001
OBSERVAÇÕES			
<i>Alexandra Cesar Duarte</i> <small>ASSINATURA DO PORTADOR</small>			
LOCAL JOÃO PESSOA, PB		DATA EMISSÃO 17/01/2014	
<i>Rodrigo Carvalho</i> <small>ADMINISTRAÇÃO DISTRITAL</small>		66388356744 PB027919595	
			

PROIBIDO PLASTIFICAR
894056231

COMPRESEGURADO DOCUMENTOS
 11 OUT. 2012
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190580048**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE NILSON RIBEIRO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA JOSE MARINHO DA SILVA , 131 - Alto Céu - João Pessoa - PB - CEP 58027-720

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2279391**

Data e local do acidente: [**30/05/2019**] **Av. Tancredo Neves cidade de João Pessoa**

Data e local do exame: [**08/11/2019**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura exposta do quinto pododáctilo direito.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica, deformidade e rigidez articular com deficit de força do referido dedo.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Realizado tratamento cirúrgico com limpeza cirúrgica , desbriamento e fixação da fratura com fio de Kirschner.

V. Existe sequelas (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Apresenta deformidade, rigidez articular e deficit de força motora do quinto dedo do pé direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Quinto Pododáctilo Direito.

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

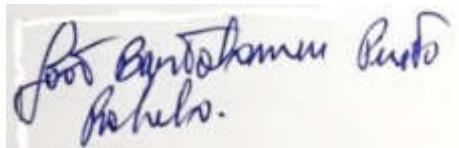
Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



João Bartolomeu Pinto Rabelo - CRM: 4518 - PB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190580048 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE NILSON RIBEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 30/05/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta do quinto pododáctilo direito.

Descrição do exame físico: Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica, deformidade e rigidez articular com deficit de força do referido dedo.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico com limpeza cirúrgica, desbriamento e fixação da fratura com fio de Kirschner.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5º pododáctilo direito em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/11/2019

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do 5º pododáctilo devido à redução da força muscular e limitação da mobilidade articular. Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190580048 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE NILSON RIBEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 30/05/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta do quinto pododáctilo direito.

Descrição do exame físico: Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica, deformidade e rigidez articular com deficit de força do referido dedo.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico com limpeza cirúrgica, desbriamento e fixação da fratura com fio de Kirschner.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5º pododáctilo direito em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/11/2019

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do 5º pododáctilo devido à redução da força muscular e limitação da mobilidade articular. Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190580048 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE NILSON RIBEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 30/05/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA FALANGE DO 5º METATARSO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

P-1-7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 5º DEDO DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL DEFICIT RESIDUAL DO 5º DEDO DO PÉ 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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau residual - 10 %	1%	R\$ 135,00
Total			1 %	R\$ 135,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190580048 Cidade: João Pessoa Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOSE NILSON RIBEIRO DA SILVA Data do acidente: 30/05/2019 Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/11/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA FALANGE DO 5º METATARSO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

P-1-7

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau residual - 10 %	1%	R\$ 135,00
		Total	1 %	R\$ 135,00

PROCURAÇÃO

Outorgante: José Wilson Ribeiro da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão Porteiro, residente e domiciliado à Rua Jose Starimbo da Silva nº 131, bairro alto do Ceu
Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep. 58000-000, portador(a) do Rg nº 227.939/ SSP/PB e CPF nº 037.913.314-16

Outorgado: Alessandra Coqueiro Duarte, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal Jose E. Duarte nº 157, bairro Mangabeira
Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep. 58056-384, portador (a) do RG nº 262.7718 SSP/ PB e CPF nº 046.502.754-74

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) José Wilson Ribeiro da Silva, ocorrido em 30/05/15, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.
Processo de natureza invalidiz.

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, 03, de julho de 2019.

Outorgante
CPF N° 046.502.754-74

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

COMPRENSO
11 OUT. 2010
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0354645/19

Número do Sinistro: 3190580048

Vítima: JOSE NILSON RIBEIRO DA SILVA

CPF: 037.913.374-16

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/05/2019

Titular do CPF: JOSE NILSON RIBEIRO DA SILVA

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/10/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/10/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0354645/19

Vítima: JOSE NILSON RIBEIRO DA SILVA

CPF: 037.913.374-16

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/05/2019

Titular do CPF: JOSE NILSON RIBEIRO DA SILVA

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

JOSE NILSON RIBEIRO DA SILVA : 037.913.374-16

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/10/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA