
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

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 médico-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



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

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, 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 037.913.374-16 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: Recusado 8 - Endereço: R. José Marinho da Silva 9 - Número: 131 10 - Complemento:
11 - Bairro: Alto do Céu 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 083198663-4900

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:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0729 CONTA: 21485 5 AGÊNCIA: CONTA:

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.

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):

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

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 a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 11/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CAIXA

POUPANÇA

4392 6718 3884 6323

JOSE NILSON RIBEIRO SILVA

0729 013 00021485-5 10/24

Valid only in Brazil / Válido apenas no Brasil

VISA

Electro



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 11515.01.2019.1.00.401

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:

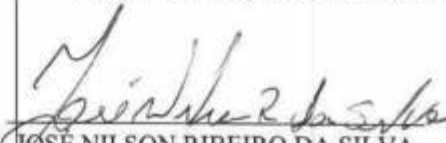
QUE, segundo o declarante no dia 30/05/2019 por volta das 17:00 horas quando transitava, pelo av. Tancredo Neves, Bairro dos Ipês, João Pessoa-PB, com o veículo tipo HONDA/CG 160 FAN ano/mod: 2017/2018, de cor vermelha, de placa: QFQ0703/PB CHASSI: 9C2KC2200JR003000 pertencente ao Sra. Carlos Antonio da Silva; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto sentido Ipês/Manaira quando um veículo não identificado invadiu a faixa do declante, 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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

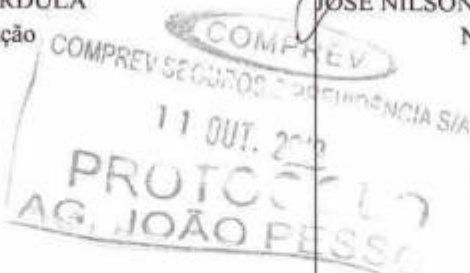
João Pessoa/PB, 03 de outubro de 2019.


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: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 037.913.374-16 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 9 - Número: 131 10 - Complemento:
11 - Bairro: Alto do Céu 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 083198663-4900

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:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0729 CONTA: 21485 5 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (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.

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):

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

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 a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 11/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 22 de agosto 2019


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



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.

Requis para sempre pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 026.977.000



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 54071-600
CNPJ 09.095.153 / 0001-40 - Insc. Est. 16.615.823-0

DADOS DO CLIENTE

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

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/786028-1

REFERÊNCIA

JUN/2019

APRESENTAÇÃO

05/06/2019

CONSUMO

173

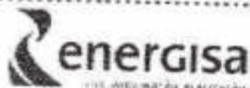
VENCIMENTO

06/07/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 117,87

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

MAIZA FIGUEREDO DA SILVA

Telefone: 03-001-230-6300

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

VENCIMENTO

06/07/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 117,87

MATRÍCULA

786028-2019-06-6



COMPREV
COMPRESSORES E PREVENÇÃO S/A
11 JUL 2019
PROTOCOLO
AG JOÃO PESSOA

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. N° 031.407.896



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 55071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0

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

SET/2019

APRESENTAÇÃO

19/09/2019

CONSUMO

144

VENCIMENTO

26/09/2019

TOTAL A PAGAR

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	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440000596489	001371069201909	26/09/2019	R\$ 131,50	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



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 SUSEP 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 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 Alexandrina Cesar Duarte

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

José Nilson Ribeiro da Silva Inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.913.374 / 16

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima José Nilson 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:

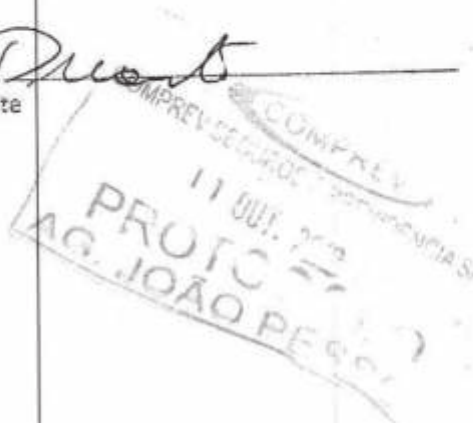
☒ Recuso informar

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: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Parangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

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

Alexandrina Cesar Duarte
Assinatura do Declarante



CLINICA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COM TO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RU' NENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58- JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

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

DADOS DO PACIENTE

JOSE NILSON RIBEIRO DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 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

Estado Civil: NAO INFORMADO

PORTEIRO SEM ESPECIFICACAO

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

Presenca de violencia por: NAO

Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

TRAUMA EM FALANGE D

*Doença na mão com Trauma - Trauma em 5º D.D. com queda
de moto. não tem mais Trauma Tenário*

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Ex. em Ex. Distal e Ex. Proximal do 5º D.D.

Diagnostico

Conduta

Prescricao

*Acetato de Clorfeniramina
seguir por 24h.*

Horario da medicacao

*Dipirona 500mg - EV 2x/24h
Tylenol 325mg - EV 2x/24h
Clorfeniramina 2mg - EV 2x/24h
SAT 5000ci - 1un.
Kaltanolo*

Dr. Frederico Boulitreau
Cir. do Joelho / Ortopedia
CRM - PB 9301



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>João Nilson</u>		Data da Admissão: <u>30/05/19</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Religião: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: <u>1/1</u>
Escolaridade: _____		Data de Nascimento: <u>1/1</u>	
QPD: <u>Ferimentos em pé (D)</u>			
HDA: <u>Pac com ferimentos contusos confusos em 5º, NT+D + profundos e aberto.</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso _____ Kg em _____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoco: <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____ Outros: _____			
ABD: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume			
AGU: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____			
SME: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposouso <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos			
SN e PSO: <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade _____ <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor			

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taip

[] 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:

4 + Exposta da Falange
5º. MTD

Conduta: Internamento P=24hs
Observar Pericardio. P=24

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

DDH Sob Registros
Anestesia Antérmica
Alargado de couro

Incisão:

Achados:

Conduta: LMC com SF 0,91.
Desbridamento.
Redução + fixação com
Sutura do tendão
Correlativo
operação percutânea

Fechamento:

OBS:

Informante TCM 20
48h; avaliação postural.

Data:

30/05/19

Dr. Aurélio de Sá
CRM 97420-6
MEDIC

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, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 22 de agosto 2019


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

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
11 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CLINICA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COM O HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RU... NENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58... JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

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

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2019.05.003632

JOSE NILSON RIBEIRO DA SILVA

CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2279391 Fone: 988950823

Natural: MAMANGUAPE/PE 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

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

Atividade 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

Glicemis:

FR:

TP:

Altura:

Circ. Abd:

IMC:

O2%:

Queixa Principal

TRAUMA EM FALANGE D

Doem na dia em Trauma - Trauma em 5º PDD, do dedo
de moto. Negro Te e em Trauma Tenho

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Exame Fisico - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

Ac centro curativo.
segunda para 24.

Dor no joelho - EV 24:05
Tylenol 200 - EV 24:00
Cefalosporina 2g - EV 24:00
SAT 5000ci - EV 24:00
Kaltanoli

Dr. Frederico Boulitreau
C.R. do Joelho / Ortopedia
CRM - PB 9301

PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

[illegible]

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

1 Residencia

[] Transferido

[] Desistencia

[] UTI

Alta a pedido

() Enfermaria

Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medi



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 30/05/19

Nome: José Nilson
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: Ferimentos em pé (D)

HDA: Pac com ferimentos graves conf.

so com 5º, NT+D + fratura
exposta.

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
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

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

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

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

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taip

[]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: _____

*Exatista da Fala
5? MTD*

Conduta: _____

*Internamento por 24h
Observar Prontuário. PR*

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

DDH sob regulação
Anestesia Antinervosa
Alargamento de canal

Incisão:

Achados:

Conduta:

Lmc com SF 0,91.
Desbridamento.
Redução + fixação com
Sutura do tendão
Correlativo
operação percutânea

Fechamento:

OBS:

Informante com 20
48h, melhor resultado.

Data:

30/05/13

Dr. Aurélio de Sá
CRM 97429-6
MEDICINA



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

PB



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1668805170

NOME JOSE NILSON RIBEIRO DA SILVA		
DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF 2279391 SSP PB		
CPF 037.913.374-16	DATA NASCIMENTO 05/12/1980	
PRIMAÇÃO ASSENDINO RIBEIRO DA SILVA IRACEMA JOSEFA DA COSTA		
FORMAÇÃO	ACC	CAT. N/A
Nº REGISTRO	VALIDADE	1ª HABILITAÇÃO 13/11/2009



OBSERVAÇÕES

Jose Nilson Ribeiro da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

PROIBIDO PLASTIFICAR

1668805170

LOCAL JOAO PESSOA, PB	DATA EMISSÃO 26/12/2018
ASSINATURA DO EMISSOR 87640161723 PB038137135	

PARAÍBA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
11 OUT. 2010
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

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

NOME
ALEXANDRA CESAR DUARTE

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO SP
2627718 SSP PB

CPF
046.502.754-74 DATA NASCIMENTO
21/08/1982

FEIÇÃO
ALEXANDRE DE ARAUJO
DUARTE
MARCIA CESAR DUARTE

PERMISSÃO
ACC CENAR
D

Nº REGISTRO
01851269660 VALIDADE
16/01/2019 EXPIRAÇÃO
29/06/2001

PROIBIDO PLASTIFICAR
894056231

PROIBIDO PLASTIFICAR
894056231

LOCAL
JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO
17/01/2014

Assinatura do Titular
Rodrigo Carneiro
Assinatura do Diretor
66588356744
PB027919595

COMPREV
COMPREV SEGUROS - PREVIDÊNCIA S/A
11 OUT. 2012
PROTOS 17
AG. JOÃO PESSOA

www.seguridadonline.com
848 222 0000 SAC 24h

CPB / CMBP

THE
SOCIETY
OF
THE
CITY
OF
NEW
YORK

60410

9C2X0220032003000

PRÊMIO TARIFÁRIO

--- DENVER (PS) ---

(OF 18)

054050

PAGAMENTO

PARCELADO

SEGUNDA LÍNEA

CNPJ 09.248.608/0001

13870-1706332-201

CRISTINA BOUTO
5X ST LVA
ACOME

PLACA 100/100

ISSN 0003-0000

COMPUTER

ANQFAB 7 6018

TO

COR PREDOMINANTMENT

CATEGORIA

CATEGORY PART I C

VENC / COTAS

12

VENC. COTA ÚNICA-

0000/00/00

...COTAS...

РАЙСЕЛАМЕНТО / ГОЛАС

01
* * * * *
XATIPV

3

DATA DE PAGAMENTO

05/05/2018

05/05/2010

65/60/93

10

1

OBSERVAÇÕES -

PANAMERICANO SA

DATA 05/06/2018

107

13870

**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 , desbridamento e fixação da fratura com fio de Kirschinner.

V. Existe sequela (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
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

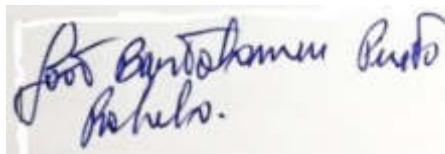
Região Corporal (Sequela):

% 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 Kirschinner.

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 5 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, desbridamento 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

Valoração 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

Valoração 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: Jose Wilson Ribeiro da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão porteiro, residente e domiciliado à Rua Jose Marinho da Silva, nº 131, bairro alto do seu, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58000-000, portador(a) do Rg nº 2279397, SSP/PB e CPF nº 037.913.374-16

Outorgado: Alexandra Lacerda Duarte, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Genete Fiscal Jose C. Duarte, nº 157, bairro Humildeza, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58056-384, portador (a) do RG nº 2627718, 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) Jose Wilson Ribeiro da Silva, ocorrido em 30/05/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza im validadez

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.

Decarlinto
Selo Digital - 10º Oficial

Rua Ferreira Luis, Henrique dos Santos, 91 - Jardim Guadalupe
João Pessoa - PB - CEP: 58000-000 - Fone: (33) 339-9900
www.decarlinto.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(a)s de: JOSE WILSON RIBEIRO DA SILVA
Em test. da verdade, João Pessoa-PB 01/07/2019 13:14:12
FRANCISCO IURY DE OLIVEIRA MAIA - Escrivão
(2019-049014)TMC-RP: R\$ 99,91 FAREJANDO 0,29 FÉRIAS 1,98-ISS: R\$ 0,50
SELO DIGITAL: A1734529-C2W
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tribunalpb.jus.br>
(33) 3216-8800

Jose Wilson Ribeiro da Silva
Outorgante
CPF Nº 046.502.754-74

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PARTICIPAÇÕES S/A
11 OUT. 2019
PROTOCOLO
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 médico-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

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

Data do acidente: 30/05/2019

Titular do CPF: JOSE NILSON RIBEIRO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-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