

Rio de Janeiro, 19 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180121856**

Vitima: **JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **12/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180121856**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12532816



Rio de Janeiro, 19 de Março de 2018

Aos Cuidados de: JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA  
Nº Sinistro: 3180121856  
Vitima: JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA  
Data do Acidente: 12/06/2017  
Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180121856**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12535844



Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA

Sinistro: 3180121856  
Vítima: JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA  
Data do Acidente: 12/06/2017  
Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180121856** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

---

Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2018

Carta nº 12808268

A/C: JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180121856 ASL-0090109/18  
Vitima: JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA  
Data Acidente: 12/06/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2018

Carta nº: 12895667

A/C: JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180121856  
Vítima: JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA  
Data do Acidente: 12/06/2017  
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000039

Conta: 0000033981-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento cervical da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



**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**

Sinistro: **3180121856**  
Nome do(a) Examinado(a): **JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA**  
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA PROJETADA nº 208 - GAMELEIRA - LUCENA/PB**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 1385279 - SSP**  
Data e local do acidente: **12/06/2017 LUCENA/PB**  
Data e local do exame: **04/05/2018 JOAO PESSOA/PB**

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURAS DE C3 E D1.**

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

**FRATURAS DE C3 E D1 TRATADAS COM CONDUTA CONSERVADORA COM COLAR CERVICAL E REPOUSO. EVOLUIU COM CEFALÉIA CRÔNICA, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DA COLUMNA CERVICAL, COM REDUÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DA COLUMNA CERVICAL. ALTA EM 20/06/2017.**

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

**LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXO EXTENSÃO E ROTAÇÃO BILATERAL DA COLUMNA CERVICAL**

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

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

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

**DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DA COLUMNA CERVICAL**

**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

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **COLUMNA CERVICAL**

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

**REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -**

**Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB**



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

690.062.964-49

Nome completo da vítima

Juarez Ribeiro de Oliveira

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA		690.062.964-49		Pescador	
Endereço		Número		Complemento	
Rua Profetada		208			
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
Gamela	Lucena	PB	58315-000		
Email			Telefone (DDD)		
			(21) 991807807		

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)					
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)					
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V
0039		7914	8		
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

João Pessoa, 06 de março de 2018

Local e Data

Juarez Ribeiro de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

690.062.964-49

Nome completo da vítima.

JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA		CPF titular da conta 690.062.964-49	Profissão Pescador
Endereço Rua Profetada		Número 208	Complemento Casa
Bairro Gomeleira	Cidade Lucena	Estado PB	CPF 58315-000
Email			Telefone (DDD) (53) 991807807

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos) BANCO Nome: Brasil NRO 001				AGÊNCIA NRO: 1636 DVV 5			
AGÊNCIA NRO: 64919 DVV 8				(Informar dígito se existir)			

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

João Pessoa 23 de abril de 2018

Local e Data

João Pessoa Ribeiro de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE LUCENA  
**CERTIDÃO**

**042/2018**

**CERTIFICO**, em razão do meu ofício

e a requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial, o Registro de Ocorrência Nº**042/2018**, cujo teor agora passa a transcrever na íntegra: Aos vinte e nove dias do mês janeiro do ano de 2018, nesta Cidade de Lucena, Estado da Paraíba, e na Delegacia de Polícia Civil, presente a Autoridade Policial, Bel. **RUBENITA DA NÓBREGA RÉGIS, Delegado de Polícia Civil**, aí por volta das 10:27 min, compareceu: **JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA**, brasileiro, solteiro, 48 anos, pescador, natural de Prazeres/PE, filho de João Ribeiro de Oliveira e Maria de Lourdes Martins de Oliveira, RG 1.385.279 SSP/PB, CPF 690 062 964 49, residente na Rua Projetada, S/N, Gameleira, Lucena/PB, fone 986955870 . **CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTARÁ SUJEITO (A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O SEGUINTE REGISTRO:** Que: no dia 12/06/2017, por volta das 19:00 hs, quando vinha de carona do assentamento Outeiro de Miranda com o Sr conhecido por **Alexandro** guiando a motocicleta **HONDA CG 150 FAN ESI, COR PRETA, ANO 2104/20154, PLACA 0FC 8743/PB, CHASSI 9C2KC1680ER519743, EM NOME DE IVANILDO MORAIS DE SOUZA**, quando ao chegarem nas imediações do Sítio Jardim, Zona Rural de Lucena, o mesmo perdeu o controle da motocicleta, vindo ambos ao solo; Que o noticiante foi socorrido pelo Samu local até o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena em João Pessoa, onde deu entrada por volta das 21:28 min, com o diagnóstico **FRATURA DE VÉRTEBRA( C3) + FRATURA DE VÉRTEBRA DORSAL/TORÁXICA ( D1)**, ficando internado até o dia 20/06/2107 . O referido é verdade. Dou fé.  
**Lucena, 23 de fevereiro de 2018.**

*Juarez Ribeiro de Oliveira*  
NOTICIANTE

*[Assinatura]*  
ESCRIVÃO AD-HOC

13 MAR. 2018  
PROTOCOLO  
AC. JOÃO PESSOA

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA

CPF da Vítima

690.062.964-49

Data do Acidente

12/06/2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

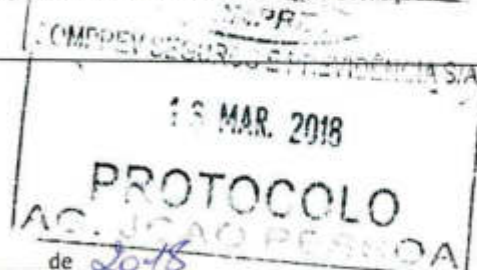
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



JOÃO PESSOA, 06 de março de 2018

Local e Data

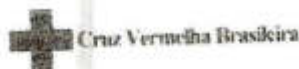
Juarez Ribeiro de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

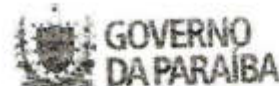
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



# Ato declaratório



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1007003



<b>Identificação do paciente</b>			
ID 1180302	Nome JUAZÉ RIBEIRO DE OLIVEIRA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 20/02/1969	Idade 48 anos 3 meses 23 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARIA DE LOURDES MARTINS DE OLIVEIRA	Pai JOAO RIBEIRO DE OLIVEIRA		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)		
DDD Móvel	Fone Móvel 988074286/87813135	DDD Fixo 83	Fone Fixo 32165700
Tipo documento	Número documento	Nº Cns	
Local de procedência LUCENA	Tipo MUNICÍPIO		UF PB
Email	Naturalidade JABOATÃO DOS GUARARAPES	CBO/R	
<b>Endereço</b>			
CEP 58315000	Município de residência LUCENA	UF PB	Logradouro PROJETADA
Número S/N	Complemento	Beiró GAMILEIRA	
<b>Admissão</b>			
Data e Hora 12/06/2017 21:28:46	Número da pulseira 100006210815	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
<b>Indicadores e Transporte</b>			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		
<b>Sinais Vitais</b>			
PA X mmHg	Pulso	Temperature	
<b>Exames complementares</b>			
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]
Liquor [ ]		ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos 12106117 Paciente deu entrada neste setor vítima de acidente de moto. No momento consciente, com sinais de embriaguez, em uso de colar cervical			
Diagnóstico			
Atendido por JOSEFA BARBALHO FERNANDES			

13 MAR. 2018  
PROTOCOLADO  
AC. JOAO PESSOA

15/06/17  
TOMOGRAFIA  
DATA  
HORA  
NOME T.C. RAD.  
ASS.

12/06/2017 21:2

# 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: 24/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00039

CONTA: 000000033981-9

---

Nr. da Autenticação D1131E2A9EAFABFA

ANA CRISTINA MARTINS  
RUA PROJETAÇA, 208 - GAMELEIRA  
LUCENA / PB CEP: 58315000 (AG. 1)

Classificação: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO BR250, Km 25 - Crato Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600  
Roteiro: 7-11-833-5720 Referência: Jun / 2017  
Nº medidor: 0000082282 Emissão: 12/06/2017

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Km 25 - Crato Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600  
CNPJ 06.095.183/0001-40 Ins. Est. 18.015.922-0  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000.506.216  
Código para Débito Automático: 0000862234

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/665223-4

Jun / 2017

Canal de contato

Apresentação

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

12/06/2017

Data prevista da próxima leitura

13/07/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

773812486  
Ins. Est.

Faturas em atraso

19/05/2017 159,44

Histórico de Consumo (kWh)

Mai/17 280  
Abr/17 279  
Mar/17 280  
Fev/17 255  
Jan/17 273  
Dez/16 327  
Nov/16 368  
Out/16 359  
Set/16 366  
Ago/16 328  
Jul/16 320  
Jun/16 300

Média dos últimos meses  
311

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 12/05/17	Leitura 28584	Data 12/06/17	Leitura 28920	1
			236	31

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30kWh-BR	30	0,14634	4,39
Consumo - 31 a 100kWh-BR	70	0,25087	17,56
Consumo - 101 a 220kWh-BR	120	0,37631	45,15
Consumo acima de 220kWh-BR	16	0,41812	6,69
Adic. B. Vermelha			3,17
Subsídio			29,93
ICMS			42,92
PIS			1,84
COFINS			7,53

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA	13,15
JUROS DE MORA 04/2017	0,88
MULTA 04/2017	2,58
Devolução Subsídio	-29,93

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	159,97	27,00	42,92
PIS	159,97	1,0318	1,84
COFINS	159,97	4,7426	7,53

VENCIMENTO

20/06/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 145,73

RESERVAÇÃO DE FÉLTRO

23c4.4837.315b.3d5a.6ebd.034e.8621.6275.

Indicadores de Qualidade 12017 - Lucena

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	7,65	2,20	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	15,32		
DIC ANUAL	30,65		CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202
FIC MENSAL	3,87	1,00	
FIC TRIMESTRAL	7,75		LIMITE SUPERIOR 227
FIC ANUAL	14,70		
DMC	4,31	2,20	
DMT	12,93		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	29,80	20,31
Compra de Energia	34,84	23,77
Serviço de Transmissão	2,03	1,39
Encargos Setoriais	10,89	7,33
Impostos Diretos e Encargos	68,78	47,20
Outros Serviços	4,00	0,00
<b>Total</b>	<b>145,73</b>	<b>100,00</b>

Valor em USD (Ref. 4/2017) R\$ 145,73





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ivanildo Moraes de Souza

RG nº 2414160, data de expedição 20/11/08, Órgão \_\_\_\_\_,  
portador do CPF nº 043772714-90, com Domicílio na  
cidade de Lucena, no Estado de Pernambuco, onde  
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Projetada  
nº 01m, complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que  
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente  
ocorrido com a vítima Luarez Ribeiro de Oliveira  
cujo o condutor era Alexsandro Cardoso Macena

Veículo: Moto  
Ano: 2014  
Modelo: Honda CG 150 FAN ES DI  
Placa: OFC 87431PB  
Chassi: 9C2KC1680ER519743  
Data do acidente: 12/06/2017

Local e data: Lucena, 16 de Fevereiro 2018

Ivanildo Moraes de Souza  
Assinatura do Declarante Proprietário  
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

Alexsandro Cardoso Macena  
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do  
sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

Descrição do Status



**CARTÓRIO CUNHA DOS SANTOS**

Rua: São José, 174  
Fagundes - Lucena/PB  
CEP: 57000-000

Rua: São José, 174  
Fagundes - Lucena/PB  
Telefones: (83) 3293-1286 - 3293-5195

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de (IVANILDO  
MORAIS DE SOUZA(444)). O referido é verdade, dou fé.  
16/02/2018 Usuário: TRACT

**Cartório de Registro Civil e Tabelionato**  
**Iraci Cunha dos Santos**

**Oficial e Tabelião**

Rua: São José, 174 - Fagundes - Lucena/PB  
Fones: (83) 3293-1286/3293-5195

SELO DIGITAL

**AGF80401-CDIX**

Consulte Autenticidade em:  
<https://setodigital.tjpb.jus.br>

**CARTÓRIO CUNHA DOS SANTOS**

Rua: São José, 174  
Fagundes - Lucena/PB  
CEP: 57000-000

Rua: São José, 174  
Fagundes - Lucena/PB  
Telefones: (83) 3293-1286 - 3293-5195

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de (ALEXANDRO  
CARLOS MACENA(700)). O referido é verdade, dou fé.  
16/02/2018 Usuário: TRACT

**Cartório de Registro Civil e Tabelionato**  
**Iraci Cunha dos Santos**

**Oficial e Tabelião**

Rua: São José, 174 - Fagundes - Lucena/PB  
Fones: (83) 3293-1286/3293-5195

SELO DIGITAL

**AGF80404-2X4X**

Consulte Autenticidade em:  
<https://setodigital.tjpb.jus.br>



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA  
DADOS DE NASCIMENTO 20/02/69  
NOME DA MÃE MARIA DE LOURDES MARTINS DE OLIVEIRA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.007.003  
Nº PRONTUÁRIO 102.554  
DATA DO ATENDIMENTO 12/06/17  
HORA DO ATENDIMENTO 21:28  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE VÉRTEBRA (C3) + FRATURA DE VÉRTEBRA DORSAL/  
TORÁCICA (D1)  
CID 10 S 12.2 + S 22.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando TCE leve, com trauma e dor em coluna cervical e lombar + abrasão em asa nasal E. Relato de sinais de embriaguez. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio  
TC da coluna cervical  
RX do tórax - AP  
RX da bacia - AP  
USG do abdome total - FAST



### TRATAMENTO:

Fratura da vértebra cervical (C3) à TC cervical. Sem alteração à TC do crânio, USG e aos RX. Realizado internamento e tratamento conservador aos cuidados da equipe da Neurocirurgia

ALTA HOSPITALAR: 20/06/17  
DATA DA EMISSÃO: 26/10/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA  
MÉDICO CRL-2516/PB  
CRM-2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PB





RUA PEDRO GONDIM, S/N - - CNES: 122343 - Tel:

Boletim de Atendimento: 1007903



### Identificação do paciente

ID 1180302	Nome JUAZÉ RIBEIRO DE OLIVEIRA	Sexo Masculino
Data de nascimento 20/02/1969	Idade 48 anos 4 meses 7 dias	Estado civil
Mãe MARIA DE LOURDES MARTINS DE OLIVEIRA	Religião	Prontuário 102554
Escolaridade	Pai JOAO RIBEIRO DE OLIVEIRA	Responsável (Parentesco) O MESMO(A)
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo 83
Tipo documento	Número documento	Fone Fixo 32165700
Local de procedência LUCENA	Nº Cns 700704967435473	Tipo MUNICÍPIO
Email	Naturalidade JABOATÃO DOS GUARARAPES	UF PB
		CBO/R

### Endereço

CEP 58310000	Município de residência LUCENA	UF PB
Número S/N	Complemento	Logradouro PROJETADA
		Bairro GAMILEIRA

### Admissão

Data e Hora 12/06/2017 21:28:46	Número da pulseira 100006210815	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	Origem do paciente RUA
Classificação de risco		Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	

### Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou	Trauma Não

### Sinais Vitais

PA	X	mmHg
Pulso	Temperatura	

### Exames complementares

Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos						



Diagnóstico	CD
Atendido por JOSEFA BARBALHO FERNANDES	Tempo 52seg

Imprimir





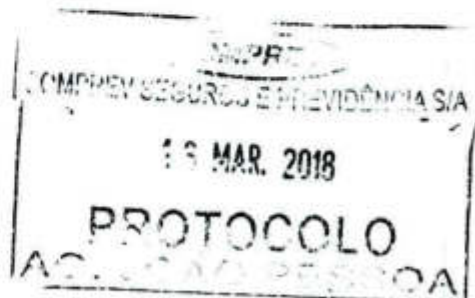


Documento de Alta

Nome: JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA			Número Prontuário: 102554
Data de 20/02/1969	Sexo: Masculino	Data de internação: 14/06/2017 17:20:54	Data de Alta: 20/06/2017 14:44:14
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta:			
Resumo da internação: VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO ECG 15 SEM DEFICIT MOTOR MELHORA DAS DORES DIFUSAS.			
Resultado de Exames: TC CRANIO: Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais. Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado. Não há calcificações patológicas. Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais. Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais. FAST: Ausência de líquido livre na cavidade peritoneal. Ausência de lesões parenquimatosas relacionadas ao trauma. TC COLUNA CERVICAL: Estudo dirigido ao trauma. Fratura do processo espinhoso de C3 e D1. Demais estruturas ósseas anatómicas.			
Tratamento: CONSERVADOR ANALGESIA			
Diagnóstico: S12.7 - Fraturas múltiplas da coluna cervical			
Recomendações: COLAR CERVICAL FILADELPHIA POR 60 DIAS AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL NO HTOP COM A NEUROCIRURGIA			

Data: 20/06/2017

THAISE ELLEN DE MOURA AGRA  
CRM: 5247 - PB





RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA	Data de 20/02/1969	Idade 48	Sexo MASCULINO	Nº 1007003	Nº 102554	Data Prescrição 20/06/2017 14:43:07
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Sector AREA LARANJA UDC	Posito de Trabalho AREA LARANJA - UDC B	Leito 0004	Prescrição válida a 20/06/2017 14:43:07		

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Apazamento
1 DIETA	0.0			ORAL				
2 Solução Fisiológica 0.9%	2000.0	ML		E.V.		24H		
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6/6H		
4 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA	Observação: ou 40mg vo	
5 GNDANSETRONA 4MG/2ML	4.0	MG		E.V.		8/8H		
6 AFINIR PA E FC	0.0							
7 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0						Observação: manter colar cervical	

20 de Junho de 2017



THAISE ELLEN DE MOURA AGRA  
 CRM: 5247

Assinatura e Carimbo do Profissional





RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA	Data de 20/02/1969	Idade 48	Sexo MASCULINO	Nº 1007003	Nº 102554	Data Prescrição 20/06/2017 14:43:07
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Sector AREA LARANJA UDC	Posição de Trabalho AREA LARANJA - UDC B	Leito 0004	Prescrição válida a 20/06/2017 14:43:07		

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aprazamento
1 DIETA	0.0			ORAL				
2 Solução Fisológica 0.9%	2000.0	ML		E.V.		24H		
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6/6H		
4 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA	Observação: ou 40mg vo	
5 ONDANSETRONA 4MG/2ML	4.0	MG		E.V.		8/8H		
6 AFERIR PA E FC	0.0							
7 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0						Observação: manter colar cervical	

20 de Junho de 2017



THAISE ELLEN DE MOURA AGRA  
CRM: 5247

Assinatura e Carimbo do Profissional







Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DO ESTADO DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA	Data de	20/02/1969	Idade	48	Sexo	MASCULINO	Nº	1007003	Nº	102554	Data Prescrição	19/06/2017 11:01:45
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Sector	AREA LARANJA UDC	Posto de Trabalho	AREA LARANJA - UDC B	Leito	0004	Prescrição válida a		19/06/2017 11:01:45			

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aprimoramento
1 DIETA	0.0			ORAL				cinco
2 Solução Fisológica 0.9%	2000.0	ML		E.V.		24H		100% 24h 30 30g
3 DIFIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6/6H		16 24 04 10
4 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA	Observação: ou 40mg vo	06
5 ONDANSETRONA 4MG/2ML	4.0	MG		E.V.		8/8H		16 24 08
6 AFERIR PA E FC	0.0					1081		
7 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0						Observação: manter colar cervical	cinco

19 de Junho de 2017

GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO

CRM: 7650

Assinatura e Carimbo do Profissional

Gustavo V. Neves Porto  
CRM: 7650/PB  
Neurocirurgião







Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA	Data de	20/02/1969	Idade	48	Sexo	MASCULINO	Nº	1007003	Nº	102554	Data Prescrição	18/06/2017 06:23:32
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Sector	AREA LARANJA UDC	Posto de Trabalho	AREA LARANJA - UDC B	Leito	0004	Prescrição válida a					18/06/2017 06:23:32

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.N.	V.L.	Via de	Valor, Int.	Posologia	Orientação de Uso	Apresentação
1 DIETA	0.0			ORAL				
2 Solução fisiológica 0.9%	2000.0	ML		E.V.		2xH		
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6/8H		
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
3 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA		
Diluir em AGUA DESTILADA	40.0	ML						
4 ONDANSETRONA 4MG/2ML	4.0	MG		E.V.		8/8H		
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
5 AFERIR PA E FC	0.0							
6 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0							

JOSE LOPES DE SOUSA FILHO

CRM: 6676



Assinatura e Carimbo do Profissional

18 de Junho de 2017







Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

GOVERNO  
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA	Data de	20/02/1969	Idade	48	Sexo	MASCULINO	Nº	1007003	Nº	102554	Data Prescrição	17/06/2017 08:02:18
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Sector	AREA LARANJA UDC	Posto de Trabalho	AREA LARANJA - UDC B	Leito	0004	Prescrição válida a	17/06/2017 08:02:18				

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Mio de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Apreçamento
1 DIETA	0.0					ORAL		
2 Solução Fisiológica 0.9%	2000.0	ML				E.V.	24H	
3 DAPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML				E.V.	6/8H	
4 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA)	40.0	MG				E.V.		
5 ONDANSETRONA 4MG/2ML	4.0	MG				E.V.	8/8H	
6 AFERIR PA E FC	0.0							
7 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0							

TOMAS CATAO MONTE RASO  
CRM: 7742



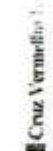
Tomás Catão Monte Raso  
Neurocirurgia  
CRM: 7742

Assinatura e Carimbo do Profissional

17 de Junho de 2017







Cruz Vermeiren

Hospital Escola de Emergência e Trauma  
 Serviço de Radiologia, Jucateca

GOVERNO  
DO PARÁ

RUA ORLÍDES LISBOA, S/N - PEDRO GONÇALVES - JOÃO PESSOA - PB - 55011-000

## PRESCRIÇÃO MÉDICA.

B/

## MEDICAMENTOS PRESCRITOS

ATT.  
2100

16 de Junho de 2017

TOMAS CATAO MONTE RASO  
CRM: 7742

CRM: 7742

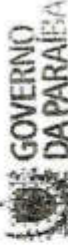
Assinatura e Carimbo do Profissional







Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	JAUREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA	Data de	20/02/1969	Idade	48	Sexo	MASCULINO	Nº	1007003	Nº	102554	Data Prescrição	15/06/2017 09:23:37
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Sector	AREA LARANJA UDC	Posto de Trabalho	AREA LARANJA - UDC B	Leito	0004	Prescrição válida a					15/06/2017 09:23:37

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Apazamento
1 DIETA	0.0			ORAL				
2 Solução Fisiológica 0.9%	2000.0	ML		E.V.		24H		
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6/8H		
Diluir em: AGUA DESTILADA	10.0	ML						
4 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA	Observação: ou 40mg ve	
Diluir em: AGUA DESTILADA	40.0	ML						
5 ONDANSETRONA 4MG/2ML	4.0	MG		E.V.		8/8H		
Diluir em: AGUA DESTILADA	10.0	ML						
6 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.		12/12H		
Diluir em: Solução Fisiológica 0.9%	100.0	ML						
7 AFERR PA E FC	0.0							
8 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0						Observação: manter colar cervical	

15 de Junho de 2017



THAISE ELLEN DE MENDONÇA AGRA  
CRM: 5247

Assinatura e Carimbo do Profissional

Color anilado pig. d. 1







Cruz Vermelha - PB

Transtornos e Trauma

CARIMBO  
DA PARAIBA

RUA ORELHES LISBOA, S/N - PEDRO GRAMIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA	Data de	20/02/1969	Idade	48	Sexo	MASCULINO	Nº	1007003	Nº		Data Prescrição	14/06/2017 16:52:48
Endereço	PROFESSOR DE MOTOCELETA	Selo		Posto de Trabalho					Leito			Prescrição válida a	14/06/2017 16:52:48

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Doss	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aproximado
1 DIETA	0.0			ORAL				Atenção!
2 Solução Fisológica 0.9%	2000.0	ML		E.V.		24H		Atenção!
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6/6H	22 04 16 16	
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
4 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA	Observação: ou 40mg vo	Atenção!
Diluir em AGUA DESTILADA	40.0	ML						
5 ONDANSETRONA 4MG/2ML	4.0	MG		E.V.		8/8H	22 04 16 22	
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
6 CETOFOFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.		12/12H	22 04 16 16	
Diluir em Solução Fisológica 0.9%	100.0	ML						
7 AFERIR PA E FC	0.0							Atenção!
8 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0						Observação: manter colar cervical	Atenção!

14 de Junho de 2017

PROTÓCOLO  
13 MAR. 2016  
AG. JOAO PESSOA

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA

CRM: 6018

Assinatura e Carimbo do Profissional





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA	Data de	20/02/1969	Idade	43	Sexo	MASCULINO	Nº	1007003	Nº		Data Prescrição	13/06/2017 09:13:02
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Sector		Posto de Trabalho				Leito				Prescrição válida a	13/06/2017 09:13:02

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Int.	Posologia	Orientação de Uso	Apazamento
1 DIETA	0.0			ORAL				
2 Solução Fisiológica 0.9%	2000.0	ML		E.V.		24H		
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6/6H		
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
4 ONDANSETRONA 4MG/2ML	4.0	MG		E.V.		8/8H		
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
5 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA		
Diluir em AGUA DESTILADA	40.0	ML						
6 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.		12/12H		
Diluir em Solução Fisiológica 0.9%	100.0	ML						
7 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0							
8 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0							
9 AFERIR PA E FC	0.0							

13 de Junho de 2017

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA  
CRM: 6018



OB5 DA NCR

Assinatura e Carimbo do Profissional

Assinatura e Carimbo do Profissional







RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA	Data de	20/02/1969	Idade	48	Sexo	MASCULINO	Nº	1007003	Nº		Data Prescrição	12/06/2017 21:34:59
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Setor		Posto de Trabalho				Leito				Prescrição válida a	12/06/2017 21:34:59

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. inf.	Parâlogia	Orientação de Uso	Aproximando
1 Solução Ringer Lactato 500ml	1000.0	ML		E.V.			AGORA	
2 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.			AGORA	
Diluir em Solução Fisiológica 0.9%	100.0	ML		E.V.				

12 de Junho de 2017

ADALBERTO VIEIRA DIAS FILHO

CRM: 9298

Assinatura e Carimbo do Profissional



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

DI/P, 75

ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE POLÍCIA DE IDENTIFICAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO




*Juarez Ribeiro de Oliveira*

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODOS O TERRITÓRIO NACIONAL

1.385.279

26-05-1988

Nome: JUAZ RIBEIRO DE OLIVEIRA

CPF: 1.385.279-00

DATA DE NASCIMENTO: 26-05-1988

LOCAL DE NASCIMENTO: PARAIBA

Assinatura: *Juarez Ribeiro de Oliveira*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR: JUAZ RIBEIRO DE OLIVEIRA

DATA DE NASCIMENTO: 22/02/1969

Nº INSCRIÇÃO: 0261 7686 1210

ZONA: 002

SEÇÃO: 0018

MUNICÍPIO / UF: LUCENA/PB

DATA DE EMISSÃO: 23/10/2015

JUIZ ELEITORAL: *[Assinatura]*

Deputado Estadual de Silva

VALIDO SOMENTE COM COMPROMISSO DE IDENTIFICAÇÃO

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Recolha Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número: 690.062.984-49

Nome: JUAZ RIBEIRO DE OLIVEIRA

Nascimento: 20/02/1969

VALIDO SOMENTE COM COMPROMISSO DE IDENTIFICAÇÃO

COMPANHIA DE SEGUROS EM VIDA S.A.

18 MAR. 2016

PROTOCOLO

AC. JUAZ RIBEIRO DE OLIVEIRA





# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180121856 **Cidade:** Lucena **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 12/06/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURAS DE C3 E D1.

**Descrição do exame médico pericial:** DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DA COLUNA CERVICAL

**Resultados terapêuticos:** FRATURAS DE C3 E D1 TRATADAS COM CONDUTA CONSERVADORA COM COLAR CERVICAL E REPOUSO. EVOLUIU COM CEFALÉIA CRÔNICA, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DA COLUNA CERVICAL, COM REDUÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DA COLUNA CERVICAL. ALTA EM 20/06/2017.  
LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXO EXTENSÃO E ROTAÇÃO BILATERAL DA COLUNA CERVICAL

**Sequelas permanentes:** APRESENTA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO SEGMENTO CERVICAL DA COLUNA VERTEBRAL.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 04/05/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

**Médico examinador:** JOAO FERNANDES DE SOUZA

**CRM do médico:** 2732 PB

**UF do CRM do médico:** PB

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARIA DE FATIMA FURTADO MELO

**CRM do médico:** 52.49515-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Fuarez Ribeiro de Oliveira  
 DATA DO ACIDENTE 12/06/2017 CPF DA VÍTIMA 090.062.964-49  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR A VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR \_\_\_\_\_  
 Nº \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_  
 CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ( ) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_  
 IDENTIDADE \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA Fuarez Ribeiro de Oliveira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 13/03/2018  
 NOME Natália Soares  
 ASSINATURA Natália Soares



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180121856 **Cidade:** Lucena **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 12/06/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA NA COLUNA CERVICAL

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERICIA MEDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDA

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

**CRM do médico:** 52.86271-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

690.062.964-47

Nome completo da vítima

JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
JUAREZ RIBEIRO DE OLIVEIRA		690.062.964-47		reemb	
Endereço		Número		Complemento	
Rua Profeta da		512		Cota	
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
Camaleira	Lucena	PB	58000-000		
Email			Telefone (DDD)		
			(53) 994507507		

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO

D/V

CONTA

NRO

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

NRO

D/V

CONTA

NRO

D/V

0039

33981

9

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

João Pessoa, 21 de maio de 2018

Local e Data

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
21 MAIO 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal