

Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 2016

Carta nº: 9719193

A/C: JOSE JAILSON DANTAS

Sinistro: 3160482194 ASL-1010657/16
Vítima: JOSE JAILSON DANTAS
Data Acidente: 25/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

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: JOSE JAILSON DANTAS

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000004916

Conta: 000007235-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

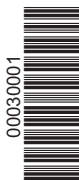
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3160482194 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **JOSE JAILSON DANTAS**
Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO CORDEIRO nº 00 - ZONA RURAL - PEDRA LAVRADA/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2878076 - SSP**
Data local do exame: **06/09/2016 CAMPINA GRANDE/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

fratura de zigoma e arco zigomatico do lado direito da face

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

foi operado e atualmente nao mais faz acompanhamento.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

paciente sem deficit cognitivo, simetria da face normalizada, com edema em hemiface direita.

IV. Segundo o 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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

FACE

☒ 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%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - CAMPINA GRANDE, 06/09/2016

Médico Perito: BRUNO BEZERRA BRILHANTE CRM: 6492


Dr. Bruno Brilhante
Cirurgião de Joelho e Ombro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 6492

Assinatura do perito Examinador - CRM



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Jose Jailson DantasPORTADORIA DO RG Nº 2.878.076

EXPEDIDO POR

SBL/PSEM 03, 05, 2009 ECPF 08000070064-00 ZCNP 00000000000000000000, PROFISSÃO agricultor

E RENDA MENSAL DE R\$ 440,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jose Jailson Dantas, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 465/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão, renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FACIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FACIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 023 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como de titular);
- comprobatórios dos dados bancários;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site www.receita.fazenda.gov.br bem como o CPF cadastrado no SISPVT sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários;

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

RECEBIDO

03/05/2009

RECITA FEDERAL
GRUPO SEGUADOR
BBMAPFRE

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE TODOS OS BANCOS:

Nº do BANCO

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº do BANCO

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUANDO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Jose Jailson Dantas de 17 de junho de 2009
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO:

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 33.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao(s) legítimo(s) beneficiário(s), obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$ 33.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares;
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0271204.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

17/06/2016 HORA: 09:06:45
DATA EFETIVACAO: 17/06
CONVENIO: 000611433
OPERADOR: 00061145

AGENCIA: 4916
CONTA: 013 00007235-7
NOME: JOSE JAILSON DANTAS

VALOR: 15,00

COD. OPERACAO: 770458027

DISQUE CAIXA - 0800 726
0101 OUVIDO
RIA - 0800 725 7474

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

RECEBIDO

04 AGO 2016

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, José Jailson Dantas, portador da carteira de identidade nº 2.878.076 e inscrito no CPF/MF sob o nº 089.007.164-09, residente e domiciliado na Sítio Corduro, Cidade Pedra Branca, Estado PB, 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:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOCUMENTO 3 *T3*



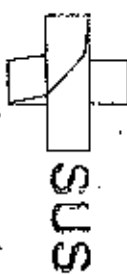
x José Jailson Dantas

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Picuí - PB, 17 de junho de 2016

Local e data





ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

ATO DE CLARATO ALTO

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. Colar de ouro

2. Colar de ouro

3. Colar de ouro

CARÁTER DO ATENDIMENTO

- ☐ 01 - ELETIVO.
- ☒ 02 - URGÊNCIA
- ☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- ☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO.
- ☐ 05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO.
- ☐ 06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS.

PROCEDIMENTO - Descrição:

RECEBIDO
C 4 A30 2016
GRUPO SEGUADOR
BBMAPFRE

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

CÓDIGO DA UNIDADE: 2758040

ENDEREÇO: RUA HERONDES MEIRA DE VASCONCELOS, 20

MUNICÍPIO: PEDRA LARADA

ESTADO: PARAIBA

UF: PB

NOME: João Jansen

PACIENTE

SEXO: M

IDADE: 29

PROFISSÃO: professor

DOCUMENTO: 2838016

ENDEREÇO: St. Cardeal

MUNICÍPIO: Pedra Larada

ESTADO: Paraíba

UF: PB

CÓDIGO INSC. MUNICÍPIO: 2511103

CNS: 30200483439332

DATA DO NASCIMENTO: 21.04.89

DATA DO ATENDIMENTO: 25.03.16

- ☐ 1 - BRANCA
- ☐ 4 - AMARELA

- ☐ 2 - PRETA
- ☐ 5 - INDÍGENA

- ☒ 3 - PARDA
- ☐ 6 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente jovem, saudável

Exame de febre, adenoide

torção de braço

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

ATO DE CLARATO ALTO

MEDICACÃO:

- ☒ PRESCRITA
- ☐ APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

- ☐ OBSERVAÇÃO
- ☐ INTERNAÇÃO
- ☐ OUTRO HOSPI
- ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1- 02131511016201916

2- 02131511016201916

3- 02131511016201916

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S) - carimbo

CNS

CBO

CRM

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

ASS. DO LEVADOR ADMINISTRATIVO - carimbo

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. DO LEVADOR ADMINISTRATIVO - carimbo

9621, 2 OUTUBRO 2016

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: 12/09/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE JAILSON DANTAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04916

CONTA: 000000007235-7

Nr. da Autenticação 629B5B50EAF0BB03



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Jailson Dantas,
 RG nº 2.838.076, data de expedição 03/05/2001 Órgão
SSP/PB, CPF nº 089.007.164-09, venho perante a este
 instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em
 meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo
 descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>Sítio Cordeiro</u>
Número	<u>510</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Zona rural</u>
Cidade	<u>Pedra Branca</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58.180-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98852-4690</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Pedra PB, 17 de junho de 2016

Assinatura do Declarante: José Jailson Dantas



LUIS FLOR DE VALENCIA
SIT. CORDEIRO, S/N - AREA RURAL
FLORESTA LAVRADA / PB CEP: 58180000 (AG: 80)



Conseho Subst. RURAL / COLETIVIDADE RURAL MONOFÁSICA B220, Lu25 - Cód. Refer. - Jm. Pico - 1798 - DI 95851430
Ratim: 14 - 83 - 330 - 1580 Referência: Mar / 2018
Nº modor: 00000922972 Emissão: 23/03/2018

ENERGISA PARCELAS / RUA - 798 DE ENER. DA S/N
CNPJ 03.055.102-10-40 2024 Cui 150154220
Sede Fiscal / Conta de Energia / Uf: PA / 001 015522
Código para Dívida Antecipada: 0001042210

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/1042481-0

Mar / 2018

Canal de contato

Apresentação

23/03/2018

Data prevista da
próxima leitura

25/04/2018

CNPJ / RANI

8180310415

CNPJ

Faturas em atraso

08/12/2007 7,24

Anterior Atual Constante Consumo Dias

Data Leitura Data Leitura
23/03/18 6382 23/03/18 6380

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Custo de Operacionalidade			1,78
Adic. B. Verificação			1,00
Adic. B. Antecipado			1,00
Subsídio			1,00
ICMS			1,00
PIS			0,18
COFINS			0,07
Despesa Subsídio			0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			0,00

Histórico de Consumo
(kWh)

Fev/18	6
Jan/18	7
Dez/17	5
Nov/17	4
Out/17	10
Set/17	15
Ago/17	15
Jul/17	13
Jun/17	15
May/17	15
Abr/17	18
Mar/17	13

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR (R\$)
ICMS	17,24	18,00	3,10
PIS	17,24	1,1000	0,19
COFINS	17,24	5,0000	0,86

VERGIMENTO TOTAL A PAGAR

Méda dos últimos meses

31/03/2018 R\$ 13,48

RESERVAÇÃO AO FISCO

0025.bc90.785e.fe35.c1.1.1.6aa0.8dffd.d461

Indicadores de Qualidade

11/2018 - Pot.

Limites da ANEEL	Apurado	Limites de Tensão (V)
DM: 11,80	7,58	NOB: 220
DM: 23,19		CONTRATADA: 303
DM: 49,38		LIMITE INFERIOR: 231
DM: 7,80	1,00	
DM: 15,18		
DM: 30,38	2,58	
DM: 6,38		
DM: 18,80		

Composição do valor total da sua conta

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Distribuição	4,88	37,00
Consumo de Energia	2,55	19,11
Serviços de Transmissão	0,07	0,52
Encargos Sociais	1,49	11,08
Impostos Federais e Estaduais	4,18	31,19
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	17,24	100,00

ATENÇÃO

- AVISO: Permanecendo em atraso os "DEBITOS ANTERIORES", a responsabilidade e o custo do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
Subvenção DEC 7.891/13 R\$ 3,78
- Leitura confirmada

RECEBIDO

04 AGO 2018

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

X José Jailson Dantas



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Felício Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFUEN ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

17421799

REFERENCIA

MAR/2016

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERV. COS

NILO TRIGUEIRO DANTAS
RUA ROLDAO Z DE MACEDO 145

JK

58187-000

PICUI

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
028.01.030.0304	0	1	0	0	0	17421799
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A08A017737	08/07/2013	1	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM. DI DIAS	PROXIMA LEITURA
391	396	5	2	29/03/2016
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS				
OUT/2015	11	0	NUMERO DE AMOSTRAS	
NOV/2015	8	0	PARAMETROS	
DEZ/2015	10	0	TURBIDEZ	
JAN/2016	10	0	COR	
JAN/2016	10	0	CLORO	
FEV/2016	20	0	COLIFORMES TOTAIS	
MEIA(M)	10	DADOS REFERENTES A: 0/0		

DATA DA LEITURA: 01/03/2016 HORA DA LEITURA: 10:57:36
DESCRICAÇÃO CONSUMO VL. ÁGUA VL. ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m 10 132,78 R\$32,78

DOCUMENTO 1 "T196"



VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$3,03 IPTU E COFINS: LET 12.741/12
Total a Pagar:

VENCIMENTO:

26/03/2016

R\$32,78

15.7 R. 1.0

CONDICAO DE LEITURA: REALIZADA
CONDICAO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL
POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.
DEBITO EM CONTA NO BANCO: 1
INFORMACOES GERAIS:
PARA SUA CONDIÇÃO, PAGUE SUA CONTA PELO INTERNET OU DEBITO AUTOMATICO.



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
17421799	MAR/2016	26/03/2016	R\$32,78

** CONTA EM DEBITO AUTOMATICO **

RECEBIDO

04 AGO 2016

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 380/08 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, portador(a) do RG nº **2.669.825** 2ª via, expedido por **SSP/PB**, em **04/09/2001**, CPF/CNPJ nº **047.951.774-65**, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a)

JOSE GALDSON DANTAS

do sinistro de DPVAT da natureza ZAVALIOTZ, da vítima JOSE GALDSON DANTAS

e conforme determinação da Circular SUSEP nº 380/08, declaro as informações solicitadas:

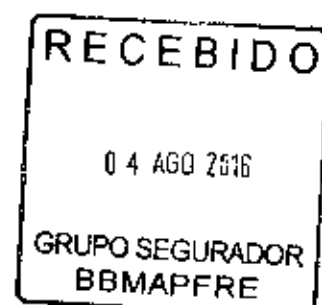
Profissão: **advogado** Renda Mensal: **R\$ 2.500,00**

Documentos comprobatórios: **RG/CPF/CARTEIRA DA OAB/PB/COMPROVANTE DE RESIDENCIA.**

NILO TRIGUEIRO DANTAS

RG nº 2.669.825 2ª via SSP/PB - CPF/CNPJ nº 047.951.774-65

PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





DECLARAÇÃO DO CONDUTOR/PASSAGEIRO DE VEICULO

Eu, Jose Wilson Dantas, RG: 2878.076 CPF: 089.009.164-09 residente e domiciliado na sítio cordeiro - zona rural, Cidade de Pedra Branca no Estado do PB

venho por meio deste, informar que sofri um acidente de motocicleta de propriedade de terceiro, que deixa de repassar a declaração do proprietário do veículo informar tendo em vista que o mesmo esta em local incerto, razão pela qual junta referida declaração que firmo, declaro ainda os dados de veículo conduzido por mim.

Nome do proprietário: Jose Goldemário Correia de Araújo

Ano: 1996

Placa: MNO 8243/PB

Chassi: 9C2JC250T1023248

Data do acidente: 25/03/2016

Diante do exposto, com a carência de provas documentais por parte dos órgãos governamentais acima não poderá implicar no não recebimento da indenização do Seguro DPVAT.

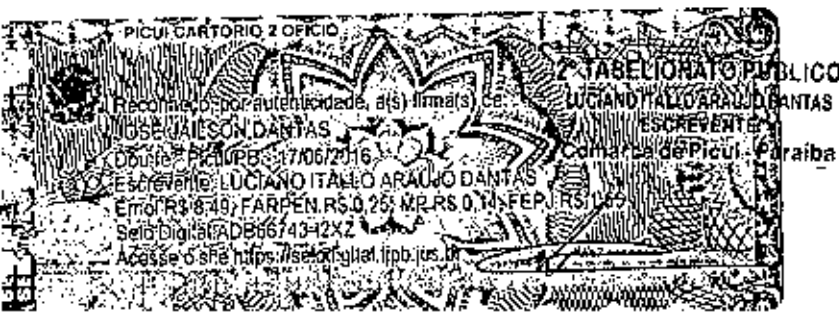
Declaro estar ciente de que a falsidade nas informações acima implicará nas penalidades cabíveis, previstas no Artigo 299 do Código Penal.

Local/Data Picuí - PB, 17 de junho de 2016



Jose Wilson Dantas

Assinatura



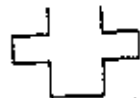
SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
Identificação do Estabelecimento de Saúde						2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL DE PICUI						2757710	
Identificação do Paciente						6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE Jose Gailson Dantas						44.164	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
404 004834392238				21.01.87		Masc. ☒ Fem. ☐	
10 - RACIA/COR						10 - RACIA/COR	
Parda							
11 - NOME DA MÃE						12 - TELEFONE DE CONTATO	
maria das Neves de Salence						DDD () Nº DO TELEFONE	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL						13 - TELEFONE DE CONTATO	
o mesmo						DDD () Nº DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)							
St. Pordine							
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				17 - COD. IBGE MUNICÍPIO		18 - UF	
Pedra Bonhada				251110		PB	
				19 - CEP		58.180-000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS trauma na região de cintura de mto (S.P.), apresentando fratura de zygoma - D + arco zigomático							
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO D ap cirurgia							
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Ex. clínico + Rx							
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL fratura de zygoma D				24 - CID 10 PRINCIPAL 802-4		25 - CID 10 SECUNDÁRIO	
				26 - CID 10 CAUSAS ASSOCI.			
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Red. ementa + osteosin fix						28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0404020704	
29 - CLÍNICA emurgem		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		31 - DOCUMENTO		32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPE) DO SOLICITANTE/ASSISTENTE	
				0463885555		0463885555	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Dr. Edgley R. B.				34 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
				04/06/2016			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)							
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO		39 - CNPJ DA SEGURADORA	
						40 - Nº DO SINISTRE	
						41 - SÉRIE	
						42 - CNPJ DA EMPRESA	
						43 - CNPJ DA EMPRESA	
						44 - CBO	
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA							
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGUIR							
AUTORIZAÇÃO							
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				47 - COD. ORGÃO EMISSOR		48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPE) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			

Hospital Regional de Picuí
Atesto conforme o original.
Picuí 30/06/2016
Arquivo Médico
Laparra de Lima Dantas Freitas
Auxiliar Adm.

RECEBIDO

14.03.2016

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE



EVOLUÇÃO

Nome: Jose Wilson Pontes

Idade: 29

Reg: 4416

Serviço: _____

Diagnóstico: _____

Local: _____

Data	Evolução
05.	<u>Brucmaxilo facial</u>
05. 16	Requirto intra de acidente de trânsito (SIP), egresso fundo traumático na face. Ao ex. físico: presença de equimose premaxilar, deformidade óssea traumática em região de arco zigomático. Ao ex. radiográfico: imagem compatível com fratura de zigoma e arco zigomático. HQ: fratura de zigoma + arco zigomático. eq: Imtinação para cirurgia. OBS: Paciente se refere a dor e mediana. Exams realizados: Hemograma, coagulograma, glicemia em jejum, ECG + urina e urina, na face.
05. 16	Submetido a redução e fratura de zigoma e arco zigomático com miniplaca. RECEBIDO 8 fios + 6 pontos cirúrgicos.

Dr. Edleys Porto
CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA
Bucco-Maxilo-Facial
CRO-PB 3848 CBO 23228

Dr. Edleys Porto
CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA
Bucco-Maxilo-Facial
CRO-PB 3848 CBO 23228

04 AGO 2016

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE



EVOLUÇÃO

Nome: José Jailson Dantas Idade: 29 Reg: 71164
Serviço: C. Cirúrgico Diagnóstico: Fratura de Fêmur Local: 20702

Data	Evolução
06.05.16	1º OPO: Paciente apresenta evolução satisfatória com o pós-operatório, edema em face de ablação, hematomas em face de reclusão. Duas curativos à troca de curativos compressivos ed. Fazer os curativos de pós-operatório.
07.05.16	Alta Hospitalar. Queixa de melhora do sintoma de redução de fratura de fêmur. O + curativo tipo D + estereotípico com amplexo 2 - 3 curativos de 8 furos + 6 para furos estéticos. Orientado para o pós-operatório.

Dr. Edgley Porto
CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA
Ortopedia - FICM
CRO-PA 1848 CBO 223268

Dr. Edgley Porto
CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA
Ortopedia - FICM
CRO-PA 1848 CBO 223268

RECEBIDO

14/05/2016

GRUPO SEGUADOR
BBMAPFRE

DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

Nome do Paciente:	João Jackson Santos		
Data da operação:	04/08/16	Enf.:	Leito:
Operador:	Dr. Edgley	1º Auxiliar:	
2º Auxiliar:		3º Auxiliar:	Instrumentador:
Anestesista:	Dr. J. J.	Tipo de Anestesia: Local	
Diagnóstico Pré-operatório:			
Fratura de zygoma + arco zigomático D.			
Tipo de operação:			
Redução com + osteossintese com miniplaca			
Diagnóstico Pós-operatório:			
O mesmo			
Relatório Imediato do Patologista:			
nas heme			
Exame Radiológico no Ato:			
nas heme			
Acidente durante a operação:			
nas heme			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligações - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceral

1. Acesso extra-oral pré-auricular
2. Incisão linear
3. Divisão dos planos fasciais
4. Exposição das fraturas de zygoma D + arco zigomático D.
5. Redução com +
6. Osteossintese com miniplaca e 2. o ROTA DE
8. furos e 6 para furos corticais
7. Sutura dos planos com fio Vicryl 4.0
8. Sutura da pele com fio mononylon 4.0
9. pontos compressivos.

Dr. Edgley Porto
CIRURGIÃO E TRAUMATOLOGO
Especialista em Cirurgia Facial
CRM-PB 3840 CBO 2232B

RECEBIDO
04 AGO 2016
GRUPO SEGURADOR BBMAPFRE



FICHA DE ANESTESIA

NOME: <u>João Goulson - Santos</u>		IDADE: <u>29</u>	SEXO: <u>F</u>	GR. SANGÜÍNEO:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Fratura de zygoma (D)</u>		CATEGORIA: <u>SUS</u>	DATA: <u>05/05/16</u>	
OPERAÇÃO REALIZADA: <u>Red. fratura + osteossíntese</u>				
CIRURGIÃO: <u>Dr. Goulson</u>		AUXILIAR:	ANESTESISTA: <u>Dr. Vieira</u>	

AGENTES COMUNITÁRIOS	
CÓDIGO	
Anestesia X	220
Oper. Inturb T	200
Endotr. Pres A	180
Diatel Pulso O	160
Resp. RA	140
Assit. Resp. RE	120
Exobont. Resp. RC	100
Contr.	80
	60
	40
	20

Pre-anestésico: _____

Anestesia: ☐ Geral ☐ Raquiana ☐ Peridural ☐ Bloqueio de Plexo ☐ Outras _____

Técnica:	Verificação:
----------	--------------

Início:	Término:	Duração minutos:
---------	----------	------------------

D AGENTES-DOSES	LÍQUIDO	ML
MIDAZOLAM 10	S. FLUIDO 0.25	2000
FENTANYL 100		
OMANSERONA 25		
DANTHONA 50		
DEXALLETAZONA 10		
RUSEOPAN 0.015		

OBS.: <i>Antônio Carlos</i>	Antônio Carlos Anestesiologista CRM - PB 3097	RECEBIDO 04 AGO 2016
GRUPO SEGUADOR BEMAPERE		



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

Rua Francisco Pereira Gomes, 15- Monte Santo
CEP: 58.187-000 Fones: (83) 3371-2554 / 2990
Picuí PB - CNPJ: 08.778.268/0001-80

Nº AIH _____

Nº de Ordem _____

Nº de Reg. 47.164

Nº do Docum. Pg 2878076

ARQUIVO MÉDICO

Nome: José Wilson Pontes

Responsável: 1º mesmo

Pai: João Francisco Neto

Mãe: Maria das Neves de Salgueiro

Prof. Aguiar Data Nasc. 01-01-87 Idade: 29

Endereço: St. Cordeiro Nº _____

Bairro: _____ Cidade: Pedra Branca Est. Civil: sol

PREENCHIMENTO MÉDICO

Diagnóstico definitivo: Fratura de joelho - D e
amizade D

Tratamento efetuado no hospital: Redução +
estabilização com mola

Exames realizados: Hemograma, coagulograma, glicemia
em jejum, ECG + raios X joelho

Internado em: 05/05/16 Alta em: 07/05/16

Dr. Egídio Porto
Cirurgião de Traumatologia
CRM: 10.100 / RBO em 1/1

RECEBIDO

04 AGO 2016

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE



GOVERNO
DA PARAÍBA

Hospital Regional de Fimil "Felipe Elango Gomes"



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) José Tailson Santos portador(a) da identidade RG 302-40, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 17 horas, submetido(a) a red. emuls. fr. t. 3x2-0 portador da patologia CID-10 502-40, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 60 (sessenta) dias, a partir desta data.

Piculi, 05-05-16

Dr. Edgley's Porto
CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA
BUCCO-MAXILO-FACIAL
CRM 223266

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o(a)
Dr. (a) _____ a registrar o
diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado
médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

RECEBIDO

04 AGO 2016

GRUPO SEGURODOR
BBMAPFRE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160482194

Cidade: Picuí

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE JAILSON DANTAS

Data do acidente: 25/03/2016

Seguradora: CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: fratura de zigoma e arco zigomatico do lado direito da face

Descrição do exame médico pericial: paciente sem deficit cognitivo, simetria da face normalizada, com edema em hemiface direita.

Resultados terapêuticos: foi operado e atualmente nao mais faz acompanhamento.

Sequelas permanentes: APRESENTA DÉFICIT FUNCIONAL DA FACE.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/09/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

CRM do médico: 6492

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

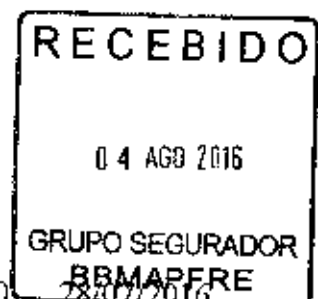
PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente ADRIANA LACERDA NOGUEIRA	
Tipo de Sinistro Invalidez Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente NILO TRIGUEIRO DANTAS		Nome da Vítima JOSE JAILSON DANTAS	CPF da Vítima 08900716408
Documentos Complementares			
☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☒ CPF da Vítima ☐ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☒ Boletim de Ocorrência Policial ☒ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc On e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☒ Comprovante de Residência do Requerente ☒ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☒ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec. Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidez Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregas e Observações DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO TELEFONE (83) 99912-5490/3371-2274 EMAIL: nilotdantas@hotmail.com MAPFRE SEGUROS AGS - Agência Grande Data: <u>28/07/16</u> Hora: <u>13:00</u> <i>[Assinatura]</i>	
		DAMS ☒ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☒ Relatório Médico ☐ Comproventes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc On e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador

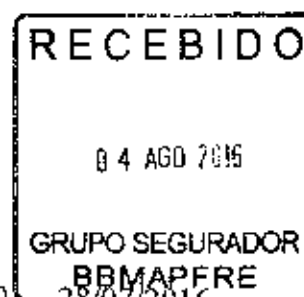


- Comprovante de Residência do Procurador

Documentos para Invalidez Permanente/Total:

- Laudo do IML com Alta Definitiva (Cópia autenticada)

Nome Completo / RG



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160482194 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE JAILSON DANTAS **Data do acidente:** 25/03/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/08/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NA FACE

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA (BAM INCONCLUSIVO)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO

Outorgante: José Jaiison Dantas
 brasileiro(a), Solteiro, Agricultor
 portador(a) do RG nº. 2878.076 expedido por SS/PB em
03/05/2001 e do CPF nº. 089.007.164-09, residente na (o)
Sítio Corduro - 5/1
 _____, município de Pedra Branca - PB, CEP 58.180-007

Outorgado: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito a
 OAB/PB sob nº. 13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825
 SSP/PB 2ª via e CPF nº 047.951.774-65, residente e domiciliada na Rua Roldão
 Zacarias de Macedo, 145, JK, Picuí – PB. e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.:
 (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

Poderes: Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo
 meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes
 para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO
 DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Picuí - PB, 17 de junho de 2016.

X José Jaiison Dantas
 outorgante

