

# 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: 27/10/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

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

CLIENTE: GEILSON ASSIS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00733

CONTA: 00000001598-2

---

Nr. da Autenticação A81552C00CC42762



Seguradora Líder - DPVAT

---

Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2014

Carta nº: 5108234

A/C: GEILSON ASSIS DA SILVA

**Sinistro:** 2014792855  
**Vitima:** GEILSON ASSIS DA SILVA  
**Data Acidente:** 08/01/2013  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

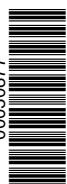
**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2014

Carta nº: 5253213

A/C: GEILSON ASSIS DA SILVA

**Sinistro:** 2014792855  
**Vítima:** GEILSON ASSIS DA SILVA  
**Data Acidente:** 08/01/2013  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2014

Carta n°: 5555232

A/C: GEILSON ASSIS DA SILVA

Sinistro: 2014792855  
Vitima: GEILSON ASSIS DA SILVA  
Data Acidente: 08/01/2013  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

**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: GEILSON ASSIS DA SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000733

Conta: 000001598-2

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 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](http://www.dpvatsegurodotransito.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**

Nome do(a) Examinado(a): Geilson Assis da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Manoel Gomes da Silva, 675  
Loteamento Pedras de Fogo PB CEP: 58328-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PB ] 321530  
Data local do exame: [ 20/10/2014 ] João Pessoa [ 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)

**Periciando vítima de acidente de carro, sofreu TCE leve.**

- 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

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

- 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

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*)).

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

**Quadro tratado conservadoramente, evolução satisfatória, teve alta definitiva em 10/02/2013.**

- 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.

**Periciando sequelado de TCE leve, refere queixas de cefaléia, tontura e lapsos de perda de memória.**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- 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):

Região Corporal (Sequela):

**Crânio.**

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

- 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 valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
DR. JOÃO BARTOLOMEU PINTO RABELO  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - PB 4518 TECR 8334



Código de identificação do IML  
0004



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Geilson Assis da Silva, portador da carteira de identidade nº 3215309 e inscrito no CPF/MF sob o nº 066.542.364-05, residente e domiciliado na RUA MANOEL GOMES DA SILVA, 675, Bairro LOTEAMENTO PLANALTO, Cidade PEDRAS DE FOGO, Estado PARAÍBA, 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:

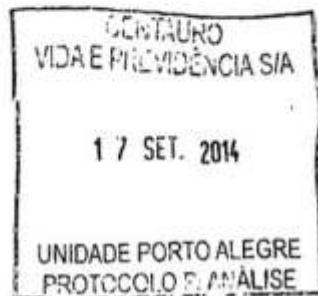
- ( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ( ✕) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior 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.

Geilson Assis da Silva

Assinatura do  
declarante  
conforme documento de  
identificação



Geilson Assis da Silva, 99 de agosto de 2014

Local e data



Comprovante de residência  
0015\*



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GEILSON ASSIS DA SILVA,

RG nº 3215309, data de expedição 02/05/13, Orgão DETRAN - PE

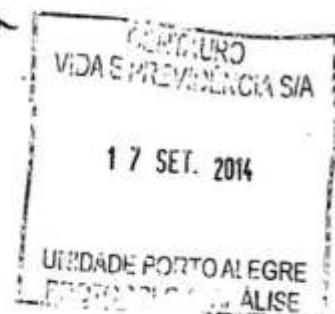
CPF nº 066.542.364-08, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>MANOEL GOMES DA SILVA</u>
Número	<u>675</u>
Apto / Complemento	<u>/</u>
Bairro	<u>LOTEAMENTO PLANALTO</u>
Cidade	<u>PEDRAS DE FOGO</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>58328-000</u>
Telefone de Contato	<u>3566-4012 / 3566-1013</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Paraíba 09/08/2014

Assinatura do Declarante: x Galson Assis da Silva









SECRETARIA DE SAÚDE

HRI - HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA

Paciente: Geilson Assis da Silva  
Data: 08/01/2013

**RADIOGRAFIA DO TÓRAX**

Arcabouço ósseo visível de aspecto anatômico.

Seios costofrênicos livres.

Área cardíaca anatômica.

Campos pleuro-pulmonares normotransparentes.

**RADIOGRAFIA DO CRÂNIO**

Ausência de sinais aparentes de fratura.

Dr. Methódio M. Pegorin Diniz Filho CRM: 5730

Endereço: Avenida Deputado Adauto Pereira de Lima, s/n  
Loteamento Nova Itabaiana – Itabaiana/PB  
CEP: 58.360-000  
Tel.: (83) 3281-2640 / Tel./Fax: (83) 3281-2156



7102 : 2. 2. 1





A rectangular stamp with a double-line border. The top half contains the text "CENTRO DE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A". The bottom half contains the date "17 SET. 2014". Below the stamp, the text "UNIDADE PORTO ALEGRE", "PROTOTIPO ALISE", and "ALISE" is printed.



## SINISTRO

Número do Sinistro: 2014792855

### QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: GEILSON ASSIS DA SILVA

Data do  
Acidente: 08/01/2013

CPF: 066.542.364-08      CPF de: Próprio  
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Titular do CPF: GEILSON ASSIS DA SILVA

### DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Motivo	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue		
Certidão de casamento	Dispensado		
Certidão de inexistência de IML	Entregue		
Certidão de nascimento	Dispensado		
Comprovação de ato declaratório	Dispensado		
Documentação médico-hospitalar	Entregue		
Documentos de identificação	Entregue		
DUT	Entregue		
Laudo do IML - Lesões corporais	Dispensado		
Outros	Entregue		

### DOCUMENTOS DAS PESSOAS

Documento	Status	Motivo	Comentário
<b>BENEFICIÁRIO - GEILSON ASSIS DA SILVA</b>			
Alvará judicial	Dispensado		
Autorização de pagamento	Entregue		
Comprovante de residência	Entregue		

### ATENÇÃO:

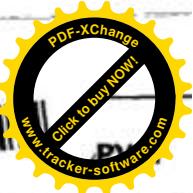
- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo recebimento na seguradora
Data: 17/09/2014 Nome: JLR ASSESSORIA CPF:	Data: 17/09/2014 17:59 Nome: JULIANA DA ROSA SILVA CPF: 018.236.490-92
JLR ASSESSORIA	JULIANA DA ROSA SILVA Centauru Vida e Previdência S/A

*Juliana Silva*  
Centauru Vida e Previdência S/A



Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INC

Autorização de pagamento  
-0014-

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, Gelson Aassis da SilvaPORTADOR(A) DO RG Nº 3215309EXPEDIDO POR DETTRAN - PEEM 02/05/2014CPF 01665142136(4)-08 /CNPJ 07.000.000/0000-00, PROFISSÃO MOTORISTA

E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIARIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO \_\_\_\_\_

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Gelson Aassis da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, 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 e da faixa de renda mensal.



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em preposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br));

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

CERTIFICO  
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

17 SET. 2014

UNIDADE PORTO ALEGRE  
PROTÓCOLO DE ANUÍSSE

CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO 104 • AGÊNCIA 0133 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 01598-9

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

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

LOCAL

São PauloDATA 20/08/2014

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)



ATENÇÃO

Para acompanhá-lo o processo de análise de seu pedido de indenização, acesse [www.dpvatservicosconsorcios.com.br](http://www.dpvatservicosconsorcios.com.br) e realize login no SAC DPVAT (senha: 022124).



**CAIXA**  
Caixa Econômica Federal

AUTO-ATENDIMENTO - AG.CIDADE ANTIGA  
DATA: 01/09/2014 HORA: 13:13:03  
TERMINAL: 19091016 CONTROLE: 190910160110

**COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DEPÓSITO EM DINHEIRO**

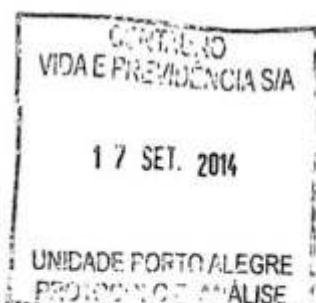
CONTA CREDITADA: 0733.001.00001598-2  
NOME: GEILSON ASSIS DA SILVA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 4,00

NÚMERO DO ENVELOPE: 3840504165  
NÚMERO DE CONTROLE: 244285207

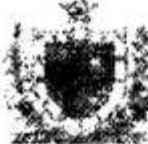
A confirmação do depósito se dará pelo  
lançamento do valor na conta do favorecido após  
a abertura do envelope e a verificação dos  
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios  
SAC CAIXA: 0000-726 0101  
Ouvidoria da CAIXA: 0000-725 7474  
[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)





Com. Diretoria de  
Segurança e da Defesa Social  
Com. Diretoria de Policiais Civis  
Superintendência Regional de Polícia Civil  
9º Comandado Seccional de Polícia Civil  
Delegacia Municipal de Juripiranga



# GOVERN DA PARAIBA



## CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 185/2014

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os registros de ocorrências policiais deste órgão, revendo o Livro 01/2014, encontramos a ocorrência de nº 185/2014, que passamos a transcrever na íntegra: Aos 04 (quatro) dia do mês setembro do ano de 2014 (dois mil e catorze), nesta cidade de Juripiranga, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, quando se encontrava presente JOÃO AMARO GOMES FILHO, Delegado de Polícia Civil, comigo, Policial Civil atendente, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 11h42min, compareceu o senhor GEILSON ASSIS DA SILVA, brasileiro, casado, natural de Itambé/PE, alfabetizado, com 28 anos de idade, nascido aos 02/09/1986, filho de Gilvan Rodrigues da Silva e Maria das Graças Cordeiro de Assis, RG. 32155309 SSP/PB, CPF 066.542.364-08, Carteira de Habilitação nº 03727022091, residente na Rua Manoel Gomes da Silva, nº 675, Planalto - Pedras de Fogo/PB, telefone: (81) 9419.5926, o qual passou a NOTICIAR:

Afirma o noticiante que trabalha como motorista da Prefeitura de Juripiranga/PB e no dia 08 de janeiro de 2013, conduzia uma ambulância, vindo de Itabaiana para Juripiranga, quando repentinamente outro veículo colidiu com a traseira da ambulância, fazendo com que a ambulância também colidisse com uma barreira; Afirma o noticiante que teve ferimentos na cabeça, tendo sido socorrido pelo SAMU para o Hospital Regional de Itabaiana, onde foi submetido a sutura; QUE a ambulância era tipo SAVEIRO, PLACA MO55071/PB e o outro veículo era um FORD ECOSPORT, COR PRATA, PLACA F6B5548 e seu ocupante foi preso em flagrante delito por dirigir embriagado.

Era o que continha dita ocorrência. Ciente o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Palsideade Ideológica) do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expõe a presente certidão. O referido é verdade, dou fé. Dado e passado nesta cidade de Juripiranga/PB, aos 04(quatre) do mês de setembro de 2014 (Dois Mil e catorze), eu policial civil que digitei, assino.

*Geilson Assis da Silva*  
**GEILSON ASSIS DA SILVA**  
Noticiante

*Geilson G. da Silva*  
Comendador de Polícia Civil  
MAT. 158.463-3

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
17 SET. 2014
UNIDADE PORTO ALEGRE PROTÓCOLO DE ANÁLISE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014792855      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GEILSON ASSIS DA SILVA      **Data do acidente:** 08/01/2013      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 29/09/2014

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** Traumatismo craniocéfálico

**Resultados terapêuticos:** Documentação não apresenta registro médico que permita conclusão

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** O exame deverá apurar a existência de dano permanente indenizável

## 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

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

**CRM do médico:** 52.90638-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014792855      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GEILSON ASSIS DA SILVA      **Data do acidente:** 08/01/2013      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Periciando vítima de acidente de carro, sofreu TCE leve.

**Descrição do exame médico pericial:** Periciando sequelado de TCE leve, refere queixas de cefaleia, tontura e lapsos de perda de memória.

**Resultados terapêuticos:** Quadro tratado conservadoramente, evolução satisfatória, teve alta definitiva em 10/02/2013

**Sequelas permanentes:** DANO RESIDUAL NEUROLÓGICO COGNITIVO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 20/10/2014

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** João Bartolomeu Pinto Rabelo

**CRM do médico:** 4518

**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 neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10%	10 %	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

**Médico revisor:** LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

**CRM do médico:** 17761

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

# 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: 27/10/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

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

CLIENTE: GEILSON ASSIS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00733

CONTA: 00000001598-2

---

Nr. da Autenticação A81552C00CC42762

---

Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2014

Carta nº: 5108234

A/C: GEILSON ASSIS DA SILVA

**Sinistro:** 2014792855  
**Vitima:** GEILSON ASSIS DA SILVA  
**Data Acidente:** 08/01/2013  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

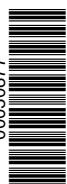
- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2014

Carta nº: 5253213

A/C: GEILSON ASSIS DA SILVA

**Sinistro:** 2014792855  
**Vítima:** GEILSON ASSIS DA SILVA  
**Data Acidente:** 08/01/2013  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2014

Carta n°: 5555232

A/C: GEILSON ASSIS DA SILVA

Sinistro: 2014792855  
Vitima: GEILSON ASSIS DA SILVA  
Data Acidente: 08/01/2013  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

**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: GEILSON ASSIS DA SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000733

Conta: 000001598-2

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 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](http://www.dpvatsegurodotransito.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**

Nome do(a) Examinado(a): Geilson Assis da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Manoel Gomes da Silva, 675  
Loteamento Pedras de Fogo PB CEP: 58328-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PB ] 321530  
Data local do exame: [ 20/10/2014 ] João Pessoa [ 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)

**Periciando vítima de acidente de carro, sofreu TCE leve.**

- 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

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

- 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

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

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

**Quadro tratado conservadoramente, evolução satisfatória, teve alta definitiva em 10/02/2013.**

- 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.

**Periciando sequelado de TCE leve, refere queixas de cefaléia, tontura e lapsos de perda de memória.**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- 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):

Região Corporal (Sequela):

**Crânio.**

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

- 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 valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
DR. JOÃO BARTOLOMEU PINTO RABELO  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - PB 4518 TECR 8334



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, GEILSON ASSIS DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 3215309 e inscrito no CPF/MF sob o nº 066.542.364-05, residente e domiciliado na RUA MANOEL GOMES DA SILVA, 675, Bairro LOTEAMENTO PLANALTO, Cidade PEDRAS DE FOGO, Estado PARAÍBA, 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:

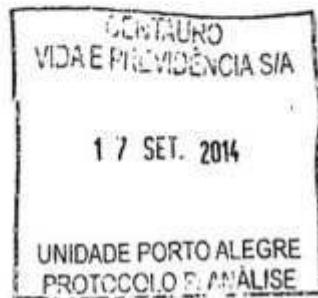
- (  ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (  ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (  ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo 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.

Geilson Assis da Silva

Assinatura do  
declarante  
conforme documento de  
identificação



Geilson Assis da Silva, 99 de Agosto de 2014

Local e data



Comprovante de residência  
0015\*



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GEILSON ASSIS DA SILVA,

RG nº 3215309, data de expedição 02/05/13, Orgão DETRAN - PE

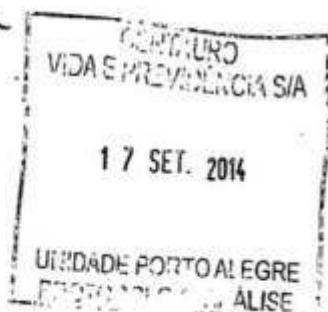
CPF nº 066.542.364-08, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>MANOEL GOMES DA SILVA</u>
Número	<u>675</u>
Apto / Complemento	<u>/</u>
Bairro	<u>LOTEAMENTO PLANALTO</u>
Cidade	<u>PEDRAS DE FOGO</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>58328-000</u>
Telefone de Contato	<u>3566-4012 / 3566-1013</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Paraíba 09/08/2014

Assinatura do Declarante: x Galson Assis da Silva





Journal of Oral Rehabilitation 2007; 34(11): 873-879

 celpe  
Consorzio Interregionale

$$17.2\%, \text{H}^+ + \text{D}_2 \rightarrow ^3\text{F}$$

— 100 —

卷之三

4002160523 07/2014

Nº DA NOTA FISCAL	Nº DO CUSTEIO	Nº DA INSCRIÇÃO
00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000

OS/CR/2014

15/08/2014

NAME	ADDRESS	TELEGRAMS
DR. E. C. COOPER	1-122-444	7-11
DR. J. H. COOPER	1-122-443	7-11

K3M/T4FALL20

2370

PERÍODO MENSAL ESTIMADO	DATA ESTIMADA	VALOR ESTIMADO	DATA ESTIMADA	VALOR ESTIMADO	VALOR ESTIMADO	VALOR ESTIMADO	VALOR ESTIMADO	VALOR ESTIMADO
MAIO/2010	01/05/2010	R\$ 1.000,00	01/05/2010	R\$ 1.000,00				

Pembentukan dan penyebaran						
Waktu dan tempat	Waktu dan tempat	Waktu dan tempat	Waktu dan tempat	Waktu dan tempat	Waktu dan tempat	Waktu dan tempat
AB-11-82	1982/12/1 Gedung BRI	%	1982/4-10 medan	Gedung BRI Medan	10.11	se-12
AB-12-82	1982/12/10 Gedung BRI	+	1982/10-12 medan	Transmisi	11	se-12
AB-13-82	1982/12/10 Gedung BRI	+	1982/10-12 medan	Gedung BRI 10 Negara	11	se-12
AB-14-82	1982/12/10 Gedung BRI	+	1982/10-12 medan	Transmisi Keb. Nasional	11.10	se-12
AB-15-82	1982/12/10 Gedung BRI	+	1982/10-12 medan	Transmisi	11.11	se-12
AB-16-82	1982/12/10 Gedung BRI	+	1982/10-12 medan	Total	24.33	se-12

6. *Monte Carlo simulation of the effect of the number of samples on the estimation of the mean and variance of the error function*

Category	Sub-Category	Count
Software	Windows	100
Software	Mac OS X	50
Hardware	Laptops	80
Hardware	Desktops	60
Peripherals	Monitors	70
Peripherals	Keyboards	50
Peripherals	Mice	40
Accessories	Power Banks	30
Accessories	USB Drives	20
Accessories	Headphones	15
Accessories	Smartphones	10

ISSN 1062-1024 • Volume 22 Number 7 •

CENTRO  
VIDA E PREVISÃO S/A

17 SET. 2014

**UNIDADE PORTO ALEGRE  
PROJETO CLIMA ALISE**

ACORDO PROPOSTA	VALOR PROPOSTA	LIMITE MÍNIMO	LIMITE MÁXIMO	VALOR PROPOSTA	TENSÃO NORMAL (%)	VALOR DE VOLT MÍNIMO	VALOR DE VOLT MÁXIMO
AVL	315	270	350	315	220	211	231
AVL	315	270	350	315	220	211	231
AVL	315	270	350	315	220	211	231

SUS

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE  
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

DA UNIDADE:  
HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANAD.  
AVE. DEPUTADO ADAUTO PEREIRA DE LIMA, 01  
INÍCIO: ITABAIANA ESTADO: PARÁBAUF: 25  
NASC.: 02/09/1986 Idade: 0 anos(mes(es) de idade dia(as) de idade)

Sexo: M

Nome: GEILSON ASSIS DA SILVA  
Sexo: Masculino  
Cor: PardaNASC.: 01/01/1986  
Idade: 0 anos(mes(es) de idade dia(as) de idade)PA: 175  
Nº: 175  
CABINETE: 30204

- 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 LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

Nome: MARIA DAS GRACAS CORDEIRO DE ASSIS  
Sexo: Feminino  
MOTORISTA  
MUNICIPIO: RUA MANOEL GOMES DA SILVA  
MUNICIPIO: PEURAS DE FOGO - PB - 58328000 - 251120  
Data e Hora: 06/01/2013 12:34:17Documento: RG - 3215309  
Nº:PA: \_\_\_\_\_  
TEMP: \_\_\_\_\_  
SO: \_\_\_\_\_  
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)  
*Geilson Assis da Silva  
Motorista  
Itabaiana*PA: \_\_\_\_\_  
TEMP: \_\_\_\_\_  
SO: \_\_\_\_\_MEDICAÇÃO:  PRESCRITA  1. PRESCRITA  
 2. APLICADA  
ENCAMINHAMENTO:  OBSERVAÇÃO  RESIDÊNCIA  
 OUTRO HOSPITAL  OBITO  INTERNAGEM  
 OUTROS  
CID-10: \_\_\_\_\_DIAGNÓSTICO:  
*TET FEB. CAC. COMO DE CERRO*SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:  
1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

ASS (QDS) PROFISSIONAL (QDS DE SERVIÇOS): comprovado

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS):  
*Exames de laboratório*CNS: \_\_\_\_\_  
CRM: \_\_\_\_\_  
OU POLEGAR DIREITO: \_\_\_\_\_ASS. DO PACIENTE/COMPANHANTE OU RESPONSÁVEL  
*Xa. S. da Silva - J. M. da S. - A. S. do Revisor Técnico - A. S. do Revisor Administrativo*UNIDADE PORTO ALEGRE  
PROTÓCOLO DE CONSULTA

RESULTADOS

ASS. DO PACIENTE/COMPANHANTE OU RESPONSÁVEL  
OU POLEGAR DIREITOCRM: \_\_\_\_\_  
OU POLEGAR DIREITO: \_\_\_\_\_ASS. DO REVISOR TÉCNICO  
ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVOCRM: \_\_\_\_\_  
OU POLEGAR DIREITO: \_\_\_\_\_CRM: \_\_\_\_\_  
OU POLEGAR DIREITO: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_



SECRETARIA DE SAÚDE

HRI - HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA

Paciente: Geilson Assis da Silva  
Data: 08/01/2013

**RADIOGRAFIA DO TÓRAX**

Arcabouço ósseo visível de aspecto anatômico.

Seios costofrênicos livres.

Área cardíaca anatômica.

Campos pleuro-pulmonares normotransparentes.

**RADIOGRAFIA DO CRÂNIO**

Ausência de sinais aparentes de fratura.

Dr. Methódio M. Pegorin Diniz Filho CRM: 5730

Endereço: Avenida Deputado Adauto Pereira de Lima, s/n  
Loteamento Nova Itabaiana – Itabaiana/PB  
CEP: 58.360-000  
Tel.: (83) 3281-2640 / Tel./Fax: (83) 3281-2156



754783655		754783655	
 <p><b>ESTADO DO BRASIL</b> REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA JUSTIÇA SÉRIE DE DOCUMENTOS NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO HABITACAO</p>		 <p><b>ANTONIO ALVIM DA SILVA</b></p>	
<p><b>DATA DE EMISSÃO:</b> 10/04/2008</p> <p><b>PERÍODO DE VIGÊNCIA:</b> 10/04/2008 - 10/04/2011</p> <p><b>TIPO DE DOCUMENTO:</b> RG</p> <p><b>NÚMERO:</b> 00000000000000000000</p> <p><b>SEXO:</b> MASCULINO</p> <p><b>DATA DE Nascimento:</b> 10/04/1964</p> <p><b>LUGAR DE NASCIMENTO:</b> MARACAÍPE, PERNAMBUCO</p> <p><b>RESIDÊNCIA:</b> RUA DAS LAVADEIRAS, 123, MARACAÍPE, PERNAMBUCO</p> <p><b>ESTADO:</b> PERNAMBUCO</p> <p><b>NOTA:</b> ESTAMPA DE CÓDIGO DE BARRAS</p>		<p><b>DATA DE EMISSÃO:</b> 10/04/2008</p> <p><b>PERÍODO DE VIGÊNCIA:</b> 10/04/2008 - 10/04/2011</p> <p><b>TIPO DE DOCUMENTO:</b> RG</p> <p><b>NÚMERO:</b> 00000000000000000000</p> <p><b>SEXO:</b> MASCULINO</p> <p><b>DATA DE Nascimento:</b> 10/04/1964</p> <p><b>LUGAR DE NASCIMENTO:</b> MARACAÍPE, PERNAMBUCO</p> <p><b>RESIDÊNCIA:</b> RUA DAS LAVADEIRAS, 123, MARACAÍPE, PERNAMBUCO</p> <p><b>ESTADO:</b> PERNAMBUCO</p> <p><b>NOTA:</b> ESTAMPA DE CÓDIGO DE BARRAS</p>	



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DOS CIPAUS**

DETRAN - PB      N° 9430241929  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
PLACA: P-0000000568-3  
11 45006344-4 00/00000000 2012  
FUNDO M DE S DE JURIPIRANGA

11164805000197 MO55011/PB

NOVO    PB    1480XK050URCP166302

SP/CAMINHÃO DE ARROZAL/ENTRA ALCOA CO.

V8 / SAVETTO MOTOFICAR AB 2012 2012

05P/0.139 104CV OFICIAL BRANCA

I	PVA PAGA EM	27/01/2012
P	PAGO PRA	25
V	DATA ANEXA	0
R		31

RESERVA DE DOMÍNIO

2 EIKOS

JURIPIRANGA-PB 26/03/2013 31054

CONTINUO  
VIA DE PRODUÇÃO S/A

17 SET. 2014

UNIDADE PORTO ALEGRE  
PROTEÇÃO DA ALIÉNIO

**SINISTRO****PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS**

Número do Sinistro: 2014792855

**QUALIFICAÇÃO DO EVENTO**

Vítima: GEILSON ASSIS DA SILVA

Data do  
Acidente: 08/01/2013

CPF: 066.542.364-08 CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEILSON ASSIS DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**DOCUMENTOS DO SINISTRO**

Documento	Status	Motivo	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue		
Certidão de casamento	Dispensado		
Certidão de inexistência de IML	Entregue		
Certidão de nascimento	Dispensado		
Comprovação de ato declaratório	Dispensado		
Documentação médico-hospitalar	Entregue		
Documentos de identificação	Entregue		
DUT	Entregue		
Laudo do IML - Lesões corporais	Dispensado		
Outros	Entregue		

**DOCUMENTOS DAS PESSOAS**

Documento	Status	Motivo	Comentário
<b>BENEFICIÁRIO - GEILSON ASSIS DA SILVA</b>			
Alvará judicial	Dispensado		
Autorização de pagamento	Entregue		
Comprovante de residência	Entregue		

**ATENÇÃO:**

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvtseguro.com.br](http://www.dpvtseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo recebimento na seguradora
Data: 17/09/2014 Nome: JLR ASSESSORIA CPF:	Data: 17/09/2014 17:59 Nome: JULIANA DA ROSA SILVA CPF: 018.236.490-92
JLR ASSESSORIA	JULIANA DA ROSA SILVA Centauru Vida e Previdência S/A

*Juliana Silva*  
Centauru Vida e Previdência S/A



Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INC

Autorização de pagamento  
-0014-

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, Gelson Aassis da Silva

PORTADOR(A) DO RG Nº 3215309

EXPEDIDO POR DETTRAN - PE

EM 02/05/2014

CPF 01665142136(4)-08 /CNPJ 07.000.000/0001-00, PROFISSÃO MOTORISTA

E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ ( \* ) NA QUALIDADE DE BENEFICIARIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Gelson Aassis da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, 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 e da faixa de renda mensal.



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em preposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br));

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

CONTRATO  
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

17 SET. 2014

UNIDADE PORTO ALEGRE  
PROTÓCOLO DE ANEXO

CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO 104 • AGÊNCIA 0133 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 01598-9

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

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

LOCAL

São Paulo

DATA 20/08/2014

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)

ATENÇÃO

Para acompanhá-lo o processo de análise de seu pedido de indenização, acesse [www.dpvatao.com.br/trackit/](http://www.dpvatao.com.br/trackit/) durante todo o SISTEMA DPVAT (021) 2222-2222



**CAIXA**  
Caixa Econômica Federal

AUTO-ATENDIMENTO - AG.CIDADE ANTIGA  
DATA: 01/09/2014 HORA: 13:13:03  
TERMINAL: 19091016 CONTROLE: 190910160110

**COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DEPÓSITO EM DINHEIRO**

CONTA CREDITADA: 0733.001.00001598-2  
NOME: GEILSON ASSIS DA SILVA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 4,00

NÚMERO DO ENVELOPE: 3840504165  
NÚMERO DE CONTROLE: 244285207

A confirmação do depósito se dará pelo  
lançamento do valor na conta do favorecido após  
a abertura do envelope e a verificação dos  
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios  
SAC CAIXA: 0000-726 0101  
Ouvidoria da CAIXA: 0000-725 7474  
[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

CERTIFICO	VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
17 SET. 2014	
UNIDADE PORTO ALEGRE	
PROXIMA ETAPA: ANÁLISE	



Sra. Maria da  
Sugestão e da Defesa Social  
Tia Júlia da Silva  
Superintendência Regional de Polícia  
9º Comandado Seccional de Polícia Civil  
Delegacia Municipal de Juripiranga



# GOVERN DA PARAÍBA



## CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 185/2014

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os registros de ocorrências policiais deste órgão, revendo o Livro 01/2014, encontramos a ocorrência de nº 185/2014, que passamos a transcrever na íntegra: Aos 04 (quatro) dia do mês setembro do ano de 2014 (dois mil e catorze), nesta cidade de Juripiranga, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, quando se encontrava presente JOÃO AMARO GOMES FILHO, Delegado de Polícia Civil, comigo, Policial Civil atendente, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 11h42min, compareceu o senhor GEILSON ASSIS DA SILVA, brasileiro, casado, natural de Itambé/PE, alfabetizado, com 28 anos de idade, nascido aos 02/09/1986, filho de Gilvan Rodrigues da Silva e Maria das Graças Cordeiro de Assis, RG. 32155309 SSP/PB, CPF 066.542.364-08, Carteira de Habilitação nº 03727022091, residente na Rua Manoel Gomes da Silva, nº 675, Planalto - Pedras de Fogo/PB, telefone: (81) 9419.5926, o qual passou a NOTICIAR:

Afirmou o noticiante que trabalha como motorista da Prefeitura de Juripiranga/PB e no dia 08 de janeiro de 2013, conduzia uma ambulância, vindo de Itabaiana para Juripiranga, quando repentinamente outro veículo colidiu com a traseira da ambulância, fazendo com que a ambulância também colidisse com uma barreira; Afirma o noticiante que teve ferimentos na cabeça, tendo sido socorrido pelo SAMU para o Hospital Regional de Itabaiana, onde foi submetido a sutura; QUE a ambulância era tipo SAVEIRO, PLACA MO55071/PB e o outro veículo era um FORD ECOSPORT, COR PRATA, PLACA F6B5548 e seu ocupante foi preso em flagrante delito por dirigir embriagado.

Era o que continha dita ocorrência. Ciente o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expõe a presente certidão. O referido é verdade, dou fé. Dado e passado nesta cidade de Juripiranga/PB, aos 04(quatre) do mês de setembro de 2014 (Dois Mil e catorze), eu policial civil que digitei, assino.

*Geilson Assis da Silva*  
**GEILSON ASSIS DA SILVA**  
Noticiante

*Geilson G. da Silva*  
Comendador de Polícia Civil  
MAT. 158.463-3

CENTAUR VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
17 SET. 2014
UNIDADE PORTO ALEGRE PROTÓCOLO DE ANÁLISE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014792855      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GEILSON ASSIS DA SILVA      **Data do acidente:** 08/01/2013      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 29/09/2014

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** Traumatismo craniocéfálico

**Resultados terapêuticos:** Documentação não apresenta registro médico que permita conclusão

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** O exame deverá apurar a existência de dano permanente indenizável

## 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

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

**CRM do médico:** 52.90638-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014792855      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GEILSON ASSIS DA SILVA      **Data do acidente:** 08/01/2013      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Periciando vítima de acidente de carro, sofreu TCE leve.

**Descrição do exame médico pericial:** Periciando sequelado de TCE leve, refere queixas de cefaleia, tontura e lapsos de perda de memória.

**Resultados terapêuticos:** Quadro tratado conservadoramente, evolução satisfatória, teve alta definitiva em 10/02/2013

**Sequelas permanentes:** DANO RESIDUAL NEUROLÓGICO COGNITIVO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 20/10/2014

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** João Bartolomeu Pinto Rabelo

**CRM do médico:** 4518

**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 neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10%	10 %	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

**Médico revisor:** LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

**CRM do médico:** 17761

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**