



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

67477178

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA, ESGOTO E SERVIÇOS

ROGERIO DAMASIO DA SILVA
RUA LUZIA OTAVIO DE OLIVEIRA, 391C - ERNANI SATIRO
JOÃO PESSOA PB 58080 - 670

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
001.028.105.0054.000	0001	0	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
45312277	25/07/2014	NAO CALCULADO	LIGADO			
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M³) FIM DE DIAS PROXIMA LEITURA						
366	369	3	31	18/02/2019		
IND. COM. / ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA / ANOR. DO PORT. QUALID. ESG. / ANOR. DO PORT.						
DEZ/2018	2	PARÂMETROS	EXTA.	ANALIS.	CONDIÇÕES	
NOV/2018	5	TURBID. /	0	0	0	
OUT/2018	4	CLORO	0	0	0	
SET/2018	5	COL. TERMO	0	0	0	
AGO/2018	4	COR	0	0	0	
JUL/2018	2	COL. TOTAL	0	0	0	
MEDIA(H)	3	DADOS REFERENTES A: NOV/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 19/01/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 10:34:26

DESCRIÇÃO

CONSUMO TOTAL (R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

3,43

17,91

ESGOTO

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ESGOTO

3,43

10,3

CRESCIMENTO(S) MÊS(ES) ANT. 08/2018

1,41

JUROS DE MORA 08/2018

1,36

VALOR APROXIMADO DO TENDIMENTO R\$ 6,11 PIS E COB. INC. 11,11 R\$ 71,47

VENCIMENTO:

01/02/2019

Total a Pagar:

R\$ 71,95



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

TIPO DE TARIFA: 1

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: LEAL

INFORMAÇÕES GERAIS:

5º USUÁRIO: EM 31/12/2018, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÉBITO

6º COMPAREÇA AOS PONTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA

7º PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE



CAGEPA

MATRÍCULA

DATA RECEITA

VALOR DEBITO

TOTAL A PAGAR

67477178

01/01/2019

01/02/2019

R\$ 71,95

82640000000 4 71950010001 6 06747717801 5 01201960003 5



COMPREV
COMPREV SEGURÓS E PREVIDÊNCIA S/A.
21 FEV. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29635>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF³.

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

João Eduardo da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 455 536 024 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Rogério Oliveira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 102 420 424 30

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da vítima Rogério Oliveira da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 102 420 424 / 30, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

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

Local e Data: João Pessoa - PB 58056-384

Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
21 FEV. 2019
PROTOCOLO
AS. JOÃO PESSOA

CERTIDÃO

Nº. 0118/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 162509 e Prontuário nº 2018.09.001546 pertencentes a **ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA** dia 12/09/2018 às 01H46min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em antebraço direito.

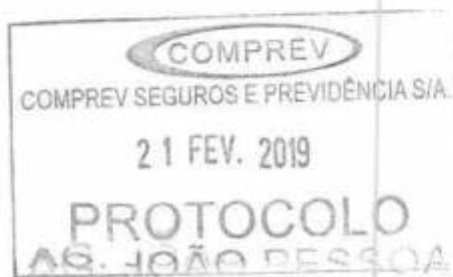
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ulna direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 19/09/2018 com alta médica dia 21/09/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 04 de fevereiro de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

EXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

56-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

X: () CNPJ:

Ficha Nr: 162509

Atd: Nao Regul

Data: 12/09/2018

Hora: 01:46:06

Recepcionista: GABRIELA DA COSTA SEI

Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA

Num.º Prontuário: 2018.09.001546

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3777308 Fone: 986893860

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 04/10/1994 Id: 23 ano(s)

End.: RUA ISABEL CRISTINA, 18

Bairro: ERNANI SATIRO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: JOSEANE RODRIGUES DE OLIVEIRA

Pai: ROGERIO DAMASIO DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: OFFICE-BOY

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ESPOSA

Tel./Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

P. cedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO MOTOXCARRO AS 19:30/TORRE

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2i:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Exa Principal

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

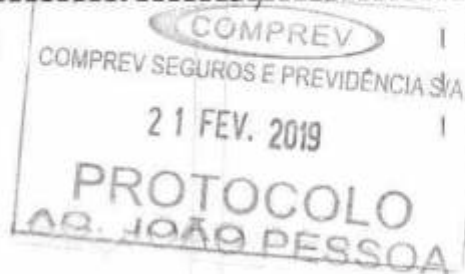
Retorno trauma em braço
① Pós acidente de moto.

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao



Dr. Aurélio Co

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PROCEDIMENTO REALIZADO

21 FEV. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia

☐ Transferido

☐ Desistencia

☐ UTI

☐ Alta a pedido

☐ Enfermaria

Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

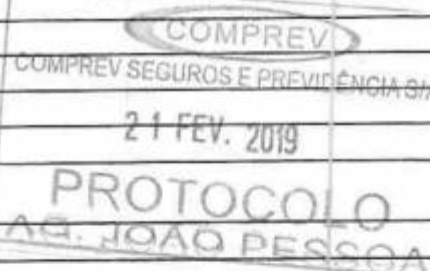
Elisângela Pinto da Silva

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Rogério Oliveira da Silva</u>		Data da Admissão: <u>22/09/18</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____			
Endereço: _____		Bairro: _____	
Cidade: _____		Estado: _____	
Sexo: F () M ()		Cor: _____	
Escolaridade: _____		Data de Nascimento: <u>1/1</u>	
QPD: <u>Trauma em braco</u> (1)			
HDA: <u>Trauma em ombros</u> (1) <u>700 acidente de moto</u> <u>Alargamento do, edema e deformidade</u> <u>em braco</u> (1)			
Medicações em uso: _____			



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SIA
21 FEV. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
 [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
 [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
 [] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

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

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

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

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

Nome: ROGÉRIO OLIVEIRA DA SILVA				Reg: 2018091546	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
			<i>Traumatologia</i>		
Data: 19/09/2018			Cirurgião: LUÍS FILIPE LESSA		
1º Assistente: FLAVIO LOYOLA			2º Assistente:		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura da ulna proximal</i>					<i>S520</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Osteossíntese com placa e parafusos</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 (x) Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

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

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: Fratura da ulnadireita.Conduta: Internamento e tratamentocirúrgico

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão lateral para ulna proximal

Divulsão por planos até o foco de fratura

Achados:

Fratura de ulna proximal

Conduta:

Realizada manobra de redução da fratura

Redução de fragmentos ósseos e aposição placa 3.5 + 07 parafusos corticais

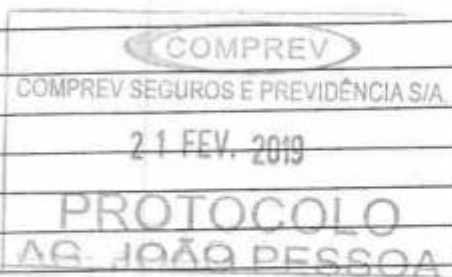
Verificado redução sob fluoroscopia

Fechamento:

Limpeza com SF a 0,9% de punho + sutura por planos com vycril + sutura da pele

Curativo

OBS:



Dr. Luis Felipe Lessa
Traumatologia / Ortopedia
CRM-PB 10.208 / 1501-15326

Data:

19/04/18

MÉDICO/CRM

EV



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	04/10/94
NOME DA MÃE	JOSEANE RODRIGUES DE OLIVEIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.107.756
DATA DO ATENDIMENTO	11/09/18
HORA DO ATENDIMENTO	20:54
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DIAFISÁRIA DE ULNA DIREITA
CID 10	S52.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com dor e limitação funcional do antebraço direito e do braço direito. Cotovelo e punho direitos, também apresentam dor e limitação de movimentos. RX evidencia fratura de diáfise de ulna direita. Encaminhado para o Ortopedia de Mangabeira, conforme pactuação.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de coluna cervical
RX de torax
RX de antebraço direito
RX de ombro direito

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura diafisária de ulna direita.

TRATAMENTO:

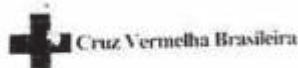
Imobilização. Encaminhado para o Ortopedia de Mangabeira.

ALTA HOSPITALAR:	11/09/18
DATA DA EMISSÃO:	31/01/19

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1107756



Identificação do paciente			
ID 928454	Nome ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 04/10/1994	Idade 23 anos 11 meses 7 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA
Mãe JOSEANE RODRIGUES DE OLIVEIRA		Pai ROGERIO DAMASIO DA SILVA	
Escolaridade MEDIO COMPLETO		Responsável (Parentesco) ELISANGELA JACINTO DA SILVA - ESPOSO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986801818	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento CNH	Número documento 06155071892	Nº Cns 210102988970005	
Local de procedência TORRE		Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58087210	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Maestro Heitor Villa Lobos
Número SN	Complemento	Bairro Oitzeiro	
Admissão			
Data e Hora 11/09/2018 20:54:23	Número da pulseira 1000006283215	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 VEICULO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente vítima de acidente de moto, ferido por trauma, ferimento aberto no ombro.			
Diagnóstico			CID
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA			Tempo 21seg

Rita de Cássia A. da Silva
Enfermeira
COREN-PB 484.130

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
Imprimir
21 FEV. 2019
PROTOCOLO
AQ. JOÃO PESSOA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA	BAE 1107756	Data/Hora Entrada 11/09/2018 20:54:23	Data Baixa 2018-09-11 23:07:10.0
Data de nascimento 04/10/1994	Idade 23a 11m 8d	Sexo Masculino	CNS 210102988970008
Mãe JOSEANE RODRIGUES DE OLIVEIRA			Telefone de Contato (83) 986801818
Endereço MAESTRO HEITOR VILLA LOBOS, SN	Bairro OUTIZEIRO	Município JOAO PESSOA	Pronúário
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TAMMER GOMES DE MORAIS	UF PB
			Nº Cons. Regional 8104/PB
Data/Hora Classificação 11/09/2018 20:54:23		Data/Hora Prescrição 11/09/2018 23:07:11	

Anamnese

#ORTOPEDIA#

RELATO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO AFIRMA QUADRO DE DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO ANTEBRAÇO DIREITO. AFIRMA AINDA DOR NA REGIÃO DO OMBRO DIREITO.

AO EXAME:

DOR E LIMITAÇÃO NA ADM DO COTOVELO E PUNHO DIREITO.
AUSENCIA DE FERIMENTOS LOCAIS.

RX:

FRATURA DE MONTEGGIA (FX DIAFISE ULNA)

CD:

CONFORME PACTUAÇÃO PACIENTE ENCAMINHADO PARA HOSPITAL DE MANGABEIRA (TRAUMINHA) PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA.

PROCEDIMENTO

TALA AXILO PALMAR

CID10

Código	Descrição
S52.2	Fratura da diáfise do cúbito [ulna]

Conduta

Alta com encaminhamento externo

Alta HospitalarUsuário
TAMMER GOMES DE MORAIS
Motivo de Alta
ALTA HOSPITALARData e Hora
11/09/2018 23:07:10
Observações
ENCAMINHAMENTO P TTO CIRURGICO

ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA

TAMMER GOMES DE MORAIS
(CRM: 8104/PB)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA		BAE	1107756	Data/Hora Entrada	11/09/2018 20:54:23	Data Baixa
Data de nascimento	04/10/1994	Idade	23a 11m 8d	Sexo	Masculino	CNS	210102988970008
Mãe	JOSEANE RODRIGUES DE OLIVEIRA						Telefone de Contato (83) 986801818
Endereço	Maestro Heitor Villa Lobos, SN		Bairro	Oitizeiro	Município	JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente	VEICULO X MOTO	Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional	WANDEBERG GOMES DE ALBUQUERQUE	
Data/Hora Classificação	11/09/2018 20:54:23				Data/Hora Prescrição	11/09/2018 21:17:38	
						UF PB	
						Nº Cons. Regional 3374/PB	

Anamnese

PAC SOCORRIDO PELO SAMU, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, REFERINDO DOR EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO, COM ESCORIAÇÕES EM JOELHO ESQUERDO, JOELHO DIREITO
AO EXAME: ORIENTADO, LUCIDO, DOR E SINAIS DE CREPTÇÃO NA CLAVICULA DIRETA
AR: NDN
ACV: NDN
ABDOME: NDN
CD: EXAMES DE ROTINA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO DIREITO

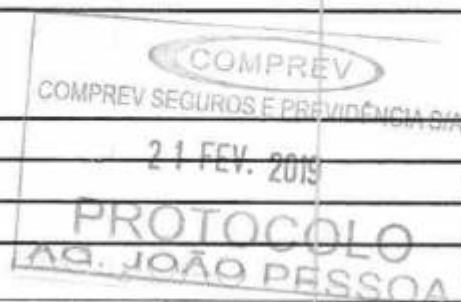
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação



ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA

WANDEBERG GOMES DE ALBUQUERQUE
(: 3374/PB)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 11/09/18 21:17		Usuário: WANDEBERG		Boletim 1107756	
Nome		Data de		Idade	
ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA		04/10/1994		23a 11m 8d	
Motivo do Atendimento		Sexo		Nº Prontuário	
		MASCULINO		1107756	
Validade da Prescrição		Data Prescrição		Nº	
11/09/2018 21:17:00 - 12/09/2018 21:17:00		11/09/2018 21:17:38			
Convenio		Matricula		Senha	
SUS					

Nome do medicamento		Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1	CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG					
	Diluir em	100.0	ML					
2	PARECER ORTO	0.0						

WANDEBERG GOMES DE ALBUQUERQUE
CRM: 3374

11 de Setembro de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

21 FEV. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

ROBERTO OLIVEIRA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR: 3777308 PB

CE: 102.420.424-30 DATA DE EMISSÃO: 04/10/1994

NOME: ROBERTO DAMASIO DA SILVA
 JOSEANE RODRIGUES DE OLIVEIRA

PROFISSÃO: ACC CATEGORIA: AB

Nº RENOV: 06155071892 VALIDADE: 30/16/2016 1ª EXATIDÃO: 21/08/2014

CRIMINAÇÕES

Assinatura do Portador

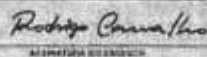
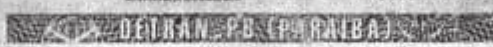
ICOM: JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO: 09/09/2015

21255490069 22031310087

DETRAN - PB (PARAIBA)

1152899101

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 21 FEV. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA	
	
DOC. IDENTIFIC. / ORG. EMISSOR	1054562 SSP PB
CPF	455.536.024-91
DATA NASCIMENTO	02/04/1967
FUNÇÃO	
JOSEFA GERVASIO DA SILVA	
PERMISSÃO	ADIC. CALHAJ. ADI.
1º REGISTRO	00724153182
VIGÊNCIA	10/11/2019
1ª EMISSÃO	06/04/1989
OBSERVAÇÕES	
	
ASSINATURA DO DETENTOR	
DATA	11/11/2014
JOÃO PESSOA, PB	
	
ASSINATURA DO DETENTOR	
60378988469	
PB029545609	
	

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
21 FEV. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190161973 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 11/09/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DE ULNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Rogério Oliveira da Silva,
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
moto boy, CI RG nº 3777 308,
CPF/MF nº 102.420.424-30, residente e domiciliado(a) à Rua
Luizá Oliveira de Oliveira 314,
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58080-670, telefone
83-98663-4900, 99342-1170.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Rua: Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Sala 06 Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa, 15 de Fevereiro de 2019.

Rogério Domiano da Silva

OUTORGANTE



CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

Reconheço Por Autenticidade a firma de ROGERIO DAMASIO DA SILVA.1693581. J.Pessoa-PB. 15/02/2019 12:25:47 Emol R\$9.91 Farpem:R\$0.29 Fepi:R\$1.98. ISS:R\$0.50. Em test da verdade. Tabela CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA. Selo Digital AIF02995-WBUS Consulte em <https://selodigital.tpb.jus.br/Cartorioceleida.com.br>

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

21 FEV. 2019

PROTOCOLO

AB. JOÃO PESSOA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

INVESTPREV

30 ABR 2019

Outorgante: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: LUCIENE VIEIRA DE ASSUNÇÃO
Nacionalidade: BRASILEIRA Estado civil: SOLTEIRA
Profissão: DOLAR
Identidade: 1.136.540 CPF: 808.090.855-49
Endereço: RUA BAHIA Nº 928
Bairro: SIQUEIRA CAMPOS Cidade: ARACAJU
Estado: SERGIPE CEP: 49072-050

Outorgado:

JOÃO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA, natural de Maringá Paraná, solteiro, portador de cédula de identidade nº 10.283.504-2 SSP/PR, inscrito no cadastro de pessoa física nº 067.127.729-40, ADVOGADO inscrito na ordem OAB nº 13.646, domiciliado na Avenida Augusto Maynard nº 554, bairro São José, Aracaju, Sergipe, CEP 49.015-380.

Pelo presente Instrumento Particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar o pedido de indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o Seguro Obrigatório – DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato, da qual figura como vítima:

LUCIENE VIEIRA DE ASSUNÇÃO

Local: ARACAJU UF: SE Data: 11 de ABRIL de 2019

Luciene Vieira de Assunção

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)
(Reconhecer firma por autenticidade)

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
DO 1º OFÍCIO DE ARACAJU



Tabellão - Bel. Luiz de Santana
e-mail: extra.aracaju@tjse.jus.br

Reconheço por autenticidade a firma de LUCIENE VIEIRA DE ASSUNÇÃO dou fé em test² da verdade.

Aracaju 29 de Abril de 2019

Marcelo Soares de Santana - O Escrevente Compromissado
Selo TJSE: 201929507020719 - Acesse: www.tjse.jus.br/x/29XP9H

Praça Camerino, 205 - São José - Aracaju - Sergipe - Cep: 49015-000 - Tel.: (79) 3025-9400



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0064012/19

Vítima: ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA

CPF: 102.420.424-30

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 11/09/2018

Titular do CPF: ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA : 102.420.424-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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 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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/02/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190161973

Vítima: ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 11/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 15 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190161973

Vítima: ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 11/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001456

Conta: 0000014609-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Profissão: Endereço: Número: Complemento: Bairro: Cidade: Estado: CEP: E-mail: Tel.(DDD):

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

REDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 199 do Código Penal.

Local e Data: Nome: CPF:

TESTEMUNHAS

1ª Nome: CPF:

Assinatura

2ª Nome: CPF:

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

21 FEV. 2019

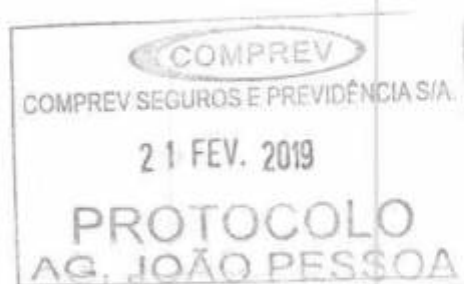
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0660 - 2018	Responsável pelo Levantamento do Acidente: ROSINALDO OLIVEIRA DE SOUZA	Posto/Graduação: 3ºSGT /PM
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Rua Barão de Mamanguape	Hora 20:00	Bairro Torre
Município: João Pessoa	U F PB	
Data da Ocorrência 11-09-2018	Dia da Semana Terça-Feira	C/S Vítima (QT) Com
Tipo de Acidente Colisão Transversal		Tipo de pavimento Asfalto
Condições da Pista Seca		
Condições do Tempo Bom	Envolvidos no acidente (Quantidade) 02 Veículos	Controle do tráfego Semáforo com defeito

CONDUTOR 01

Nome Rogério Oliveira da Silva	Sexo Masculino	Nascimento 04-10-1994	RG 3777308
Endereço Rua Luzia Otávia de Oliveira, 391, Esplanada, João Pessoa, PB.			
1ª Habilitação 21-08-2014	Categoria AB	Registro CNH N.º 06155071892	U.F. PB
Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 30-10-2018	Usava cinto	Usava Capacete
Exame de Embriaguez Alcoólica Não		Destino do Condutor Hospital de Trauma	

VEÍCULO 01

Marca/Modelo Yamaha Factor	Espécie Motocicleta	Placa QFT - 9399	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
Nome do Proprietário Rogério Damasio da Silva					
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 012426889804	Renavan N.º 01070811430	Data da Emissão 02-12-2015		
Condições do Veículo Antes do Acidente Nada constatado					

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Ouvido no Bptran no dia 24-09-2018 o condutor declarou que: Trafegava no sentido Rui Barbosa/Centro, faixa da esquerda, o mesmo seguia normalmente e o semáforo estava verde, quando no final do cruzamento foi colidido na parte traseira de sua motocicleta, ocorrendo o acidente.

CONDUTOR 02

Nome Arthus de Brito Lima	Sexo Masculino	Nascimento 03-04-1986	RG 2876773
Endereço Avenida José Soares, 899, Rangel, João Pessoa, PB – Tel.(083)98871-9025			
1ª Habilitação 01-06-2004	Categoria AB	Registro CNH N.º 03294994951	U.F. PB
Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 08-01-2020	Usava cinto	Usava Capacete
Exame de Embriaguez Alcoólica Sim (0,00mg/L)		Destino do Condutor Permaneceu no local	

VEÍCULO 02

Marca/Modelo VW Voyage	Espécie Automóvel	Placa OEU - 7993	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
Nome do Proprietário Karla Waldiria Leite da Silva					
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 014200106635	Renavan N.º 01420010663	Data da Emissão 04-07-2018		
Condições do Veículo Antes do Acidente Nada constatado					

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Condutor declarou que: Trafegava na Via B, faixa da direita, sentido Epitácio Pessoa/Beira Rio, quando o semáforo da Via B apagado e o semáforo da Via A fechado, onde ao passar foi colidido pelo V1 e não teve como evitar o sinistro.

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 0660 - 2018

VÍTIMA 01

Nome Rogério Oliveira da Silva	Sexo Masculino	Nascimento 04-10-1994	Viajava no Veículo Nº 01
Endereço Rua Luzia Otávia de Oliveira, 39, Esplanada, João Pessoa, PB.			
Condição da Vítima Condutor	Conduzida Para Hospital de Trauma	Usava Cinto	Usava Capacete Sim

CONSTATADO

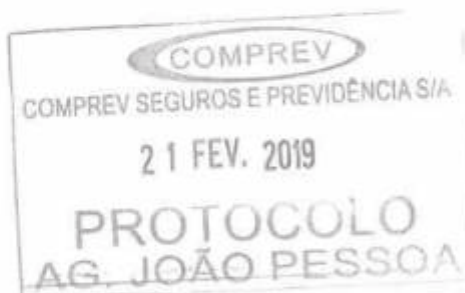
Constatado quando do levantamento que: O semáforo da Via B encontrava-se inoperante; C1 socorrido ao Hospital de Trauma com fraturas no braço direito e com escoriações; V1 removido ao Bptran; C2 realizou teste do etilômetro; V2 retirado do local para socorro da vítima.

João Pessoa – PB, 26 de Setembro de 2018.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 26/09/18
ASSINATURA

Rosinaldo Oliveira de Souza
Matr.: 519892-5

Rosinaldo Oliveira de Souza 3º Sgt PM
Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0660/ 2018

AMARRAÇÕES

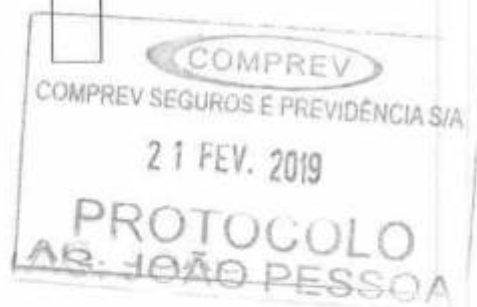
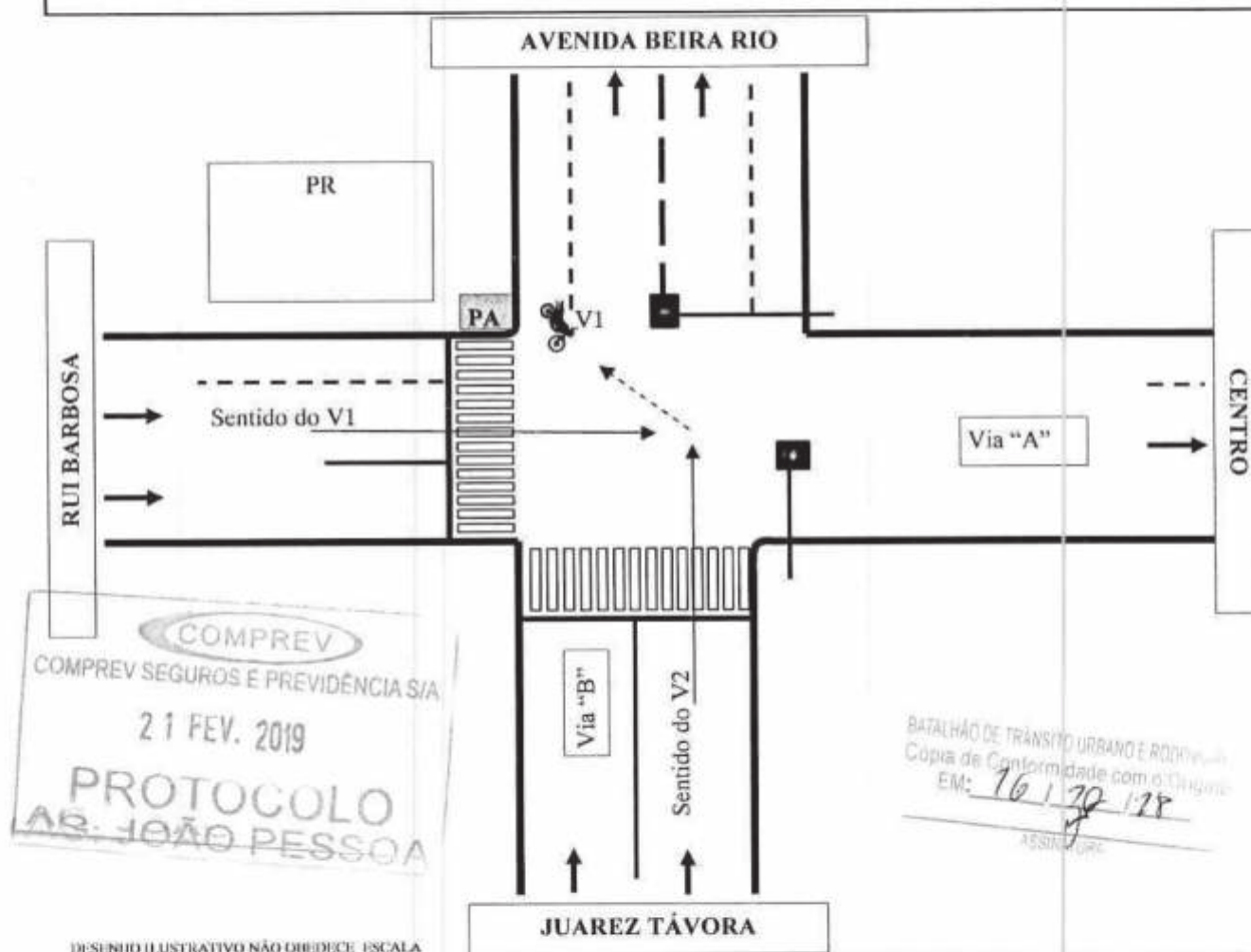
VIA "A" - Rua Carneiro da Cunha 12,00metros
VIA "B" - Rua Barão de Mamanguape 08,00metros

PR (Ponto de Referência) Mercado da Torre

PA (Ponto de Amarração) Guia do meio fio

V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Direito 01.40 e Traseiro Direito 00.80 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Retirado do local



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 16/02/2018
ASSINATURA

DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

AVARIAS



V1



V2

Rosinaldo Oliveira de Souza
Matr.: 519832-5
Rosinaldo Oliveira de Souza 3º Sgt PM
Responsável pelo Levantamento



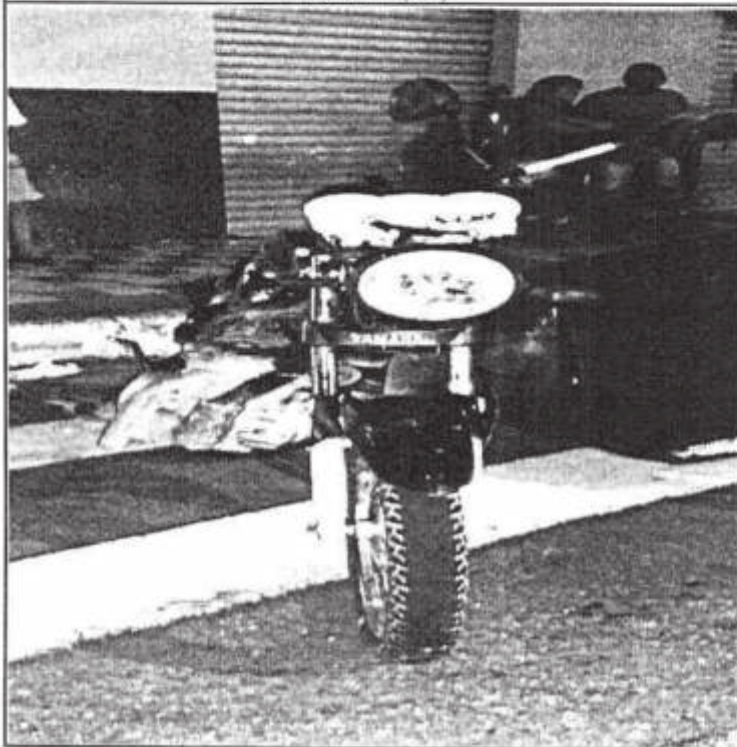
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0660/ 2018

FOTOS DO V1

FRENTE (V1)



TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 26/12/2018
ASSINATURA

Rosinaldo Oliveira de Souza
Matr.: 519892-5
Rosinaldo Oliveira de Souza 3º Sgt PM
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0660/ 2018

FOTOS DO V2

FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



COMPREV
2
PROT
de João
BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 16/10/18
ASS: [Signature]

Rosinaldo Oliveira de Souza
Matr.: 519892-5
Rosinaldo Oliveira de Souza 3º Sgt PM
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0660 - 2018

DANOS NO V1

Marca/Modelo:
Yamaha Factor

Placa:
QFT – 9399 PB

Responsável pelo Preenchimento:
3º SGT De Souza

Data:
11-09-2018

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro	x			05	Chassi	x		
02	Mesa superior da suspensão dianteira		x		06	Garfo traseiro		x	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		x		07	Eixo traseiro (triciclos)		x	
04	Coluna de direção		x		Total Geral (Sim + NA)			02	

Observações: DANO DE MÉDIA MONTA

AValiação POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0	-> DANO DE PEQUENA MONTA
Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4	-> DANO DE MÉDIA MONTA
Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4	-> DANO DE GRANDE MONTA

DANOS NO V2

Marca/Modelo:
VW Voyage

Placa:
OEV - 7993

Responsável pelo Preenchimento:
3º SGT De Souza

Data:
11-09-2018

AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Painel corta-fogo		x		12	Longarina traseira esquerda		x	
02	Longarina dianteira esquerda		x		13	Assoalho porta malas ou caçamba		x	
03	Caixa de roda dianteira esquerda		x		14	Longarina traseira direita		x	
04	Estrutura da soleira esquerda		x		15	Caixa de roda traseira direita		x	
05	Air Bags frontais		x		16	Estrutura da coluna traseira direita		x	
06	Air Bags laterais		x		17	Estrutura da soleira direita		x	
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda		x		18	Estrutura da coluna central direita		x	
08	Estrutura da coluna central esquerda		x		19	Estrutura da coluna dianteira direita		x	
09	Estrutura da coluna traseira esquerda		x		20	Assoalho central direito		x	
10	Caixa de roda traseira esquerda		x		21	Caixa de roda dianteira direita		x	
11	Assoalho central esquerdo		x		22	Longarina dianteira direita		x	
Total Geral (Sim + NA)							00		

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA

AValiação POR DANO:

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1	-> DANO DE PEQUENA MONTA
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6	-> DANO DE MÉDIA MONTA
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6	-> DANO DE GRANDE MONTA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
Cópia de conformidade com o Curriculo
EM: 16/09/2018
Assinatura

João Pessoa-PB, 26 de Setembro de 2018.

Rosinaldo Oliveira de Souza
Matr.: 519892-5

Rosinaldo Oliveira de Souza 3º Sgt PM
Responsável pelo Levantamento

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

21 FEV. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Profissão: Endereço: Número: Complemento: Bairro: Cidade: Estado: CEP: E-mail: Tel.(DDD):

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

REDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 199 do Código Penal.

Local e Data: Nome: CPF:

TESTEMUNHAS

1ª Nome: CPF:

Assinatura

2ª Nome: CPF:

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

21 FEV. 2019

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 809/026, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2191121, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA** idade 23 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 11/09/2018, na Av. Barão Mamanguape, Bairro: Torre - João Pessoa - aproximadamente às 19:40 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 13 de Setembro de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS* Registro: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROGERIO OLIVEIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01456

CONTA: 000000014609-3

Nr. da Autenticação 42D8443545B838A6