

Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **NELSON PEDRO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170611392**
Vitima: **NELSON PEDRO DA SILVA**
Data do Acidente: **28/03/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170611392**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 11987012



Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **NELSON PEDRO DA SILVA**

Sinistro: **3170611392**
Vítima: **NELSON PEDRO DA SILVA**
Data do Acidente: **28/03/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170611392** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2017

Carta nº: 12078069

A/C: NELSON PEDRO DA SILVA

Nº Sinistro: 3170611392
Vítima: NELSON PEDRO DA SILVA
Data do Acidente: 28/03/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

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: **NELSON PEDRO DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **237**

Agência: **000002340-0**

Conta: **0000012330-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



FORMULÁRIO 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, Nelson Pedro da Silva
 SEGURADOR(A) DO RG Nº 1.694.248 EXPEDIDO POR SSDS/RS EM 01/10/08 E
8.4.3.428944-68 (CNPJ) PROFISSÃO Padreiro
 RENDA MENSAL DE R\$ 2.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Nelson Pedro da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

A Lei nº 4.741/65, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a manter cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação, posses e informações acerca da profissão e da renda mensal.

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FACIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FACIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta, com documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 234 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2340 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 12330-4

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

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Assinatura em 05 de setembro de 2017 Nelson Pedro da Silva
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT-0800-0221704

ESPORTES JUNIOR/SCOPUS
JOSE JORGE MEZEZES C
RUA JOSEFA TAVIEIRA 27
MANGABEIRA I JOAO PESSOA PB

VLT: 0 15/10/2017 14:05
TERM 000001 LOJA 000000454000001

AUTE 5681

CORRESPONDENTE DO BANCO BRADESCO

==PROPOSTA DE PRE-ABERTURA DE CONTA==

AG. RELAC.: 00200 - B. MANGABEIRA-LAPES.
PACS : 102 - JUNIOR ESPORTES

AGENCIA : 02040-B. MANGABEIRA-LAPES.
CONTA : 0000000012330-7
NOME : NELSON PEDRO DA SILVA
DATA : 15/10/2017
MODALIDADE: 00

TIPO PESSOA: FISICA
TIPO CONTA : CONTA CORRENTE

NSU BANCO: 0282040355626
HORA : 15:05:23

SUBITO A CONFIRMACAO DO BANCO

OUBIDORIA BRADESCO
0880 727 9933

VIA DO CLIENTE





Boletim de ocorrência



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01756.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01756.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:21 horas do dia 21 de setembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **NELSON PEDRO DA SILVA**, CPF nº 873.728.944-68, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Maria José da Silva e Mário Pedro da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 08/09/1973 (44 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Manoel Emiliano Bezerra, Nº 157, complemento APTº 101, bairro Barra de Gramame, tendo como ponto de referência Final do Ponto de Ônibus do Parque do Sol, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98852-7523.

Dados do(s) Fatos:

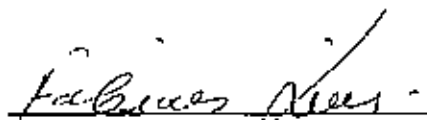
Local: Av. Flávio Ribeiro Coutinho, Próximo Ao Manaira Shopping, João Pessoa/PB, bairro Manaira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/03/17 11:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

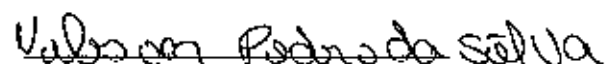
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/POP 100, COR PRETA, ANO 2011/2012, PLACA OEX0649/PB, CHASSI 9C2HB0210CR409416, REGISTRADA EM NOME DE GENILSON AZEVEDO PEREIRA, quando repentinamente uma CAMINHONETE BRANCA, não identificada, parou à sua frente para a passagem de uma senhora que atravessava a via, onde o noticiante não conseguiu frear e acabou colidindo na traseira da CAMINHONETE vindo a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1245/2017, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 29.08.2017, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido pelos BOMBEIROS; Que não deseja representar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 21 de setembro de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


NELSON PEDRO DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 01756.01.2017.1.00.420



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Nelson Pedro da Silva, portador da carteira de identidade nº 1694.148 e inscrito no CPF sob o nº 843.428.944-68 residente e domiciliado na Rua Manoel Emiliiano Bezerra, 157 Ap. 101 - Quamame, Cidade João Pessoa, Estado Pernambuco, 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.

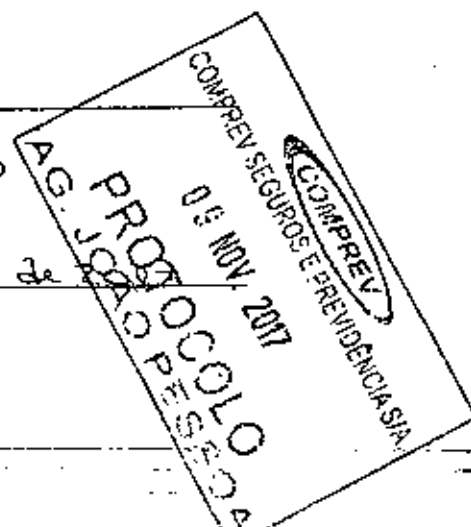
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Nelson Pedro da Silva

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

João Pessoa, 05 de outubro de 2017

Local e data



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 17371 Atcd: Nao Regula
Data: 28/03/2017
Hora: 12:12:45
Recepcionista: ANTONIA GADELHA LOURE
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: NELSON PEDRO DA SILVA

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1697148 Fone: 986984821

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 08/09/1973 Id: 43 ano(s)

End.: RUA MANOEL EMILIANO BEZERRA (LOT PRQ SOL), 57AP 101

Bairro: GRAMAME Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA JOSE DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PEDREIRO (FORA EXCECOES)

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: ESPOSA/ERIVANI LIMA DE LIMA MONTEIRO

Tel/Doc. Responsavel: 00000 / SEM DOCUMENTO: SD

End.: RUA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.03.004719

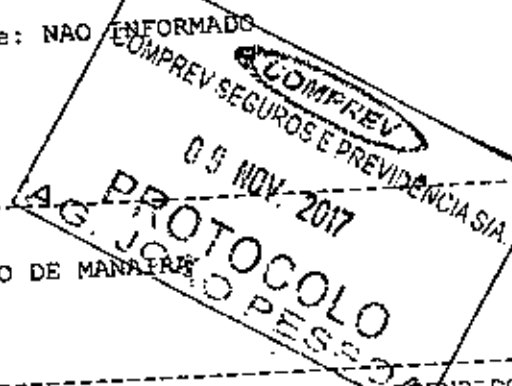
Comprovacao de ato declaratorio



Pai: MARIO PEDRO DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Escolaridade: NAO INFORMADO



Transporte utilizado: RESGATE DOS BOMBEIROS

Vitima de acidente por: COL.MOTO/CARRO AS 930H NO RETAO DE MANAIA

Vitima de violencia por: EM TRABALHO (AUTONOMO)

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: TMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem	☐ Grave
☐ Politraumatizado	☐ Convulsao
☐ Hemorragia	☐ Dispneia
☐ Diarreia	☐ Agitado
☐ Regular	☐ Chocado
☐ Vomito	

Observacao

ixa Principal

Paciente vítima de colisão lateral e moto
apresenta trauma em MMII e regis trauma

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Queda de moto. Ngr TCG. Rm de o MTD. ABDO: NUL

6. de - MTD.

Diagnostico

trauma de crânio

Conduta

1/ Rm Inul

2/ Rm de crânio

3/ Rm de crânio e coluna de Tm de crânio

Prescrição

Fratura de crânio de crânio

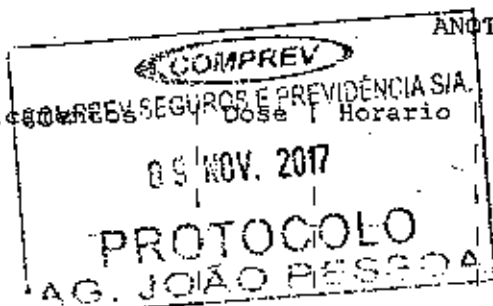
Horario da medicacao

1/ Rm de crânio

1/ Rm de crânio

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Qtdel | Medicamento | Dose | Horario | Evolucao | ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM



Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

07/12/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.531, 25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NELSON PEDRO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02340-0

CONTA: 000000012330-7

Nr. Autenticação

BRADESCO0712201705000000000023702340000000012330253125 PAGO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Nelson Pedro da Silva

RG nº 1.694.148, data de expedição 01/10/2008,

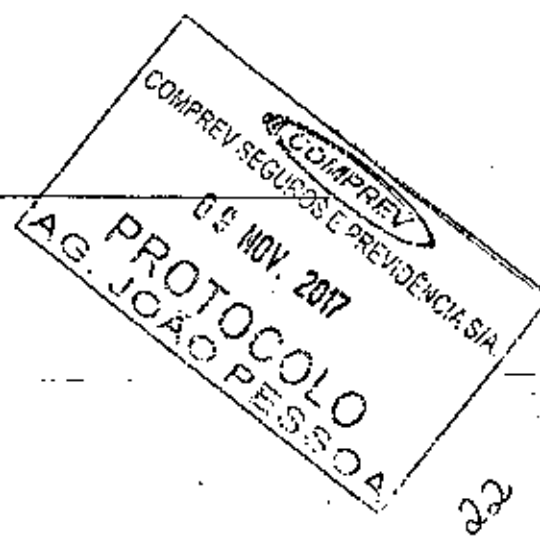
Órgão SSRSP/RS, CPF nº 843.178.944-68, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Manoel Emílio Bezerra</u>
Número	<u>154</u>
Aptº / Complemento	<u>Ap. 101</u>
Bairro	<u>Gramma</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58000-000</u>
Telefone de contato	<u>(83) 3512-8500 / 99367-1170</u>
E-mail	<u>alexandra.cavalcante@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa / RS 05/10/2017

Nelson Pedro da Silva
Assinatura do Declarante



Exercise

SERGIUS PARULI, D. F. RESUMU DE ENERGIJA
X-28 - Cita: R. 1988, J. 1988, P. 9 - CEP 5001-688
CNP 000000 100/0001-40 - 1988, E. 150/1502-1

* 2014년 12월 15일 기준
 * 2014년 12월 15일 기준

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
-------------------	--------------	----------------------------------	-----------------

Jul / 2017	27/07/2017	29/08/2017	87372894468
------------	------------	------------	-------------

UC (Unidade Consumidora): 5/1650073-8

Canal de contata

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
----------	-------	-----------	---------	------

Date	Leisure	Date	Leisure
25/06/17	2552	27/07/17	7634
			142
			29

CD	Descrição	Quantidade	Preço Unit.	Valor Base Calc.	Alíq. ICMS(%)	Base Calc. PIS(%)	Cofre(%)
				ICMS Total(=QTD*%ICMS)	ICMS(=VBC*%ICMS)	PIS(=VBC*%PIS)	Cofre(=VBC*%COFRE)
0001	Consumo: 300Watts-GR	30,000	0,213000	6,39	8,41	27	1,73
0002	Consumo: 31 e 100Watts-GR	70,000	0,386300	27,04	28,84	27	5,92
0003	Consumo: 101 e 220Watts-GR	42,000	0,564970	23,81	23,87	27	6,27
0004	Adm. E. Armazen.	2,49	2,63	27	0,67	2,63	0,71
0010	Subtotal			35,47	35,47	27	8,85

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	TOTAL	VALOR UNITÁRIO	TOTAL	VALOR UNITÁRIO	TOTAL
CONTRIBUIÇÃO PARA O FÚTEBOL	2,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
JUROS DE MORA 05/2017	1,74	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MULTA 05/2017	3,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PARCELAMENTO DE DÉBITO	25,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesa Substida	24,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CGC Caddo de Chavagnac de l'hem	TOTAL:	112.22	34.01	26.28	34.21	0.75	34.33
---------------------------------	--------	--------	-------	-------	-------	------	-------

255	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
	03/08/2017	R\$ 112,22

Histórico de Consumo (kWh)

227	221	233	756	227	229	400	0	202	194	169	359
June17	May17	April17	Mar17	Feb17	Jan17	Oct16	Nov16	Oct15	Sept16	April16	June16

abc5.1ed4.90f5.9530.178e.c0f8.5062.ebac

[illegible]

ATENÇÃO

• **REVISÃO:** Caso a [situação] acima mencionada não tenha sido devidamente resolvida, a mesma poderá ser suscitada por parte de: **INSPETORADO DE RECURSOS 414/ANEL**. O requerimento deve ser depositado em uma das 2077 Subestações de Transformação, e o mesmo não será encaminhado com as demais páginas, restando na Unidade consumidora o caso mencionado. Caso existam fatos emendas para, desconstituir essa manifestação.

ESTE PRAZO NÃO VÁLIO PARA AS FATURAS JÁ REVISADAS. Uma vez a suspensão de fornecimento não poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 30 (trinta) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.

• **Atua sobre a situação** em decorrência do protocolo no endereço de atendimento.

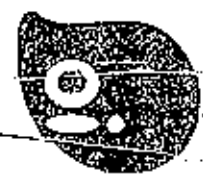
• Sua unidade faturadora como: **Baixa Renda**, sendo um desconto de **R\$24,00**.

• **Letras confirmadas**

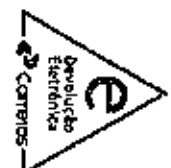
Faktoren des Scheiterns

05/07/2017 154,8
05/01/2017 312,6

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
03 NOV. 2017
PROTOCOLO
Pessoa



CTC RECIFE PE PL12
JOSE EDUARDO DA SILVA
AV MARIA ROSA 93
MANAIRA
58038-460 - JOAO PESSOA - PB



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
09 NOV. 2017
PROTOCOLO
A.G. JOAO PESSOA



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE EDUARDO DA SILVA, portador(a) do RG nº 1054562, expedido por SSP/PB, em 29 / 03 / 1984, CPF/CNPJ nº 455.536.024-91,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Nelson Pereira da Silva do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima Nelson Pereira da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSOU

Renda Mensal: R\$ RECUSOU

Documentos comprobatórios: RECUSOU

[Assinatura]

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Documentação médica - hospitalar



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

CERTIDÃO

Nº. 1245/2017

Atendendo solicitação de EVANDRO G DO NASCIMENTO 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 17371 e Prontuário nº 2017.03.004719 pertencentes a **NELSON PEDRO DA SILVA**, que foi atendido dia 28/03/2017 às 12H12min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em membros inferiores e região torácica.

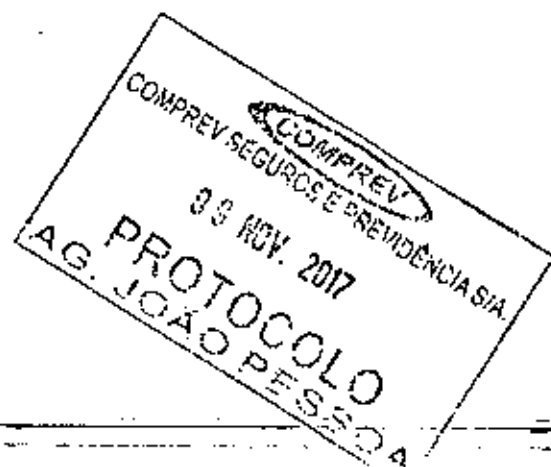
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de tíbia direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 18/04/2017 com alta médica dia 26/04/2017.

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

João Pessoa, 29 de agosto de 2017

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





Nome: Nelson Resina de Silva				Registro:	
Idade: 73 anos	Sexo: Masculino	Cor:	Clinica: Otorrinolaringologia	EMP:	LR:
Data: 08-08-17	Cirurgião: Dr. Nivaldo			1º Assistente: Dr. Emerson (A.O.)	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário:	I: T:
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
Fratura exposta das bases da					
Perna (D)					
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
A mesma.					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
Fixação Aleve + Fibra					
<u>Extrema</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico			1 () Sim 2 (☒) Não	Descreva:	
Biópsia de Congelação:			1 () Sim 2 (☒) Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (☒) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal
 Mergulhada sobre Assento.
 - Asepsia e Antissepsia
 - Aposição de curativos cirúrgicos

Incisão:

Achados:

Visualização direta do defeito em forma de (D)

Conduta:

- Lavagem com S.F. 0,9% de forma abundante na face de Fato
 - Redução algébrica da ferida
 - Fixação da pele com Fios de
 G-6 com fio de seda
 - Sutura da Plana
 - Curativo

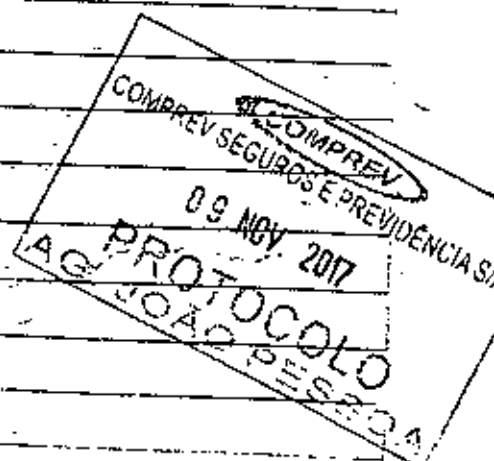
Fechamento:

OBS:

Data: 28/03/14

Dr. Enes P. Bessa Neto
 MÉDICO
 CRM - RN 8498

MÉDICO/CRM





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PB		Nº 9167911173	
31111690143			
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO			
PRT 20110000315394-0			
VIA	SCOD. RENAVAM	RNTRO	
1	35282795-5	00/00000000	
NOME/ENDEÇO			
GENILSON AZEVEDO PEREIRA			
RUA ANTONIO JOSE MOREIRA 111			
V FIGUEIREDO			
58064737 JOAO PESSOA-PB			
CPF/CNPJ		PLACA	
10019681402		0EX0649/PB	
NOME ANTERIOR			
NOVO RIMO MOTORES, PECAS, LTDA			
PLACA ANT. JOE	LCMAGEI		
NOVO	PB	9C2HB0210CR409416	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PAS/MOTOCICLE/NAO-APLIC		GASOLINA	
MARCA/MODELO		ANO FAB - ANO MOD	
HONDA/POP100		2011 2012	
CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2 P/97 /CI	PARTIC	PRETA	
OBSERVAÇÕES			
A.F. BV. FINANCEIRA S.A.			
N. Motor HB0ZE1C409416 0			
JOAO PESSOA-PB LOCAL		DATA	
32280		05/10/2011	
7003781			

COMPREV
COMPREV S/A - PREVIDENCIA S/A
05 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



DECLARAÇÃO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Eu, Nelson Pedro da Silva
brasileiro, deparado, portador do RG de Nº
1.697.148 e CPF de Nº 873.728.944-68, vítima de acidente de
transito dia 28/03/17 no veículo moto de placa
OEX 0649, onde eu era condutor, de propriedade
de Germilson Azevedo Pereira, VENHO aqui informar
a SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT que não posso atender a
DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE VEÍCULO solicitada pela SEGURADORA LÍDER por
um destes motivos abaixo marcado.

() o proprietário do veículo se recusou assinar a DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE
VEÍCULO

(x) o proprietário do veículo não foi localizado.

Portanto, eu assino abaixo esta declaração me dispondo à
seguradora LÍDER por qualquer informação, e desde já peço que continue a análise do
meu processo de DPVAT INVALIDEZ pois eu não posso ser prejudicado por
um destes motivos acima.

Nelson Pedro da Silva
DECLARANTE / VÍTIMA / BENEFICIÁRIO

João Pessoa - PB, 05 de outubro de 2017



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0433421/17
Vítima: NELSON PEDRO DA SILVA
CPF: 873.728.944-68

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 28/03/2017
Titular do CPF: NELSON PEDRO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

NELSON PEDRO DA SILVA : 873.728.944-68

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/11/2017
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF/CNPJ: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/11/2017
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170611392 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NELSON PEDRO DA SILVA **Data do acidente:** 28/03/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: DEFICIT FUNCIONAL

Sequelas permanentes: DEBILIDADE MODERADA DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: MEMBRO INFERIOR 50%

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 inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JORGE DA SILVA MOTTA

CRM do médico: 52.31398-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Jorge da Silva Motta

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170611392 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NELSON PEDRO DA SILVA **Data do acidente:** 28/03/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA ABERTA DE TÍBIA DIREITA

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA NA FACE INTERNA DO TERÇO PROXIMAL DA PERNA E JOELHO DIREITO, LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO O IMPOSSIBILITANDO DE AGACHAR. APRESENTA TAMBÉM INSTABILIDADE ARTICULAR COM MARCHA CLAUDICANTE. RECLAMA DE DOR LOMBAR.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO EXTERNA. POSTERIORMENTE REALIZADA A OSTEOSÍNTESE COM HASTE INTRAMEDULAR E FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/12/2017

Conduta mantida:

Observações: LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO JOELHO DIREITO.

Médico examinador: Joao Fernandes de Souza

CRM do médico: 2732

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: SIMONE CUNHA SANCHES

CRM do médico: 5271743-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nelson Pedro da Silva
 brasileiro(a), estado civil separado, profissão
pedreiro, CI RG nº 1.697. K8
 CPF/MF nº 873.728.944-68, residente e domiciliado(a) à Rua
Manoel Antônio Bizarra, 154/Ap 101 - Gramma
 Cidade de João Pessoa Estado
Paraíba CEP: 58000-000
 (83) 3512-8500, 99342-1140 telefone

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.824-91 e
 RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, 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, 05 de setembro de 20 17.

OFÍCIO
NOTARIAL

Nelson Pedro da Silva

OUTORGANTE

CARTÓRIO CELEIDA
 1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
 CONDOMÍNIO DA CAPITAL
 RECONHEÇO Por Autenticidade a firma de NELSON PEDRO DA SILVA, C468327, J. Pessoa-PB, 08/10/2017 11:21:23 Enol
 R99.23 Farten:R40.27 Fept:R41-B5, ISS:R80.46. Em test da
 verdade, Tabela CELEIDA 00510 FEFELDA SILVA, Selo
 Digital #7031820-P837-00510 FEFELDA SILVA
 https://selosbrasil.org.br/verificador/7031820-P837-00510 FEFELDA SILVA

**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): **NELSON PEDRO DA SILVA** Sinistro: **3170611392** Data: **28/03/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Manoel Emiliano Bezerra, 157, AP 101 - Gramame - João Pessoa - PB - CEP 58067-340**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **1697148**

Data local do exame: [**04/12/2017**] **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)
FRATURA ABERTA DE TÍBIA DIREITA. VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA NA FACE INTERNA DO TERÇO PROXIMAL DA PERNA E JOELHO DIREITO, LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO O IMPOSSIBILITANDO DE AGACHAR. APRESENTA TAMBÉM INSTABILIDADE ARTICULAR COM MARCHA CLAUDICANTE. RECLAMA DE DOR LOMBAR.

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? [**X**] 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? [**X**] 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.
VÍTIMA TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO EXTERNA. POSTERIORMENTE REALIZADA A OSTEOSÍNTESE COM HASTE INTRAMEDULAR E FISIOTERAPIA.

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

Limitação funcional do joelho direito

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"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):
Joelho direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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.

LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO JOELHO DIREITO.



Joao Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB