

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190138886

Vítima: ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

Data do Acidente: 31/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALDO CESAR MARTINS 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.**

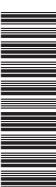
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190138886

Vítima: ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

Data do Acidente: 31/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190138886

Vítima: ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

Data do Acidente: 31/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência

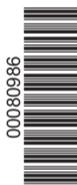
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190138886

Vítima: ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

Data do Acidente: 31/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

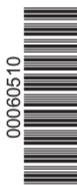
Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190138886 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALDO CESAR MARTINS DA SILVA **Data do acidente:** 31/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

026.357.234-00

Nome completo da vítima

Aldo Cesar Martins da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Endereço

Bairro

Email

CPF titular da conta

026.357.234-00

Profissão

Itic de Panificação

Número

119

Complemento



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01344.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01344.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 15:22 horas do dia 17 de julho de 2018, 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 **Aldo Cesar Martins da Silva**, CPF nº 026.357.234-00, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Técnico de Panificação, filho(a) de Maria do Socorro de Carvalho e Agenor Martins da Silva, natural de Ares/RN, nascido(a) em 23/03/1979 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Santa Rita, Nº 119, bairro São Bento, tendo como ponto de referência Mercadinho Varejão Mini Preço, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98623-4218.

Dados do(s) Fatos:

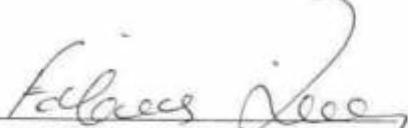
Local: Rua Rodrigues de Aquino X Av. Marechal Almeida Barreto, Perto do Fórum Criminal, João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 31/01/18 06:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG 160 FAN ESDI, PRETA, 2016/2016, PLACA QFN2675/PB, CHASSI 9C2KC2200GR127826, registrada em nome do noticiante, pela Av. Marechal Almeida Barreto quando ao passar pelo cruzamento com a Rua Rodrigues de Aquino foi atingido na lateral direita por um CARRO CORSA SEDAN, PRATA, PLACA NÃO IDENTIFICADA, o qual avançou o sinal vermelho; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0861/2018, EXPEDIDA PELA DR^a ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 19.06.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira; Que após o acidente foi socorrido para o Hospital de Trauma, sendo transferido para o Complexo Hospitalar de Mangabeira; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 17 de julho de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação


ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

Noticiante



Procedimento Policial: 01344.01.2018.1.00.420



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01344.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01344.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:22 horas do dia 17 de julho de 2018, 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 **Aldo Cesar Martins da Silva**, CPF nº 026.357.234-00, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Técnico de Panificação, filho(a) de Maria do Socorro de Carvalho e Agenor Martins da Silva, natural de Ares/RN, nascido(a) em 23/03/1979 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Santa Rita, Nº 119, bairro São Bento, tendo como ponto de referência Mercadinho Varejão Mini Preço, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98623-4218.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Rodrigues de Aquino X Av. Marechal Almeida Barreto, Perto do Fórum Criminal, João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 31/01/18 06:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG 160 FAN ESDI, PRETA, 2016/2016, PLACA QFN2675/PB, CHASSI 9C2KC2200GR127826, registrada em nome do noticiante, pela Av. Marechal Almeida Barreto quando ao passar pelo cruzamento com a Rua Rodrigues de Aquino foi atingido na lateral direita por um CARRO CORSA SEDAN, PRATA, PLACA NÃO IDENTIFICADA, o qual avançou o sinal vermelho; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0861/2018, EXPEDIDA PELA DR^a ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 19.06.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira; Que após o acidente foi socorrido para o Hospital de Trauma, sendo transferido para o Complexo Hospitalar de Mangabeira; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 17 de julho de 2018.

FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação

ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

Noticiante



Procedimento Policial: 01344.01.2018.1.00.420

Matrícula do dele gado
e Agente de investigação
Nº da Ocorrência
Polícia Civil
Cód.
Assinatura da
agente de investigação

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01344.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 01344.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 15:22 horas do dia 17 de julho de 2018, 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 Investigacao, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu Aldo Cesar Martins da Silva, CPF nº 026.357.234-00, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Técnico de Panificação, filho(a) de Maria do Socorro de Carvalho e Agenor Martins da Silva, natural de Ares/RN, nascido(a) em 23/03/1979 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Santa Rita, Nº 119, bairro São Bento, tendo como ponto de referência Mercadinho Varejão Mini Preço, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98623-4218.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Rodrigues de Aquino X Av. Marechal Almeida Barreto, Perto do Fórum Criminal, João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 31/01/18 06:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG 160 FAN ESDI, PRETA, 2016/2016, PLACA QFN2675/PB, CHASSI 9C2KC2200GR127826, registrada em nome do noticiante, pela Av. Marechal Almeida Barreto quando ao passar pelo cruzamento com a Rua Rodrigues de Aquino foi atingido na lateral direita por um CARRO CORSA SEDAN, PRATA, PLACA NÃO IDENTIFICADA, o qual avançou o sinal vermelho; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO N° 0861/2018, EXPEDIDA PELA DR^a ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 19.06.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira; Que após o acidente foi socorrido para o Hospital de Trauma, sendo transferido para o Complexo Hospitalar de Mangabeira; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 17 de julho de 2018.

FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigacao

ALDO CESAR MARTINS DA SILVA
Noticiante

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
20 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Jaldo Cesar M. da Silva

CPF da Vítima

026.357.234-00

Data do Acidente

31/01/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Jaldo Cesar M. da Silva

Local e Data

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
20 AGU. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

TURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
JOAO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
GENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
84 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1930

Ficha Nr: 99040 Atd: Nat
Data: 31/01/2018
Hora: 14:57:40
Repcionista: NARJARA DOS SANTOS AL
Clinica: CIRURGICA

CNEJ:

DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

Num. Prontuario: 2018.01.004408

SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2073051 Fone: 986234218
al: AREZ/RN Data Nasc.: 23/03/1979 Id: 38 ano(s)

AVENIDA SANTA RITA, 119

SAO BENTO Cidade: BAYEUX UF: PB

MARIA DO SOCORRO DE CARVALHO

Pai: AGENOR MARTINS DA SILVA

SEM INFORMACAO Etn.a: SEM INFORMACAO

cão: TECNICO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

MACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

Doc. Responsavel: 986234218 / IDENTIDADE: 2073051

Rua

Lizado: VEICULO PROPRIO

sport:

COL. CARROXMOTO

Incidente por:

AS 06:50

violencia por: NO CENTRO DE JP/ A CAMINHO DO TRABALHO
aso Policial

ONSUL:

de Classificacao de Risco: AMARELO

CONDICoes DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Altura:

[] Hemorragia [] Dispineia

mia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Abd:

O2%:

[X] Regular [] Chocado

Principal

[] Vomito

ANTE ENCAMINHADO DO TRAUMA COM FRATURA
TA DE TORNOZELO DIREITO

Observacao

ria - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Sentece nivens de audi de mala eim

futur em termeylo

ostico Relebraum.

I Conduta

Rx
ortefidia

COMPREV
20 AGU. 2018

ricos # 01009/18

I Horario da medicacao

31/01/18 → 16:30



FESTUM ex festa de 1120 11 + 98

Mr. Frederico Bonfiteau

COMPREV PREVIDENCIA S/A
PROTÓCOLO
JOAO PESSOA
600 MR STONE

Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Hospital # 340118 15:00
Paciente com York & prof. esperte
~~10 mg/dia, em~~ ~~metida nos~~ ~~meses~~

icamentos | Dose | Horario | Evolucao

Mrs de Ghislain Guallo de feste

Q. do Bo Geral Orgao, pris. da vda
do Mecanico e introducao da
Anestesia. ~~nos~~ feito no

assinatura da Enfermagem

MENTO REALIZADO

O DO PACIENTE

sidencia

[] Transferido

ta a pedido

[] Enfermaria

[] Desistencia

Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 AGO. 2018

Assinatura e Carimbo do Medico

D. Aldo Ferreira Martins da Silva

natura do Paciente/Responsavel

PROTÓCOLO
AO PESSOA



CTC RECIFE PE PL7

ALDO C M D SILVA
AVEN SANTA RITA 119
SAO BENTO
58305-090 BAYEUX PB



7211050330020690000001303430000418

Vencimento:
20/12/18
Positivo:
39.74,18
DNI:037715

Titular: ALDO C M D SILVA
Cartão: XXXX.XXXX.XXXX.X110

Vencimento	Saldo a Pagar R\$	Parcelamento de Fatura até o Vencimento
20/12/18	39.74,18	15x de R\$ 56,10

Outras opções de
Parcelamento de Fatura
até o Vencimento
folhaunexa.com.br

Parcelamento Automático Ante-
Após o Vencimento
Pague qualquer valor igual ou acima de
R\$ 56,10

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA SIA
23 AGO. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PÁGINA 1/2

Fatura Mensal

RCHLO | **MIDWAY**
RJACHUELO FINANCIERA



Résumo das Despesas - R\$

Saldo Anterior	11,80
• Pagamentos/Créditos	21,80
• Encargos	0,00
• Despesas/Débitos no Brasil	31,20
• Despesas/Débitos no exterior	1,00
• Saldo desta Fatura	31,20

Caso você possua opção de parcelamento automático, pague qualquer valor acima da opção da parcela clara no BOX DE PARCELA/INTO AUTOMÁTICO que a diferença será parcelada com juros em até 15x R\$ 56,10 com valor de parcela mínima de R\$ 5,00. Essa opção é válida até 15 dias após o vencimento. Encargos por atraso e IGF referente ao período, serão核算ados no cálculo do financiamento.

Multa contratual por atraso será debitada da integralmente na próxima fatura.

CERTIDÃO

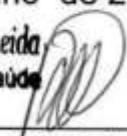
Nº. 0861/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 99040 e Prontuário nº 2018.01.004136, pertencentes a **ALDO CESAR MARTINS DA SILVA** que foi atendido dia 31/01/2018 ás 14H57min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em tornozelo direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do tornozelo direito. Feito limpeza e imobilização.

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

João Pessoa, 19 de junho de 2018


Rosangela M. Escorel Almeida

Médica da Vigilância à Saúde

CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



TURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

EXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

*GENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

*84 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1930

CNE J:

Ficha Nr: 99040

Atd: Nac

Data: 31/01/2018

Hora: 14:57:40

Recepçionista: NARJARA DOS SANTOS AL

Clinica: CIRURGICA

DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

Num. Prontuario: 2018.01.004408

SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2073051 Fone: 986234218

al: AREZ/RN Data Nasc.: 23/03/1979 Id: 38 ano(s)

AVENIDA SANTA RITA, 119

o: SAO BENTO Cidade: BAYEUX UF :PE

Pai: AGENOR MARTINS DA SILVA

MARIA DO SOCORRO DE CARVALHO

SEM INFORMACAO Etn-a: SEM INFORMACAO

ção: TECNICO SEM ESPECIFICACAO Estado Civil: NAO INFORMADO

MACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

Doc. Responsavel: 986234218 / IDENTIDADE: 2073051

cias, RUA

zado: VEICULO PROPRIO

sportes: COL. CARRO X MOTO

incidente por: AS 06:50

violencia por: NO CENTRO DE JP/ A CAMINHO DO TRABALHO

liso Policial

ONSUL:

de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICoes DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Altura:

[] Hemorragia [] Dispineia

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Abd:

[X] Regular [] Chocado

O2%:

[] Vomito

Observacao

na Principal

ANTE ENCAMINHADO DO TRAUMA COM FRATURA
TA DE TORNOZELO DIREITO

ria - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente veio com de queira de meter cima

fumar em termos de

ostico Relevo.

Conduta

Rx
Ortopedia
Nao do sangue

medicacao # ONTOLOGIA

Horario da medicacao

31/01/18 → 16:30

FATIGA (x 200) de 100% a 98%

Mr. Frederico Bonfiteau

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 Agu. 2018

PROTÓCOLO

JOAO PESSOA

6/0 Mr. Frederico

Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Hospital # 30018 # 13:30
Paciente com York & prof. espécie
~~Tempo de internação~~ ~~data~~ ~~hora~~ ~~g.~~

icamentos | Dose | Horário | Evolução

Mrs. Maria Lúcia de Souza

Dr. Ro Góes Organ, Pró. em cada
m. Molesto e intrusão de Dr.
Antônio. ~~mas~~ feito note

assinatura da Enfermagem

ASSINATURA REALIZADO

O DO PACIENTE

sidencia [] Transferido
na a pedido [] Enfermaria

[] Desistência

Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

COMPRAZ PREVIDENCIA S/A

20 AGO. 2018

Assinatura e Carimbo do Médico

D. Aldo Ferreira Martins da Silva

Natura do Paciente/Responsável

PROTÓCOLO
ASSINATURA PESSOA



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Aryo Cesar Martins Data da Admissão: 31/01/17
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: _____ / / _____
QPD: do + fermeur su tnt dn. hyl -
HDA: _____

Medicações em uso: _____

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
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []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-reposo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco 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: _____ *Frat de TM dia*

Conduta: _____ *Internar pt com urgencia eletriva.*



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



CERTIDÃO

Nº. 0861/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 99040 e Prontuário nº 2018.01.004136, pertencentes a **ALDO CESAR MARTINS DA SILVA** que foi atendido dia 31/01/2018 ás 14H57min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em tornozelo direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do tornozelo direito. Feito limpeza e imobilização.

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

João Pessoa, 19 de junho de 2018


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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Hospital # 340118 15:00
Paciente com York & prof. esperte
~~10 mg/dia, em~~ ~~metida nos~~ ~~anos q~~

icamentos | Dose | Horario | Evolucao

Mrs de Ghislain Guallo de feste

Q. do Bo Geral Orgao, pris da ida
do medicamento e introducao da
Anestesia. ~~nos~~ feito no

assinatura da Enfermagem

MENTO REALIZADO

O DO PACIENTE

sidencia

[] Transferido

ta a pedido

[] Enfermaria

[] Desistencia

Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

COMPREV PREVIDENCIA S/A

20 AGO. 2018

Assinatura e Carimbo do Medico

D. Aldo Ferreira Martins da Silva

natura do Paciente/Responsavel

PROTÓCOLO
AO PESSOA



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Arun Cesar Martins Data da Admissão: 31/01/17
Pronutário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F M Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento / / _____
QPD: do + fermeur su pmt dn hgl -

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Súdorese
[]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 [] Soluço [] 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-reposo [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []JDM []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: _____

Conduta: _____



A rectangular stamp with a double-line border. Inside, the word "COMPREV" is written in a stylized font above the words "PREVIDÊNCIA S/A". Below this, the date "20 AGO. 2018" is stamped. At the bottom, it reads "PROTÓCOLO" and "AG. JOÃO PESSOA".

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB		Nº 013028284676	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA:	CDR. RENAVAM	01086647782	
	EXERCÍCIO:	2017	
1 01086647782	AC. PÓDIO 46300	2017	
ADME:			
AUX. CESS. HONDA CG 160 FAN ESDI			
CPF/CNPJ	PLACA		
02635723400	QFN2675/PB		
PLACA ANT./UF:	CHASSIS		
NOVO	PW 9C2KC2200GR127826		
ESPECIE/TIPO	COMBUSTÍVEL		
MAS/MOTOCICLETA/NAO APPLC	ALCO/GASOLINA		
MARCA / MODELO	ANO/FAB. / ANO MOD.		
HONDA/CG 160 FAN ESDI	2016 / 2015		
CAP / POT. CIL.	CATEGORIA		
2 P/162 /CI	PARTIC		
COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC. / COTAS	
I	00/00/0000	1*	
P	FAIXA I PVA.	PARCELAMENTO / COTAS	
V	*****	2*	
A	0	3*	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	*****	SEGURO P A G G	24/05/2017
OBSERVAÇÕES			
A.F ADM DE CONCE NACION HONDA LTDA			
BAYPUB - PB LOCAL	DATA		
210930	25/05/2017		
	379		

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013028284676 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
***** SAC DPVAT 0800 022 1204

SOLE	EXERCÍCIO	DATA DA EMISSÃO
	01086647782	25/05/2017
VIA:	CPF/CNPJ	PLACA
01086647782	02635723400	QFN2675/PB
RENAVAM	MARCA / MODELO	
01086647782	HONDA/CG 160 FAN ESDI	
ANO/FAB.	CAT. TARI	Nº CHASSIS
2016	9	9C2KC2200GR127826 01150
PRÉMIO TARIFÁRIO		
FMS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	VALOR PAGUE (R\$)
*****	SEGURO	P A G O
S	PAGAMENTO	24/05/2017
COTA UNICA	PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

37974-1442357-20170525



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0057919/19

Número do Sinistro: 3190138886

Vítima: ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

CPF: 026.357.234-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/01/2018

Titular do CPF: ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: ALDO CESAR MARTINS DA SILVA
CPF: 026.357.234-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALDO CESAR MARTINS DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA