



Número: **0822450-57.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOELSON DE LIMA COSTA (AUTOR)		FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34973818	01/10/2020 09:48	2754661_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOELSON DE LIMA COSTA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02105-9

CONTA: 000000024277-2

Nr. Autenticação

BRADESCO1012201805000000000023702105000000024277168750 PAGO



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boloto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - N° 008.188.509



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 09.095.183 / 0001-60 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
SEVERINA RODRIGUES LIMA RUA JAIME LACET 128 SANTARITA		5/122248-8		
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUL/2018	11/07/2018	149	18/07/2018	R\$ 102,57

Odilândia - Cap: 58.300 - 000 (Ag. 1)

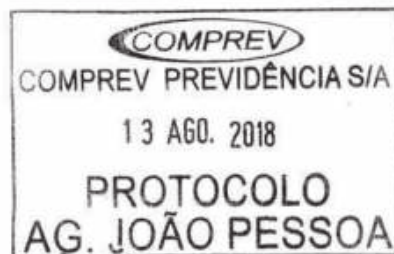
Acesse: www.energisa.com.br

Energisa
Luz, Imaginação, Realização

SEVERINA RODRIGUES LIMA
Roteiro: 04-009-872-4840
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 27/07/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
18/07/2018	R\$ 102,57	122248-2018-07-3

(83) 99811-5088.



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Billete para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : N° 008.823.581



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE
RUA FRANCISCO LEONADIO RIBEIRO COUTINHO 201 SL 208
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1082314-4

REFERÊNCIA

JUN/2018

APRESENTAÇÃO

26/06/2018

CONSUMO

150

VENCIMENTO

03/07/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 144,47

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Roteiro: 15-006-213-1150

83610000001-4 44470149000-5 10823142018-4 06100006019-6

VENCIMENTO

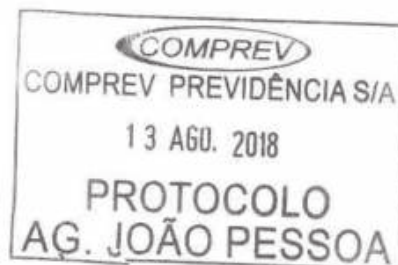
03/07/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 144,47

MATRÍCULA

1082314-2018-06-1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 09:48:33

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100109483331900000033427525>

Número do documento: 20100109483331900000033427525

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF**².

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.

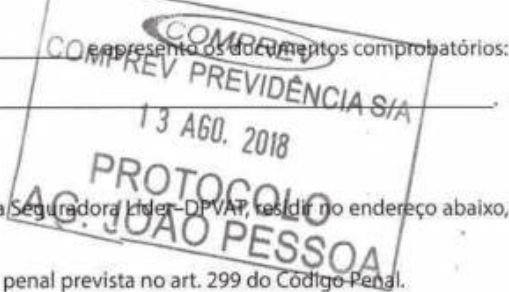
Pelo exposto, eu Daniela de Araújo Nogueira Leite inscrito (a) no CPF 029.469.164 / 31
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Pessoa de Lima Costa inscrito
(a) no CPF sob o Nº 064.060.484 / 66, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima
João Pessoa de Lima Costa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.060.484 / 66, 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 Francisco Leocádio Ribeiro Coutinho</u>		Número	<u>201</u>	Complemento	<u>51208</u>
Bairro	<u>Bura</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP
Email	<u>ludne.dpvat@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		
			<u>(83)99844-5088</u>	<u>(83)99844-5088</u>		

João Pessoa, 09 de Agosto de 2018
Local e Data

Daniela de Araújo Nogueira Leite
Assinatura do Declarante

DLR01.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

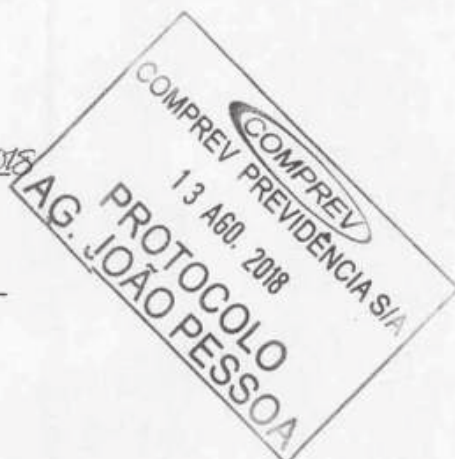
Eu, Rafael de Melo Carlos,
 RG nº 7.585.152, data de expedição 06/04/2018
 Órgão SSPIPB, portador do CPF nº 967.166.869-10 com
 domicílio na cidade de Santa Rita, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Jurema Lacerda, nº 40,
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Joelson de Lima Costa, cujo o condutor era
Joelson de Lima Costa.

Veículo: Pati motorcycle 150cc Apic.
 Modelo: Yamaha 15BR125 FACTOR K
 Ano: 2013/2014
 Placa: 0E+99131PB
 Chassi: 9CGKEJ970E0000339
 Data do Acidente: 11/03/2018
 Local e Data: João Pessoa, PB 09 de Agosto de 2018

Rafael de Melo Carlos
 Assinatura do Declarante

JOELSON DE LIMA COSTA

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



2º OFÍCIO DE NOTAS - REGISTRO DE IMÓVEIS
 SANTA RITA - PARAÍBA
 RUA TENENTE CARLOS DE ALMEIDA, 53 - CENTRO - SANTA RITA - PB - FONE (35) 3225-1402

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firms(s) de:.....
JOELSON DE LIMA COSTA
 Em test.da verdade. Santa Rita-PB 11/04/2018 09:42:55
 Alexandre Rolim Dantas - Escrevente
 [2018-001178]EMUL:R\$ 19,48 FARPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47
 SELO DIGITAL: AGP59283-EPSE
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Alexandre Rolim Dantas
 Escrevente Autorizado

2º OFÍCIO DE NOTAS - REGISTRO DE IMÓVEIS
 SANTA RITA - PARAÍBA
 RUA TENENTE CARLOS DE ALMEIDA, 53 - CENTRO - SANTA RITA - PB - FONE (35) 3225-1402

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firms(s) de:.....
RAFAEL DE MELO CARLOS
 Em test.da verdade. Santa Rita-PB 12/04/2018 10:45:34
 Alexandre Rolim Dantas - Escrevente
 [2018-001203]EMUL:R\$ 19,48 FARPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47
 SELO DIGITAL: AGP59347-SK04
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Alexandre Rolim Dantas
 Escrevente Autorizado



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Rafael de melo carlos,
RG nº 7.585.152 data de expedição 06/04/2018
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 967.566.869-10 com
domicílio na cidade de santa rita, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Jurema, nº 40,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Joelson de Lima Costa, cujo o condutor era
Joelson de Lima Costa.

Veículo: motocicleta / New April.

Modelo: Honda / CG 150 FANESI

Ano: 2012 / 2012

Placa: OTD 066 / PB

Chassi: 9C2KC3670CR602306

Data do Acidente: 11/03/2018

Local e Data: João Pessoa, PB 09 de Agosto de 2018

Rafael de melo carlos
Assinatura do Declarante

JOELSON DE LIMA COSTA
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



2º OFÍCIO DE NOTAS - REGISTRO DE IMÓVEIS
SANTA RITA - PARAIBA
RUA SUELI MOREIRA TORRES, 80 - CENTRO - SANTA RITA - PB - CEP: 58200-000

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firms(s) de:.....
JOELSON DE LIMA COSTA.....
Em test.da verdade. Santa Rita-PB 11/04/2018 09:42:55
Alexsandro Rolim Dantas - Escrevente
[2018-001178]JEMOL:R\$ 19,48 FARPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AGP59283-EPSE
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Alexsandro Rolim Dantas
Escrevente Autorizado

2º OFÍCIO DE NOTAS - REGISTRO DE IMÓVEIS
SANTA RITA - PARAIBA
RUA SUELI MOREIRA TORRES, 80 - CENTRO - SANTA RITA - PB - CEP: 58200-000

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firms(s) de:.....
RAFAEL DE MELO CARLOS.....
Em test.da verdade. Santa Rita-PB 12/04/2018 10:45:39
Alexsandro Rolim Dantas - Escrevente
[2018-001203]JEMOL:R\$ 19,48 FARPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AGP59347-SKB4
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Alexsandro Rolim Dantas
Escrevente Autorizado





102

CERTIDÃO

Nº. 0942/2018

Atendendo solicitação de **JOELSON DE LIMA COSTA** 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 Nº110432 e Prontuário de Nº 2018.03.001831, pertencentes ao requerente que foi atendido dia 12/03/2018 às 18H15min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo lateral direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 14/03/2018 com alta médica dia 16/03/2018.

E para constar eu, Rossana de Fátima de Araujo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 13 de Julho de 2018

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533



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: 110432 Atd: Nao Regul
Data: 12/03/2018
Hora: 18:15:18
Recepcionista: JUSSARA MANUELA BENT
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOELSON DE LIMA COSTA Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2018.03.001831

CNS: 206297535840000 Sexo: M IDENTIDADE: 2907599 Fone: 986252731

Natural: IGARASSU/PE Data Nasc.: 17/12/1985 Id: 32 ano(s)

End.: RUA IRMA MARIANA, 286

Bairro: VILA TIBIRI Cidade: SANTA RITA UF: PB

Mae: MARIA DA SOLEDADE DE LIMA COSTA

Pai: JOSE LUCIANO DA COSTA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: MOTORISTA (FORA EXCECOES)

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: O MESMO

Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Precedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO (CONDUTOR) ONTEM AS 16HS

Vitima de violencia por: *S.RITA-PROX.PROX. A BARRAGEM

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

COMPREV

PA: FR: COMPREV PREVIDENCIA S/A

FC: TP: 13 AGO. 2018

Peso: Altura: 13 AGO. 2018

Glicemia: IMC: PROTOCOLO

Circ. Abd: 02%: AG. JOAO PESSOA

Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

Q. DA DE MOTO HA 1 DIA COM TRAUMA EM MID
EN. MINHADO DA CENTRAL DE FRATURA

NEGA DESMAIO SIC

Historia Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Kto. Us. dose e dose 7/2 dias
após ac. de moto.*

Diagnostico *frat. de pededo pedul* | Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao

05/03/2018

*Dr. Tiago Bruna F. Pinheiro
Médico
CRM 10533-PB*

12 MAR 2018
*Dr. Tiago Bruna F. Pinheiro
Médico
CRM 10533-PB*



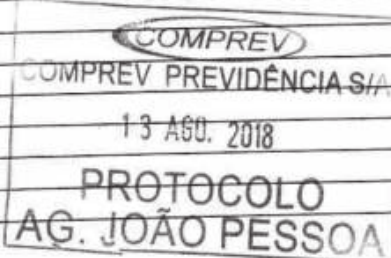


FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Joelson de Jesus Lemos Data da Admissão: 12/03/18
Prontuário: _____ Idade: 32 Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Religião: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Data de Nascimento: 1/1/
Escolaridade: _____

QPD: Doença EVTD após trauma

HDA: Pós-traumático do sistema digestivo apresentando: indigestão, hematemese e linf. de muc. em per. de 14 N. P.



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 ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematemese ☐ 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-reposu ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

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

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



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: _____

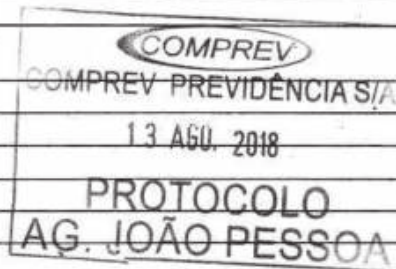
AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

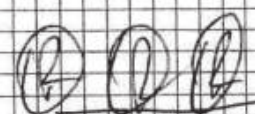
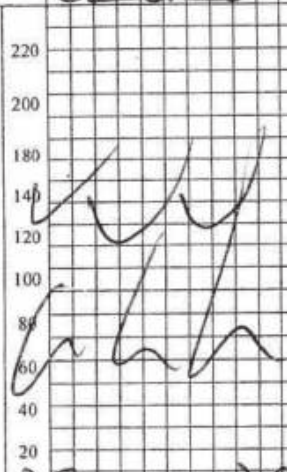
SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *Exat. fct. em todos med. lab.*Hipóteses Diagnósticas: *fct. de todos med. lab.*Conduta: *Interrog. p/ Hto limpo.**San. Baunat. Pichello*
16533-PB



FORMULÁRIO DE ANESTESIA

NOME	Joelson Lima Costa			DATA	14/05/18		
ESTADO CIVIL	Solt. <input type="checkbox"/> Cã. <input type="checkbox"/> Vuv. <input type="checkbox"/> Desq. <input type="checkbox"/>	SEXO	Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	COR	BR <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/>	PROFISSÃO	IDADE
ENDEREÇO	Av. (Rua)						
HOSPITAL	ORTOTRAUMA					CATEGORIA	825
AIH <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> MAT <input type="checkbox"/> COD <input type="checkbox"/> INSC <input type="checkbox"/> GIH <input type="checkbox"/> OUTRAS <input type="checkbox"/>	→						
DIAGNÓSTICOS	FRATURA TORAXICA						
OPERAÇÃO REALIZADA	TRATAMENTO CIRURGICO						
CIRURGIÃO	Dr. ODIRAN			AUXILIAR			
INÍCIO ANESTESIA	18:50		TÉRMINO DA ANESTESIA	19:40		DURAÇÃO DA ANESTESIA	50'
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			QUANT. DE US (PONTOS)			VALOR R\$	
ENCARREGADO ANESTESIA	CPE		CRM-PB	3664			

HORA	18:50						
AGENTE	ANESTESIA						
							
							
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO		RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGÜÍNO	
EST. GERAL	BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MAU <input type="checkbox"/> PÉSSIMO <input type="checkbox"/>			RISCO CIRÚRGICO	BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MAU <input type="checkbox"/> PÉSSIMO <input type="checkbox"/>		
EXAMES COMPLEMENTARES							
PRÉ ANESTÉSICO							
EXAMES COMPLEMENTARES							
ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/> RAQUIDIANA <input checked="" type="checkbox"/> EPIDURAL <input type="checkbox"/> BLOQ. PLEXO <input type="checkbox"/> BLOQ. NERVOS <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/>							
TÉCNICA							
PUNÇÃO L3/4, AGULHA 26 (DESCARTADA) LER-LIMPIO - 2 TENTATIVAS							
MEDICAMENTOS GASTOS NO ATO ANESTÉSICO							
1 BUPIVACAÍNA 0,5% - 3 ml (PESADA + FALSO) S. RINGER 1500 P							
2 MEOCAÍNA 0,5% - 3 ml (150)							
3 DILUENTE 0,08 ml							
4 CEFOTAZOLINA 2g 40 mg							
5 TENOXICAN 40 mg							
OBSERVAÇÕES							



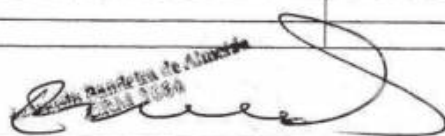
FICHA DE ADMISSÃO DA SRPA

Paciente: _____ Pront.: _____ Data: 14/03/18
 Hora da admissão: _____ Hora da alta: 21:00 Enfermeiro: _____
 PA. na admissão: _____ PA. na alta: _____ Téc. Enf.: _____

PARÂMETROS	PONTOS	ADMISSÃO	1 H	2 H	3 H
CONSCIÊNCIA					
ACORDADO	2	2	2	2	
RESPONDENDO AO CHAMADO	1				
NÃO RESPONDENDO	0				
RESPIRAÇÃO					
CAPACIDADE DE RESPIRAR PROFUNDAMENTE OU TOSSIR	2	2	2	2	
DISPNÉIA	1				
APNÉIA	0				
CIRCULAÇÃO					
PA VARIANDO ATÉ 20% DO NÍVEL HABITUAL	2	2	2	2	
PA VARIANDO DE 20% A 50% DO NÍVEL HABITUAL					
PA SUPERIOR A 50% DO NÍVEL HABITUAL	0				
ATIVIDADE MUSCULAR					
MOVIMENTO MUSCULAR DAS EXTREMIDADES	4				
MOVIMENTO MUSCULAR DE EXTREMIDADES	2				
AUSÊNCIA DE MOVIMENTO	0				
COLORAÇÃO DA PELE					
ROSADO, QUENTE	2	2	2	2	
PALIDO, TERROSO, ICTÉRICO	1				
CIANÓTICO	0				
TOTAL					

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 13 AGO. 2018
 PROTOCOLO 1
 AG. JOÃO PESSOA

INTERCORRÊNCIAS	MEDICAÇÃO	HORÁRIO	ASSINATURA


 Anestesiologista



Dr. Anuar Murad Filho

Clinica Médica

C.R.M-PB : 8.742

LAUDO MÉDICO :

O paciente Joelson de Lima Costa é portador do CID : S 82 + M 65 apresentando dor crônica, acompanhado de limitação nos movimentos flexão e extensão de tornozelo direito proveniente de fratura maléolo ocasionado por acidente de motocicleta. A lesão teve como seqüela uma limitação de 50 % dos movimentos do membro afetado.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

Segue em anexo :

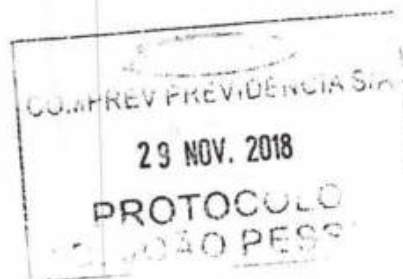
DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

12-11-2018

Dr. Anuar Murad Filho
Médico
CRM-PB 8742



Eco Medical Center Cartaxo (C.N.P.J : 29.955.582/0001-41)

Rua : Antônio Rabelo Júnior N - 170 (Miramar - João Pessoa) CEP : 58032-090



Dr. Anuar Murad Filho

Clínica Médica

C.R.M-PB : 8.742

Paciente: Joelson de Lima Costa

Data: 12-11-2018

Nascimento :1712-1985

ULTRASSONOGRRAFIA DO TORNOZELO DIREITO

- O estudo ecográfico do tornozelo evidencia tendão de Aquiles de calibre, contornos e textura normais.
- Face maleolar medial com tendões tibial posterior aumentado de calibre em sua porção maleolar e infra maleolar, com halo hipoeecóico de edema sinovial local.
- Tendões fibulares de configuração anatômica em sua porção maleolar
- Fásia plantar de espessura normal em sua inserção no calcâneo
- Ausência de sinais de rotura ou degeneração detectável ao método.
- Transição músculo tendinosa sem alterações ecográficas.

Conclusão:

TENOSSINOVITE DO TIBIAL POSTERIOR

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742



Eco Medical Center Cartaxo (C.N.P.J : 29.955.582/0001-41)

Rua : Antônio Rabelo Júnior N - 170 (Miramar - João Pessoa) CEP : 58032-090



JOELSON L. COSTA 2018Nov12 16:33

Paciente: Subrenome: JOELSON L. COSTA Exame: Tipo: M. (Mus.)

Nome: 2º nome: ID: Acesso:

Nascimento: 1988 / 12 / 17 AAAA MM DD 2ª Opinião: Médico: ANUAR

Sexo: Masculino Indicações: Instituição: ID depart: Usuário: Simples



COMPREV PREVIDENCIA S/A

23 NOV. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



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

NOME
JOSÉLSON DE LIMA COSTA

DOC. IDENTIDADE / C.R.S. EMISSOR UF
2907599 SSP PB

CPF
054.060.484-66 DATA NASCIMENTO
17/12/1985

PATRONO
JOSE LUCIANO DA COSTA
MARIA DA SOLEDADE DE LIMA COSTA

PERMISSÃO ACC. CATEG.
AD

Nº REGISTRO
05099634810 VALOR
21/06/2018 1ª HABILITAÇÃO
13/12/2010

EXERCE ATIV. REMUNERADA:

José de Lima Costa
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO
12/07/2013

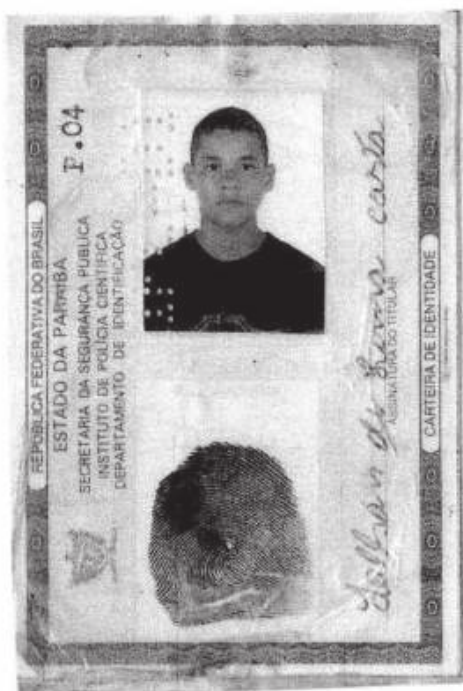
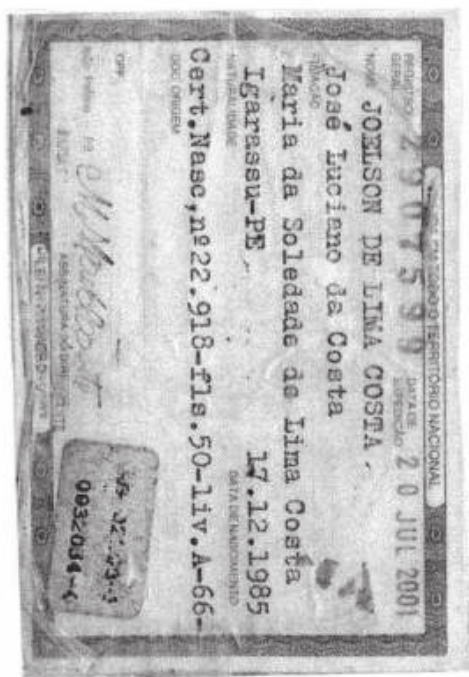
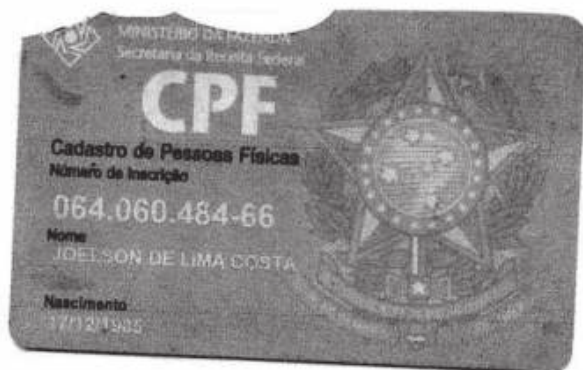
Rodrigo Carneiro
ASSINATURA DO EMISSOR 74716879171
PB026606194

DETRAN - PB (PDR - BA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
750774063

PROVEDOR PLACIFICAR
750774063





INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO			
		OFD6166	
		<input type="button" value="Imprimir Consulta"/>	
2018		Último Licenciamento: 2018	
RAFAEL MELO CAR		Proprietário: RAFAEL MELO CAR	
		Placa: OFD6166	
OFD6166		Combustível: ALCO/GASOL	
PASSA / MOTOCICLET	ALCO/GASOL	Marca/Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI	
HONDA/CG 150 FAN ESI	2012	2012	Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET
PARTICULAR VERMELHA		Ano de Fabricação: 2012	
31/08/2018		Ano Modelo: 2012	
		Categoria: PARTICULAR	
		Cor Predominante: VERMELHA	
		Vencimento Licenciamento: 31/08/2018	
		Observação:	
		Restrição: ALIENACAO FIDUCIARIA	
ALIENACAO FIDUCIARIA		Financeira: #####	
		Município: SANTA RITA	
		Situação: EM CIRCULACAO	
		Data da Consulta: 09/08/2018	
SANTA RITA	09/08/2018		



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180378612 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOELSON DE LIMA COSTA **Data do acidente:** 11/03/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



**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.

Número do Sinistro: **3180378612**

Nome do(a) Examinado(a): **JOELSON DE LIMA COSTA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA JAIME LACET, 128 - ODILANDIA - Santa Rita - PB - CEP 58919-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2907599**

Data e local do acidente: [**11/03/2018**]

Próximo Barragem Rabo do Pavão, Santa Rita-PB

Data e local do exame: [**05/12/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura de tornozelo direito (maléolo medial)

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

paciente refere dor e limitação de movimento no tornozelo direito. Diminuição de força e edema residual.

III. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Paciente com fratura de maléolo medial, submetido a tratamento cirúrgico com fixação interna de fratura com parafusos. Fez fisioterapia recebeu médica há 4 meses.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Paciente com edema residual +/- em tornozelo direito, limitação de movimento (flexão dorsal 0-10°, flexão plantar 0-20°, inversão 0-20°, eversão 0-10°), dificuldade de subir escadas. Dificuldade de caminhar em aclives e declives. Força diminuída (dor crônica).

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo 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

() "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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Douglas Michalane Pires Teixeira - CRM: 5336 - PB



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Comércios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0299288/18
Vítima: JOELSON DE LIMA COSTA
CPF: 064.060.484-66

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 11/03/2018
Titular do CPF: JOELSON DE LIMA COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Pecado Antao
3180 378612

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE : 021.762.164-31

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

JOELSON DE LIMA COSTA : 064.060.484-66

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: 16/08/2018
Nome: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE
CPF/CNPJ: 021.762.164-31

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/08/2018
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84




MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA





Sinistros

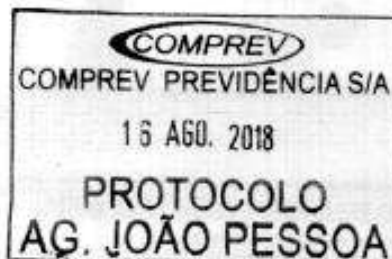
Detalhe de Sinistro

Sinistro Histórico

Data	Ação	Comentários	Visualizar
15/08/2018 15:20	Cancelar processo	Sinistro cancelado por DYONE MARTINS PEREIRA (SOMPO SEGUROS S/A) devido a inconsistência de campos chave.	
15/08/2018 09:22	Distribuir	MARCUS VINICIUS PEREIRA REIS (SOMPO SEGUROS S/A) encaminhou a regulação do sinistro para DYONE MARTINS PEREIRA.	
14/08/2018 22:34	Carga realizada	O usuário Serviço Tasker () informou que os documentos digitalizados do sinistro encontram-se disponíveis.	
14/08/2018 17:02	Emissão de protocolo	O usuário Usuário DigProprio () informou que recebeu os documentos da remessa. Aviso Seguradora Líder de Invalidez registrado por: Usuário: MARCELA DO CARMO DE LIMA Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A Dependência: Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB (0111) ASL-0295316/18	
13/08/2018 16:40	Aviso Seguradora Líder	Dados da vítima Vítima: JOELSON DE LIMA COSTA CPF: 06406048456 CPF de: Próprio Titular do CPF: JOELSON DE LIMA COSTA Data de nascimento: 17/12/1985 Data do sinistro: 13/03/2018	  

 Exibir Documentos

 Cancelar




Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 09:48:33

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100109483331900000033427525>

Número do documento: 20100109483331900000033427525

Num. 34973818 - Pág. 23

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0299288/18

Número do Sinistro: 3180378612

Vítima: JOELSON DE LIMA COSTA

Data do acidente: 11/03/2018

CPF: 064.060.484-66

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOELSON DE LIMA COSTA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

Outros

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 cancela 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: 14/09/2018
Nome: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE
CPF: 021.762.164-31

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/09/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOELSON DE LIMA COSTA
Nacionalidade: Brasileiro (a) Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: MOTORISTA
Identidade: 2907599 CPF: 064 060 484 66
Endereço: RUA JAIRO LACET, 128,
Delimônia, Santa-Rita, Paraíba, CEP: 58200-000

OUTORGADO:

Nome: Danilo de Araújo Nobre Leite

Nacionalidade: Brasileiro (A) Est. Civil: Casado

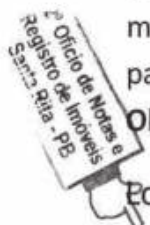
Profissão: Prestador de Serviços

Identidade: 1.929.439 SSP/PB CPF: 021.762.164-31

Endereço: Rua Francisco Léocadio Ribeiro Coutinho, 201 sala 208, Bessa,
João Pessoa, Paraíba, CEP 58.036-450.



Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER**, referente ao **Seguro Obrigatório - DPVAT**



Local e Data: João Pessoa, 09 de Agosto de 2018.

*JOELSON DE LIMA COSTA

JOELSON DE LIMA COSTA

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)

2º OFÍCIO DE NOTAS - REGISTRO DE IMÓVEIS
SANTA RITA - PARAÍBA
RUA DEODORO CAMPOS, 15 - CENTRO - CACULHA, PB - FONE: (33) 3331-1111

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firms(s) de:.....
JOELSON DE LIMA COSTA.....
Em test.da verdade. Santa Rita-PB 11/04/2018 09:42:34
Alexandro Rolim Dantas - Escrevente
[2018-001177]EMOL:R\$ 19,48 FARPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AGF59282-CELF
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Alexandro Rolim Dantas
Escrevente Autorizado



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0299288/18

Número do Sinistro: 3180378612

Vítima: JOELSON DE LIMA COSTA

Data do acidente: 11/03/2018

CPF: 064.060.484-66

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOELSON DE LIMA COSTA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 29/11/2018
Nome: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE
CPF: 021.762.164-31

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA



Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **JOELSON DE LIMA COSTA**

Nº Sinistro: **3180378612**
Vitima: **JOELSON DE LIMA COSTA**
Data do Acidente: **11/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180378612**.

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 13250762

Pag. 00535/00536 - carta_01 - INVALIDEZ



00020288



Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOELSON DE LIMA COSTA

Nº Sinistro: 3180378612

Vítima: JOELSON DE LIMA COSTA

Data do Acidente: 11/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180378612**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Pag. 00453/00454 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13429509



Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **JOELSON DE LIMA COSTA**

Sinistro: **3180378612**
Vítima: **JOELSON DE LIMA COSTA**
Data do Acidente: **11/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

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 **3180378612** 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

Pag. 00571/00572 - carta_02 - INVALIDEZ

00050286



Carta nº 13661628





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

Nome completo da vítima

064.060.484-66

Joelson de Lima Costa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Joelson de Lima Costa	CPF titular da conta	064.060.484-66	Profissão	motorista
Endereço	Rua Trime Lacet	Número	128	Complemento	
Bairro	Odilandia	Cidade	Santa Rita	Estado	PB
Email	ludre.dpvat@gmail.com	CEP	58300-000	Telefone (DDD)	(83) 99811-5088

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.



FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	

AGÊNCIA NRO.	DIV.	CONTA NRO.	DIV.
9105	9	24244	2
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

AGÊNCIA NRO.	DIV.	CONTA NRO.	DIV.
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Joelson de Lima Costa 09 de Agosto de 2018
Local e Data

Joelson de Lima Costa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



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





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01495.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01495.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:43 horas do dia 08 de agosto 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 José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Joelson de Lima Costa**, CPF nº 064.060.484-66, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Motorista, filho(a) de Maria da Soledade de Lima Costa e José Luciano da Costa, natural de Igarassu/PE, nascido(a) em 16/12/1985 (32 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Elias Cavalcanti de Albuquerque, Nº 791, bairro Cristo Redentor, tendo como ponto de referência Depósito de Gás, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98625-2731.

Dados do(s) Fatos:

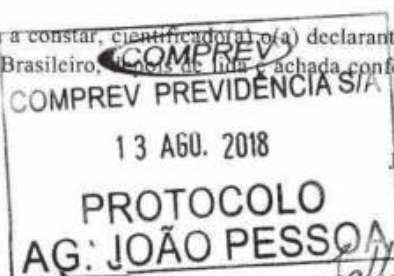
Local: Sítio Águas Turvas, Barragem, Santa Rita/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: zona rural;
Data/Hora: 11/03/18 16:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

Local: Sítio Águas Turvas, Barragem, Santa Rita/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: zona rural;
Data/Hora: 11/03/18 16:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, o notificante trafegava com o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI, ano e modelo: 2012 de cor: vermelha, placa: OFD 6166/PB, chassi nº 9C2KC1670CR602306, registrado em nome de Rafael Melo Carlos, CPF nº 067.166.864-10; QUE segundo o notificante trafegava normalmente quando caiu em um buraco e perdeu o controle vindo a cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0942/2018, EXPEDIDO PELA DRª ROSSANA DE FATIMA DE ARAUJO BARBOSA, CRM/PB 3533, DATADO DE 13/07/2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) por se próprio; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. OBS: FOI ATENDIDO NO HOSPITAL NO DIA 12/03/2018, POR VOLTA DAS 18:15 HS

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



João Pessoa/PB, 08 de agosto de 2018.

JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

JOELSON DE LIMA COSTA
Noticiante

Procedimento Policial: 01495.01.2018.1.00.420



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 <i>João Carlos de Lima Costa</i>	CPF da Vítima <i>064.060.984-66</i>	Data do Acidente <i>12-03-2018</i>
---	--	---------------------------------------

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 atenda 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 aprovação 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.

João Carlos de Lima Costa 09 de Agosto de 2018
Local e Data

Suelio Moreira Torres
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



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:

Ato Declaratório

Ficha Nr: 110432 Atd: Nao Reg
Data: 12/03/2018
Hora: 18:15:18
Recepcionista: JUSSARA MANUELA BE
Clínica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOELSON DE LIMA COSTA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.03.001831

CNS: 206297535840000 Sexo: M IDENTIDADE: 2907599 Fone: 986252731

Natural: IGARASSU/PE Data Nasc.: 17/12/1985 Id: 32 ano(s)

End.: RUA IRMA MARIANA, 286

Bairro: VILA TIBIRI Cidade: SANTA RITA UF: PB

Mae: MARIA DA SOLEDADE DE LIMA COSTA

Pai: JOSE LUCIANO DA COSTA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: MOTORISTA (FORA EXCECOES)

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: O MESMO

Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Precedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO (COPNDUTOR) ONTEM AS 16HS

Vitima de violência por: *S.RITA-PROX.PROX. A BARRAGEM

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VER

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
13 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[X] Regular [] Chocado

Vomito

Observacao

Queixa Principal

Q. DA DE MOTO HA 1 DIA COM TRAUMA EM MID
EN. MINHADO DA CENTRAL DE FRATURA

NEGA DESMAIO SIC

Historia Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Rt. Us. da e da 7/2 da
após ac. de moto.*

Diagnostico *frat. de pulso radial* Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

Osintomáticos A/Ho curar

Dr. Tiago Bruna F. Pinheiro
Médico
R. L. 200-DR

Dr. Tiago Bruna F. Pinheiro
Médico
R. L. 200-DR

12 MAR 2018

