

Rio de Janeiro, 23 de Março de 2017

Carta nº: 10706268

A/C: ANA MARTA OLIVEIRA SOUZA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170158436 ASL-0103470/17
Vitima: CARLOS GABRIEL DE SOUZA AZEVEDO
Data Acidente: 22/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 23 de Março de 2017

Carta nº: 10711339

A/C: ANA MARTA OLIVEIRA SOUZA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170158436 ASL-0103470/17

Vitima: CARLOS GABRIEL DE SOUZA AZEVEDO

Data Acidente: 22/08/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **15/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **22/08/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo
- Certidão de nascimento ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Junho de 2017

Carta nº: 11217478

A/C: ANA MARTA OLIVEIRA SOUZA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170158436 ASL-0103470/17

Vitima: CARLOS GABRIEL DE SOUZA AZEVEDO

Data Acidente: 22/08/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **20/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **22/08/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Certidão de nascimento ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2017

Carta nº: 11475009

A/C: ANA MARTA OLIVEIRA SOUZA

Sinistro: 3170158436 ASL-0103470/17
Vítima: CARLOS GABRIEL DE SOUZA AZEVEDO
Data Acidente: 22/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2017

Carta nº: 11628325

A/C: ANA MARTA OLIVEIRA SOUZA

Sinistro: 3170158436 ASL-0103470/17
Vítima: CARLOS GABRIEL DE SOUZA AZEVEDO
Data Acidente: 22/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Setembro de 2017

Carta nº: 11740378

A/C: ANA MARTA OLIVEIRA SOUZA

Sinistro: 3170158436 ASL-0103470/17
Vítima: CARLOS GABRIEL DE SOUZA AZEVEDO
Data Acidente: 22/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ANA MARTA OLIVEIRA SOUZA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000001914

Conta: 00000119043-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =	R\$	675,00
--	-----	--------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 *T1%*

Nº DO SINISTRO



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, Ana Marta de Souza AguiarPORTADOR(A) DO RG Nº 2702.330EXPEDIDO POR SSDSEM 08/01/2014CPF 0400638354-56 / CNPJ 00000000-0000-00 PROFISSÃO do lar

RECEITA MENSAL DE R\$ Receita NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Carlin Gabriel de Souza Aguiar AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar 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 aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em 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 como 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/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

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

Nº do BANCO

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

COMPREV

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

COMPREV-SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

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.

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa 13 de Fevereiro de 2017

LOCAL E DATA

*Ana Marta de Souza Aguiar
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, 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 0800-0221204.

CAIXA

POUPANÇA



6277 8012 7537 8028

ANA MARTA SOUZA AZEVEDO

1914 013 00119043-5 08/21

el

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

15 MAR. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

E RENDA MENSAL DE R\$ Recurso 44 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Carlin Gabriel de Souza Aguiar AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

ATENÇÃO

• O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, 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.

44

CAIXA

POUPANÇA



6277 8012 7537 8028

ANA MARTA SOUZA AZEVEDO

51

1914 013 00115043-5 08/11

COMPREV SE

15 MAR. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da Indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Ana Marta de Souza AguiarPORTADOR(A) DO RG Nº 2702.330EXPEDIDO POR SSP3EM 08/01/2017CPF 040603354-36 /CNPJ _____, PROFISSÃO do lar

E RENDA MENSAL DE R\$ Receita R\$ NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Carlos Gabriel de Souza Aguiar AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa 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 aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUANÇA 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 como 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 indicada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____

Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 304Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1917Nº da CONTA (com dígito, se existir) 119048-5

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.

João Pessa 13 de Fevereiro de 2017
LOCAL E DATA

*Ana Marta de Souza Aguiar
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, 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 médica-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradora.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA
6ª DELEGACIA DISTRITAL DE SANTA RITA-PB



BOLETIM DE OCORRÊNCIA. Nº 3.591/2016.

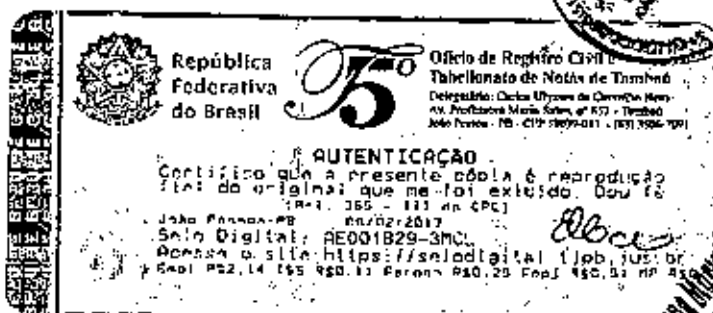
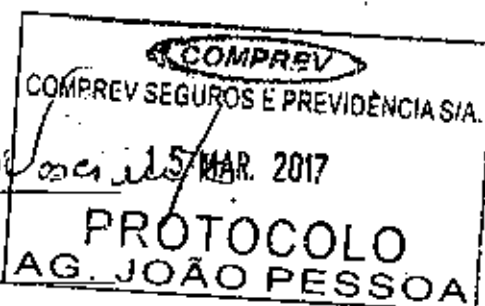
Aos sete dias do mês de Dezembro ano de 2016, nesta cidade de Santa Rita, Estado da Paraíba e na 6ª Delegacia Distrital, onde presente o Dr. Pedro Martins dos Santos, Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão de seu cargo, ai pelas 12hs04min, compareceu MARCOS ROBERTO DO NASCIMENTO, brasileira(o), solteiro, natural de Santa Rita, filho de Manuel Rodrigues do Nascimento e de Ziza Antonia da Silva, com 47 anos de idade, nascida(o) em 19/12/1969, atendente de Saúde, portador da Identidade de nº 1.540.025/Pb, CPF- 027.494.144-90, com o terceiro grau de ensino completo, residente rua Sítio Ribeira, Zona Rural de Santa Rita/Pb, (marcos da saúde- perto do campo de Futebol) /Pb fone- 83-98114.0734 para notificar que no dia 22/08/2016, pilotava a sua motocicleta de marca Honda/CG 150, de placa OFX-3524/Pb, a qual se encontra registrada no Detran/Pb, em nome de Marizete Monteiro, pela PB 011, que liga Santa Rita a Forte Velho, isto por volta das 18hs30m aproximadamente, o qual a passar pelo o quebra mola, perdeu o controle da moto, vindo a cair ao solo, sofrendo ferimentos pelo o corpo, sendo socorrido para o Hospital do Trauminha, em Mangabeiro; Que como carona, da moto, vinha a pessoa de nome Carlos Gabriel de Souza Azevedo, que também foi socorrido para o Trauminha, devido aos ferimentos também sofrido no acidente. o, motivo pelo o qual veio registrar o fato e solicita uma certidão dar entrada no seguro obrigatório. Nada mais a declarar e ciente das sanções penais contidas no artigo 299, do Código Penal Brasileiro, caso a declaração não traduza a verdade, expeço o Boletim de Ocorrência.

Notificante

Marcos Roberto do Nascimento

Escrivão de Polícia

[Signature]



Elvina Maria da Silva Cândido
Escrivente Substituta

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170158436 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS GABRIEL DE SOUZA AZEVEDO **Data do acidente:** 22/08/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: LESÃO PARTES MOLES PÉ ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: SEM EDEMAS OU ATROFIAS, ADM NORMAL, CICATRIZ HIPERTRÓFICA E DOR AOS MOVIMENTOS. DIFICULDADE DE USAR CALÇADOS FECHADOS.

Resultados terapêuticos: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EM AGOSTO DE 2016, TEVE FERIMENTO EXTENSO EM PÉ ESQ. EVOLUIU COM CICATRIZ HIPERTRÓFICA E DOR AOS MOVIMENTOS E AO DEAMBULAR. DIZ TER DIFICULDADE DE USAR CALÇADOS FECHADOS.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé esquerdo em grau residual.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/09/2017

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau residual do pé devido a presença de cicatriz hipertrófica no pé, com lesão de partes moles e dificuldade de usar calçados fechados.
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Luiz Eduardo Duque Portela

CRM do médico: 6867

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, _____
 portador da carteira de identidade nº _____ e inscrito no
 CPF nº _____, residente e domiciliado na
 _____, Cidade _____

Estado _____, 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
 (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

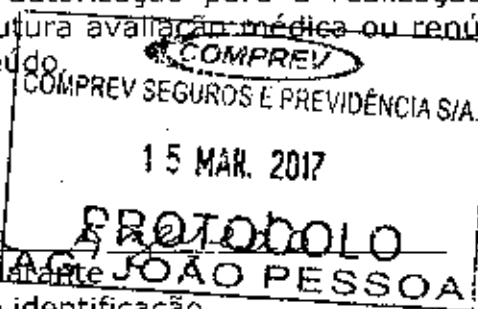
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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.

X Ana Marta de Souza

Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação



Local e data



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

CARTÓRIO DISTRITAL DE REGISTRO CIVIL

Cartório do Registro Civil de Pessoas Naturais do Estado da Paraíba
Rua São José, 124 - Santa Rita - PB

Certidão do Nascimento

Eu, Marília Paula dos Santos, Escrevente Compromissada, deste CARTÓRIO DISTRITAL DE REGISTRO CIVIL, do Distrito de Nossa Senhora do Livramento, da Comarca de Santa Rita, estado da Paraíba, na forma da lei, etc.

CERTIFICO que às folhas 37-V, sob número 5501 do livro A-00007 do Registro de Nascimento, foi feito hoje o assento de CARLOS GABRIEL DE SOUZA AZEVEDO, nascido aos vinte e um de junho de dois mil e oito (21/6/2008) às 20 horas e 50 minutos, na Maternidade Frei Damião, conforme DNV nº 4649411-4, na cidade de João Pessoa-PB, do sexo masculino, filho de José Carlos Borges de Azevedo e Ana Marta de Oliveira Souza.

Sendo avós paternos José Santana de Azevedo e Ivonete Borges de Azevedo. E avós maternos Romilson Pedro de Souza e Ana Maria Paulino de Oliveira.

Foi declarado o pai do registrado. Testemunhas dispensadas nos termos da LEI 9.997/2000.

O referido assento não contém rasuras.

Obs: Esta certidão não contém rasuras.

Santa Rita-PB, 10 de julho de 2008

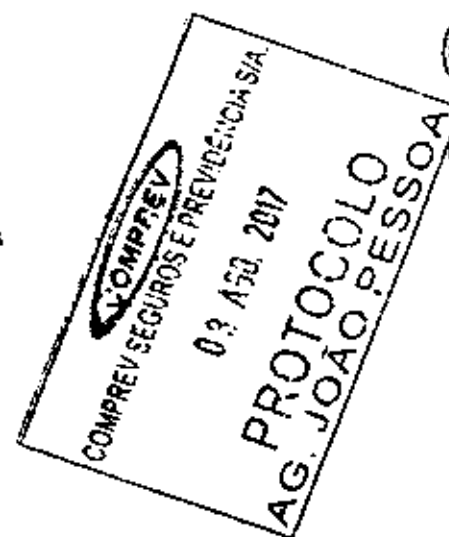
Marília Paula dos Santos
Escrevente Compromissada

Cartório Distrital de N. S. do Livramento
Santa Rita-PB

Rua São José, 124 - CEP: 58304-000

Tel.: (83) 3664-7104 / 3605-7848

Oficial: Lourival Lopes da F. Júnior





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA

CARTÓRIO DISTRITAL DE REGISTRO CIVIL

Cartório do Registro Civil da Comarca de Santa Rita - PB
Livramento, 124 - CEP: 58304-803

03/07/2008

Certidão de Nascimento

Eu, Maria Paula dos Santos, Escrevente Compromissada, deste CARTÓRIO DISTRITAL DE REGISTRO CIVIL, do Distrito da Nossa Senhora do Livramento, da Comarca de Santa Rita, estado da Paraíba, na forma da lei, etc.

CERTIFICO que às folhas 37-V, sob número 5501 do livro A-00007 do Registro de Nascimento, foi feito hoje o assento de **CARLOS GABRIEL DE SOUZA AZEVEDO**, nascido aos vinte e um de junho de dois mil e oito (21/6/2008), às 20 horas e 50 minutos, na Maternidade Frei Damião, conforme DNV nº 4649411-4, na cidade de João Pessoa-PB, do sexo masculino, filho de José Carlos Borges de Azevedo e Ana Marta de Oliveira Souza

Sendo avós paternos **José Santana de Azevedo e Ivonete Borges de Azevedo**. E avós maternos **Romilson Pedro de Souza e Ana Maria Paulino de Oliveira**.

Foi declinado o pai do registrado. Testemunhas dispensadas nos termos da LEI 9.997/2000

O referido assento contém rasuras.

Obs: Este assento não contém rasuras.

Santa Rita-PB, 10 de julho de 2008

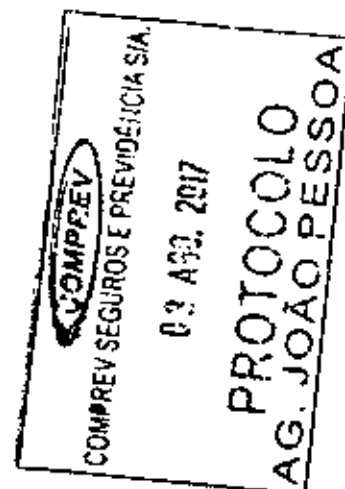
Maria Paula dos Santos
Escrevente Compromissada

Cartório Distrital de N. S. do Livramento
Santa Rita-PB

Rua São José, 124 - CEP: 58304-803

Tel.: (83) 3864-7184 / 3305-7843

Oficial: Leirival Lopes da F. Júnior

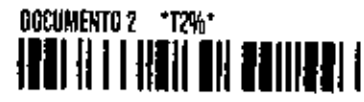


FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Recepçcionista: WILMA FERNANDES MONTEIRO
Clínica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE
Nome: CARLOS GABRIEL DE SOUZA AZEVEDO
CNS: 898004995376234 Sexo: M CERTIDAO DE NASC.: 9997 Fone: 982140605
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 21/06/2008 Id: 8 ano(s)
End.: SITIO RIBEIRA,
Bairro: ZONA RURAL Cidade: SANTA RITA UF: PB
Pai: JOSE CARLOS BORGES DE AZEVEDO
Mae: ANA MARIA DE OLIVEIRA SOUZA

Ocupação:
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: MAE
T_{Doc}: Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Pro_{ndencia}: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR



Transporte utilizado: AMBULANCIA
Vitima de acidente por: VITIMA DE QUEDA DE MOTO AS 18:30 PROXIMO AO
Vitima de violência por: DE FUTEBOL
☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA
Tipo de Classificação de Risco:

PA:	FR:		
FC:	TP:		
Peso:	Altura:		
Glicemia:	IMC:		
Circ. Abd:	O2%:		

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
15 MAR. 2017
PROTÓCOLO
AG. JOAO PESSOA

- ☐ Grave
- ☐ Convulsao
- ☐ Dispneia
- ☐ Agitado
- ☐ Chocado
- ☐ Hemorragia
- ☐ Diarreia
- ☐ Regular

Queixa Principal
*vitima acidente com moto.
Paciente chegou a este serviço com machucado
6 horas de dor mínima do B.E., não*

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)
*do H. de TRAUMA, onde não foi feito ATB
proibido de qualquer bebida, firmemente
do H. de TRAUMA, onde não foi feito ATB*

Diagnostico
conduta

Prescrição
*Horario da medicacao
- Proibido de qualquer bebida
- To administrar qdo 75 Farm. 500*

Dr. Thales W. S. Mota
Ortopeda e Traumatologista
CRM - PB 65807/OT - 1084

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
59056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 879410 Atd: Nao Regulado
Data: 23/08/2016
Hora: 00:09:27
Recepcionista: WILMA FERNANDES MONTEIRO
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1
Nome: CARLOS GABRIEL DE SOUZA AZEVEDO Num. Prontuario: 2016.08.001926
CNS: 898004995376234 Sexo: M CERTIDAO DE NASC.: 9997 Fone: 982140625
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 21/06/2008 Id: 8 ano(s)
End.: SÍTIO RIBEIRA,
Bairro: ZONA RURAL Cidade: SANTA RITA UF :PB
Pai: JOSE CARLOS BORGES DE AZEVEDO
Mae: ANA MARIA DE OLIVEIRA SOUZA
Ocupação:

INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: MAE
Te Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Pro Rencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

Transporte utilizado: AMBULANCIA
Vitima de acidente por: VITIMA DE QUEDA DE MOTO AS 18:30 PROXIMO AO
Vitima de violência por: DE FUTEBOL.
☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA
Tipo de Classificação de Risco:
PA: FR:
PC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICAOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
15 MAR 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave
☐ Traumatizado ☐ Convulsao
☐ Hemorragia ☐ Dispneia
☐ Agitado ☐ Chocado

Queixa Principal

Vitima Acidente com MOTO.

Observacao

Bom estado de saúde, este acidente ocorreu com motor de 600cc de manutenção de R\$ 100,00, sendo

Historia - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

do H. de TRAUMA, onde não foi feito ATB
Profilaxia de qualquer doença, firmemente
Bom estado de saúde com T. 36,5°C

Diagnostico

Condução

Redução da dor

Prescrição

Horario da medicação

- Profilaxia em 7.0.0.0
- 50 mg de paracetamol 4x ao dia

W. S. Silva
Assina

Data e Hora : PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose / Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberação

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

15 MAR. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA MARTA OLIVEIRA SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000119043-5

Nr. da Autenticação FC7DDD3DC051084F



ANA MARTA OLIVEIRA SOUZA
SITUBERA S/N - AREA RURAL
SANTARITA/PB CEP 58011-010 (AO 1)

Classif/Subclif. RESIDENCIAL - BAIXA TENSÃO MONOFÁSICO 220V, 60Hz
Roteiro 8-9 800-3720 Referência Mai/2016
NF medidor 00000610260 Emissão 13/05/2016

ENERGISA
ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. Cruz Retenitor João Pessoa/PB - CEP 58071-630
CNPJ 06.618.000-40 - Insc. Est 15.015.829-0

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 000 577 789
Código para Débito Automático: 008 13 19480-8

Atendimento ao Cliente **ENERGISA 0800 083 0196** Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/1319480-8**

Canal de contato

Mai / 2016

Terça-Feira de Energia Elétrica - T24
nº 10 433, de 26 de abril de 2012

Apresentação

13/05/2016

Data prevista da
próxima leitura

14/06/2016

CPF/CNPJ/RANI

41.335.940/
110-EM

Anterior

Atual

Constante

Consumo

Débito

Data Leitura Data Leitura
13/05/2016 147-7 13/05/2016 140-5

Faturas em atraso

Demonstrativo*

CONTAS DE SERVIÇOS DE ENERGIA ELÉTRICA
DE ATIVIDADES DE MANUTENÇÃO
E REPARAÇÃO

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
30 dias de energia elétrica	1	1440,00	1440,00
Consumo 312,10 kWh (100% de tarifa)	312,10	2,24	699,12
Consumo 191,23 kWh (60% de tarifa)	191,23	2,24	428,34
Subtotal			2567,46
IMB			0,00
IMF			0,00
ICMS			5,53
TOTAL			2573,00

Histórico de Consumo
(kWh)

Abr/16	211
Mar/16	207
Fev/16	232
Jan/16	181
Dez/15	191
Nov/15	204
Out/15	165
Set/15	217
Ago/15	230
Jul/15	21

UNIDADE DE ENERGIA ELÉTRICA	1,5
DEBITO DE ENERGIA ELÉTRICA	1,51
MULTA 2016	1,5
CONTRIBUIÇÃO PARA O FUNDAMENTO DE MANUTENÇÃO E REPARAÇÃO	1,54
COMPENSAÇÃO POR DIFERENÇA DE TENSÃO	1,54
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 2016	1,54
DEBITO DO SUBSIDIO	1,54

	BASE DE CÁLCULO	PREÇO UNITÁRIO	VALOR (R\$)
IMB	101,93	27,00	2751,91
IMF	131,83	27,00	3559,41

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

15 MAR. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Marizete Monteiro de Souza,

RG nº 954783, data de expedição 1/1/, Órgão SSP/PB,
portador do CPF nº 374.504.094-53, com Domicílio na
cidade de Santa Rita, no Estado de PB, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua. Nair Alves da Costa,
nº 311, 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 Carlos Gabriel de Souza Azevedo,
cujo o condutor era Marcos Roberto do Nascimento.

Veículo: Motocicleta

Ano: 2013

Modelo: Honda/NXR 150 BROS ES

Placa: DFX 3524

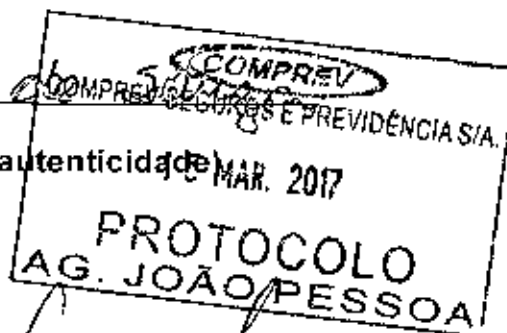
Chassi: 9E2KD0550DR120212

Data do acidente: 22/08/2016

Local e data: João Pessoa, 13 de Fevereiro de 2017.

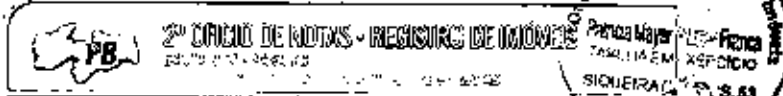
X Marizete Monteiro de Souza
Assinatura do Declarante Proprietário

(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



X Marcos Roberto do Nascimento

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:
MARCOS ROBERTO DO NASCIMENTO
Em test. da verdade. Santa Rita-PB 25/01/2017 11:19:49
Alexandro Rolim Dantas - Escrevente
[2017-008356]EML:R# 19,23 FASPEN:R# 0,27 FEPJ:R# 1,85
SELO DIGITAL: REX78516-OTUO
Confira a autenticidade em: <http://selo.digital.tpb.jus.br>

Alexandro Rolim Dantas
Escrevente Autorizado

DOCUMENTOS *TSP*



CERTIDÃO

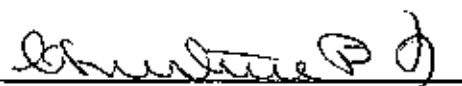
Nº. 1707/2016

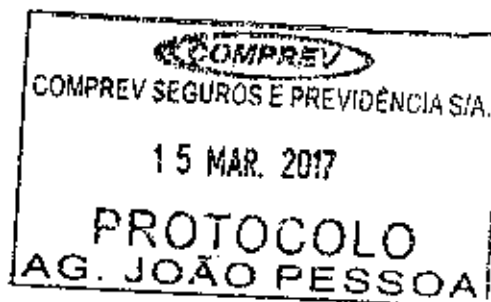
Atendendo solicitação de **GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 879410 e Prontuário nº 2016.08.001926 pertencente a **CARLOS GABRIEL DE SOUZA AZEVEDO** que foi atendido dia 23/08/2016 às 00h09min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em pé esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou lesão de partes moles de pé esquerdo. Realizado sutura dia 23/08/2016 com alta médica dia 25/08/2016.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 09 de novembro de 2016


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Limpeza da pele
2. Anestesia
3. Lavagem com água e sabão

Incisão:

4. Linça Bandeira com SF 0,25
5. de 10 cm para 10 cm - 9 pontos de sutura

Achados:

6. Sinais de inflamação
7. Nenhum

Conduta:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
15 MAR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Fechamento:

OBS:

Data:

22/08/16

05

Dr. Thales R. S. Silva
Ficha 6 - Atendimento
PB 8530-7EOT 1064



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 23/08/16	
Nome: Carlos Gabriel de Souza Azevedo	
Prontuário: _____	Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____	
Endereço: _____	Bairro: _____
Cidade: _____	Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____	Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____	Data de Nascimento: 1/1/1980
QPD: _____	
HDA: _____	
Medicações em uso: _____	
15-MAR-2017	
INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO:	
Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____	
Pele: _____	
Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____	
AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise [] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____	
ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume _____	
AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____	
SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposso [] 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: _____

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

[] 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: _____

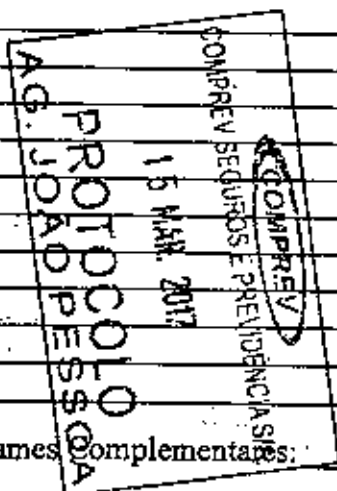
SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *Peritonite aguda por*

gérmenes em (E)

Conduta: *semgu vigil*



Soc. de identificação

DOCUMENTO 6 'T6%'



Certidão de Nascimento

Eu, Maria Paula dos Santos, Escrevente Compromissada, do
CARTÓRIO DISTRITAL DE REGISTRO CIVIL, do Distrito de Nossa Senhora do
Livramento, da Comarca de Santa Rita, estado da Paraíba, na forma da lei, etc.

[illegible]

1. NAME _____
 2. ADDRESS _____
 3. CITY _____
 4. STATE _____
 5. ZIP _____
 6. PHONE _____
 7. DATE _____
 8. SIGNATURE _____
 9. PRINT NAME _____
 10. PRINT ADDRESS _____
 11. PRINT CITY _____
 12. PRINT STATE _____
 13. PRINT ZIP _____
 14. PRINT PHONE _____
 15. PRINT DATE _____
 16. PRINT SIGNATURE _____
 17. PRINT NAME _____
 18. PRINT ADDRESS _____
 19. PRINT CITY _____
 20. PRINT STATE _____
 21. PRINT ZIP _____
 22. PRINT PHONE _____
 23. PRINT DATE _____
 24. PRINT SIGNATURE _____
 25. PRINT NAME _____
 26. PRINT ADDRESS _____
 27. PRINT CITY _____
 28. PRINT STATE _____
 29. PRINT ZIP _____
 30. PRINT PHONE _____
 31. PRINT DATE _____
 32. PRINT SIGNATURE _____
 33. PRINT NAME _____
 34. PRINT ADDRESS _____
 35. PRINT CITY _____
 36. PRINT STATE _____
 37. PRINT ZIP _____
 38. PRINT PHONE _____
 39. PRINT DATE _____
 40. PRINT SIGNATURE _____
 41. PRINT NAME _____
 42. PRINT ADDRESS _____
 43. PRINT CITY _____
 44. PRINT STATE _____
 45. PRINT ZIP _____
 46. PRINT PHONE _____
 47. PRINT DATE _____
 48. PRINT SIGNATURE _____
 49. PRINT NAME _____
 50. PRINT ADDRESS _____
 51. PRINT CITY _____
 52. PRINT STATE _____
 53. PRINT ZIP _____
 54. PRINT PHONE _____
 55. PRINT DATE _____
 56. PRINT SIGNATURE _____
 57. PRINT NAME _____
 58. PRINT ADDRESS _____
 59. PRINT CITY _____
 60. PRINT STATE _____
 61. PRINT ZIP _____
 62. PRINT PHONE _____
 63. PRINT DATE _____
 64. PRINT SIGNATURE _____
 65. PRINT NAME _____
 66. PRINT ADDRESS _____
 67. PRINT CITY _____
 68. PRINT STATE _____
 69. PRINT ZIP _____
 70. PRINT PHONE _____
 71. PRINT DATE _____
 72. PRINT SIGNATURE _____
 73. PRINT NAME _____
 74. PRINT ADDRESS _____
 75. PRINT CITY _____
 76. PRINT STATE _____
 77. PRINT ZIP _____
 78. PRINT PHONE _____
 79. PRINT DATE _____
 80. PRINT SIGNATURE _____
 81. PRINT NAME _____
 82. PRINT ADDRESS _____
 83. PRINT CITY _____
 84. PRINT STATE _____
 85. PRINT ZIP _____
 86. PRINT PHONE _____
 87. PRINT DATE _____
 88. PRINT SIGNATURE _____
 89. PRINT NAME _____
 90. PRINT ADDRESS _____
 91. PRINT CITY _____
 92. PRINT STATE _____
 93. PRINT ZIP _____
 94. PRINT PHONE _____
 95. PRINT DATE _____
 96. PRINT SIGNATURE _____
 97. PRINT NAME _____
 98. PRINT ADDRESS _____
 99. PRINT CITY _____
 100. PRINT STATE _____
 101. PRINT ZIP _____
 102. PRINT PHONE _____
 103. PRINT DATE _____
 104. PRINT SIGNATURE _____
 105. PRINT NAME _____
 106. PRINT ADDRESS _____
 107. PRINT CITY _____
 108. PRINT STATE _____
 109. PRINT ZIP _____
 110. PRINT PHONE _____
 111. PRINT DATE _____
 112. PRINT SIGNATURE _____
 113. PRINT NAME _____
 114. PRINT ADDRESS _____
 115. PRINT CITY _____
 116. PRINT STATE _____
 117. PRINT ZIP _____
 118. PRINT PHONE _____
 119. PRINT DATE _____
 120. PRINT SIGNATURE _____
 121. PRINT NAME _____
 122. PRINT ADDRESS _____
 123. PRINT CITY _____
 124. PRINT STATE _____
 125. PRINT ZIP _____
 126. PRINT PHONE _____
 127. PRINT DATE _____
 128. PRINT SIGNATURE _____
 129. PRINT NAME _____
 130. PRINT ADDRESS _____
 131. PRINT CITY _____
 132. PRINT STATE _____
 133. PRINT ZIP _____
 134. PRINT PHONE _____
 135. PRINT DATE _____
 136. PRINT SIGNATURE _____
 137. PRINT NAME _____
 138. PRINT ADDRESS _____
 139. PRINT CITY _____
 140. PRINT STATE _____
 141. PRINT ZIP _____
 142. PRINT PHONE _____
 143. PRINT DATE _____
 144. PRINT SIGNATURE _____
 145. PRINT NAME _____
 146. PRINT ADDRESS _____
 147. PRINT CITY _____
 148. PRINT STATE _____
 149. PRINT ZIP _____
 150. PRINT PHONE _____
 151. PRINT DATE _____
 152. PRINT SIGNATURE _____
 153. PRINT NAME _____
 154. PRINT ADDRESS _____
 155. PRINT CITY _____
 156. PRINT STATE _____
 157. PRINT ZIP _____
 158. PRINT PHONE _____
 159. PRINT DATE _____
 160. PRINT SIGNATURE _____
 161. PRINT NAME _____
 162. PRINT ADDRESS _____
 163. PRINT CITY _____
 164. PRINT STATE _____
 165. PRINT ZIP _____
 166. PRINT PHONE _____
 167. PRINT DATE _____
 168. PRINT SIGNATURE _____
 169. PRINT NAME _____
 170. PRINT ADDRESS _____
 171. PRINT CITY _____
 172. PRINT STATE _____
 173. PRINT ZIP _____
 174. PRINT PHONE _____
 175. PRINT DATE _____
 176. PRINT SIGNATURE _____
 177. PRINT NAME _____
 178. PRINT ADDRESS _____
 179. PRINT CITY _____
 180. PRINT STATE _____
 181. PRINT ZIP _____
 182. PRINT PHONE _____
 183. PRINT DATE _____
 184. PRINT SIGNATURE _____
 185. PRINT NAME _____
 186. PRINT ADDRESS _____
 187. PRINT CITY _____
 188. PRINT STATE _____
 189. PRINT ZIP _____
 190. PRINT PHONE _____
 191. PRINT DATE _____
 192. PRINT SIGNATURE _____
 193. PRINT NAME _____
 194. PRINT ADDRESS _____
 195. PRINT CITY _____
 196. PRINT STATE _____
 197. PRINT ZIP _____
 198. PRINT PHONE _____
 199. PRINT DATE _____
 200. PRINT SIGNATURE _____
 201. PRINT NAME _____
 202. PRINT ADDRESS _____
 203. PRINT CITY _____
 204. PRINT STATE _____
 205. PRINT ZIP _____
 206. PRINT PHONE _____
 207. PRINT DATE _____
 208. PRINT SIGNATURE _____
 209. PRINT NAME _____
 210. PRINT ADDRESS _____
 211. PRINT CITY _____
 212. PRINT STATE _____
 213. PRINT ZIP _____
 214. PRINT PHONE _____
 215. PRINT DATE _____
 216. PRINT SIGNATURE _____
 217. PRINT NAME _____
 218. PRINT ADDRESS _____
 219. PRINT CITY _____
 220. PRINT STATE _____

Foi documentado e gelado no gelo. Documentos disponíveis nos termos da LEI 9.097/2000.

O referido é verdadeiro, data 16.

Obs: Este certificado não contém receita.

Santa Rita-PB, 10 de julho de 2008

Comissão Diretora do N. S. de Livramento

CONFIDENTIAL

FROM: **Mr. J. Edgar Hoover**
TO: **Mr. Clegg**
SUBJECT: **RE: [REDACTED]**

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

Chloride, Ammonium, and Sulfate

RESEARCH

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

15 MAR. 2017

PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

375616

POL-50.974

**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): **CARLOS GABRIEL DE SOUZA AZEVEDO** Sinistro: **3170158436** Data: **22/08/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO RIBEIRA, SN - AREA RURAL - Santa Rita - PB - CEP 58919-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **2702330 (MÃE)**

Data local do exame: [**19/09/2017**] **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)
LESÃO PARTES MOLES PÉ ESQ. SEM EDEMAS OU ATROFIAS, ADM NORMAL, CICATRIZ HIPERTRÓFICA E DOR AOS MOVIMENTOS.

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.
VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EM AGOSTO DE 2016, TEVE FERIMENTO EXTENSO EM PÉ ESQ. EVOLUIU COM CICATRIZ HIPERTRÓFICA E DOR AOS MOVIMENTOS E AO DEAMBULAR. DIZ TER DIFICULDADE DE USAR CALÇADOS FECHADOS.

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.

DOR AO MOVIMENTO DO PÉ ESQ.

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):
PÉ ESQ.

% do dano: (**X**) 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

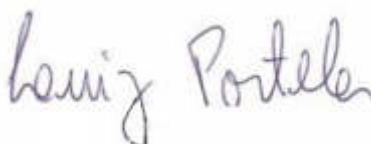
Região Corporal (Sequela):

% 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.



Luiz Eduardo Duque Portela - CRM: 6867 - PB

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Carlos Gabriel de Souza AguiarDATA DO ACIDENTE 22/09/2016 CPF DA VÍTIMA _____PORTADOR DO DOCUMENTO Uma mãe de Souza AguiarQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Carlos Gabriel de Souza AguiarENDEREÇO DO PORTADOR São RobertoNº 614 COMPLEMENTO _____ BAIRRO CruzeiroCIDADE Santa Rita UF PE CEP 58319-000E-MAIL _____ TELEFONE (83) 99921-9283

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE INVALIDEZ (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES OUTRIMAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES OUTRIMAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (PREMIO 150). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE _____ RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 23/09/16

DATA _____

HORAS 27:02:330

HORAS _____

ASSINATURA Xina mãe de Souza

ASSINATURA _____



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Ana Marta de Souza Azevedo
NACIONALIDADE: Brasileira **ESTADO CIVIL:** Casada
PROFISSÃO: Do lar **Nº DO RG:** 2.702.330
ORGÃO EMISSOR: SSDS - PB **DATA DE EMISSÃO:** 08/01/2014
Nº CPF: 040.638.354-96 **ENDEREÇO:** Sítio Ribeira, S/N
Área Rural - Santa Rita - PB CEP-58919-000

OUTORGADO: Cynthia Glávia de Amorim Nobrega
NACIONALIDADE: Brasileira **ESTADO CIVIL:** Casada
PROFISSÃO: Advogada **Nº DO RG:** 2668291
ORGÃO EMISSOR: SSDS/PB **DATA DE EMISSÃO:** 15/02/2011
Nº CPF: 011.197.984-69 **ENDEREÇO:** Av. João Machado
nº 553, Centro, João Pessoa/PB.

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Carlos Gabriel de Souza Azevedo, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.



João Pessoa 15 de Fevereiro de 20 17
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 15 MAR. 2017
 PROTOCOLO
Ana Marta de Souza Azevedo
 Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

Alexandro
Escrevente



2º OFÍCIO DE NOTAS - REGISTRO DE IMÓVEIS

SANTA RITA - PARAÍBA

RUA DOUTOR JOSÉ DE OLIVEIRA, 100 - CENTRO - 58919-000

Reconhecida como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) ANNA MARTA DE SOUZA AZEVEDO

Em test. da verdade, Santa Rita-PB 25/01/2017 11:13:34

Alexandro Rolim Dantas - Escrevente

(2017-000355)EML:R4 29.23 FAPEN:RG 0,27 FEPJ:RG 14851

SELO DIGITAL: AE178515-IZVI

Confira a autenticidade em <https://selodigital.ti-pb.jus.br>