

Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2015

Carta nº: 8243966

A/C: LENILSON SILVA DOS SANTOS

Sinistro: 3151001377
Vitima: LENILSON SILVA DOS SANTOS
Data Acidente: 10/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

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.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o 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.dpvatsegurodotransito.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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

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

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2015

Carta nº: 8261690

A/C: LENILSON SILVA DOS SANTOS

Sinistro: 3151001377
Vítima: LENILSON SILVA DOS SANTOS
Data Acidente: 10/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**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): Lenilson Silva dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Ricardo Alves do Nascimento, 115
Ipes João Pessoa PB CEP: 58028-861
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 3632907
Data local do exame: [11/12/2015] 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)

Periciando vítima de acidente de motocicleta, sofreu traumatismo no punho esquerdo que resultou em fratura do rádio Distal. Ao exame físico apresenta edema residual, cicatriz cirúrgica na região volar do punho, limitação de mobilidade articular do punho e perda de força motora.

- 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.

Quadro tratado cirurgicamente, osteossíntese com placa, parafusos e fios de Kirchinner. Evolução insatisfatória, teve alta definitiva em 15/11/2015.

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível 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.

Periciando sequelado de fratura do rádio Distal esquerdo, apresenta limitação de mobilidade articular e perda de força motora do punho esquerdo.

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

() “Sem sequela permanente”

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

() “Exame não permite conclusão”

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

Punho - Lado Esquerdo

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

(X) 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

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

() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

% 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.

João Bartolomeu P. Rabelo

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. João Bartolomeu P. Rabelo
Médico Perito
CRM - PB 4518 CRM PE 14722
SAUDESEG



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 3151100127

CAMPO PREENCHIDO PELO SEGURO

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.

Lívia Silveira dos Santos

PORTADOR(A) DO RG Nº 36.323.074

EXPEDIDO POR

EM / / E

CPF 099.714.919-45 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Autônoma

E RENDA MENSAL DE R\$ 788,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Lívia Silveira dos Santos. 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 Lotáticas 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 FEDERATIVA 2015 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 CEF Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1036 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 36.413 - 6

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

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

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

lúcia

foram feitas em 22 de Setembro de 2015 por Lívia Silveira dos Santos

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago 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 ECONOMICA FEDERAL A425 #20 AUTO ATENDIMENTO 28/10/2015

>>P/ EXTRATO ALÉM DO PERÍODO INFORMADO, INFORME AS DATAS EXTRATO
PAG: 001

AG: 0036 - CABO BRANCO OPER: 001 CONTA: 30.413-6
PERÍODO: 01102015 ATÉ: 27102015 CPF: 094.714.914-79
NOME: LENILSON SILVA DOS SANTOS LIMITES FLUTUANTE GIM:
LIMITES CHEQUE AZUL:
VLR.BLOQ.JUDICIAL:

DATA MOVTO	NR.DOC	HISTORICO	V A L O R	S A L D O
01/10/2015	900001	DEB.JUROS	86,95 D	86,95 C
01/10/2015	000000	DEB.IOF	86,94 D	86,94 C
05/10/2015	051603	DP DIN LOT	86,94 C	86,94 C
06/10/2015	000001	CRED TED	86,94 C	86,94 C
06/10/2015	000001	CRED TED	480,00 C	566,94 C
13/10/2015	092015	DEB CESTA	480,00 D	87,94 C

SALDO EM 27/10/2015 R\$ 87,94 C
F1 AJUDA F2 EXTRATO ANTERIOR F5 EXTRATO P.A.I. F7 VOLTAR PAG
F3 RETORNAR F4 POS.INVESTIMENTOS F6 RESUMO LIMITES F8 AVANÇA PAG F12 FINALIZAR

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS

02 DEZ. 2015

15

PÁGINA:

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: 15/12/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LENILSON SILVA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000030413-6

Nr. da Autenticação 651EE9C1E730757C



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
1ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIAM CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DA CAPITAL
Rua Manoel Rufino da Silva, SN, Central de Polícia - João Paulo II, João Pessoa/PB, CEP: 58076-005

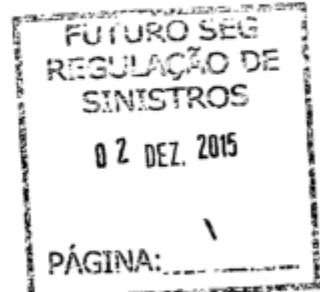
BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 3684/2015

Aos dezesseis dias do mês de novembro do ano de dois mil e quinze, nesta cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, na Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Francisco Deusdedit Leitão Filho, comigo escrivão de seu cargo, ao final assinado, aí por volta das 15:55h, compareceu o (a) Senhor (a): LENILSON SILVA DOS SANTOS, brasileiro, natural de João Pessoa/PB, solteiro, com 23 anos de idade, Porteiro, Ensino Superior incompleto, filho de Manoel Dacio dos Santos e de Maria da Glória Silva dos Santos, RG. 3.632.907-SSP/PB, residente na Rua Ricardo Alves do Nascimento, nº 115, Bairro dos Ipês, nesta capital, o (a) qual notificou o seguinte: QUE, no dia 10/08/15, por volta das 19:00h, quando conduzia a motocicleta de marca YAMAHA/FACTOR YBR125 K, cor vermelha, ano 2012, de placa OGD-0640/PB, chassi nº 9C6KE1520D0132418, de sua propriedade, pela Rua Antônio Vitorino de Sousa, Bairro dos Ipês, nesta cidade de João Pessoa/PB, após ser atingido por um veículo de placa não identificada, o notificante perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato veio a sofrer fratura do punho esquerdo, sendo socorrido pelo resgate do corpo de bombeiros e conduzido ao Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde se submeteu a procedimentos médicos. Por este motivo notificou o fato. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 16 de novembro de 2015.

Notificador

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão da Polícia Civil
Escrivão
Escrivão



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Lanilson Silva dos Santos, portador da carteira de identidade nº 36.32904 e inscrito no CPF/MF sob o nº 097.414.914-79, residente e domiciliado na Rua Ribeirão A. do Rosário, 115 Ipê, Cidade Petrópolis, Estado Rio de Janeiro, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Lanilson Silva Es Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Petrópolis, 22 de setembro de 2015
Local e data

FUTURO SEG REGULAÇÃO DE SINISTROS
02 DEZ. 2015
PÁGINA: <u>2</u>

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3151001377 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LENILSON SILVA DOS SANTOS **Data do acidente:** 10/08/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo no punho esquerdo que resultou em fratura do rádio Distal.

Descrição do exame Edema residual, cicatriz cirúrgica na região volar do punho, limitação de mobilidade articular do punho e perda de força motora.

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente, osteossíntese com placa, parafusos e fios de Kirchinner.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM PUNHO E

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/12/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



VISTO EM: 13/10/15


Comando do Batalhão de Atendimento Pré-Hospitalar
TEN CEL 521-280-4

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3^a SEÇÃO – OPERAÇÕES



João Pessoa-PB, 09 de Outubro de 2015.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N°. 492/2015

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 10/08/2015, conforme requerimento nº 502/15, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 19h04min o/a Sr.(a) **LENILSON SILVA DOS SANTOS** RG Nº 3.632.907 SSDS/PB, vítima de acidente de trânsito (*colisão carro x moto*), ocorrido na Rua Antônio Vitorino de Sousa, Ipê, João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR- 39, tendo como chefe o **SARGENTO BM** Rogério Gomes Batista, matrícula 520.037-7, constatou no local da ocorrência que a vítima encontrava-se deambulando, consciente e orientada, apresentando suspeita de fratura fechada no punho esquerdo. A vítima era condutora da motocicleta e usava capacete. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarçísio Burity.

Para constar, eu **Elizabete Gurjão Leôncio Pinheiro** - SD BM Mat. 523.935-4, (assinatura) auxiliar da 3^a Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo chefe da 3^a Seção/BAPH.

Josinete B.S dos Santos
TEN. QDABM-517240-3
Chefe da 3^a Seção

FUTURO SÉC
REGULAÇÃO DE
SINISTROS
02 DEZ. 2015
PÁGINA: 3



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

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

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento² da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF³.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Denílson de Oliveira Neto, portador(a) do RG nº 3.929.439, expedido por SSP/PB, em 07/01/2010, CPF/CNPJ nº 021.462.164-31, na qualidade de procurador(a)/Intermediário(a) do beneficiário(a) Denílson Silva dos Santos, do sinistro de DPVAT da natureza 3pxz da vítima Denílson Silva dos Santos, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Administrador Renda Mensal: R\$ _____

Documentos comprobatórios: _____

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS

02 DEZ. 2015

Denílson de Oliveira Neto
ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIARIO

PÁGINA: 11

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR XANGAIBERA
AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58010-384 JOÃO PESSOA Fone: (83) 3214-1951
Fax: (83) 3214-1951 CNPJ: 16.202.434/0001-16

Ficha Nr: 781108 Add: Nao
Data: 10/08/2015
Hora: 19:37:32
Recepção: CLAUDENICE GOMES DA S
Clínica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Nº de vezes atendido: 1

Name: LENILSON SILVA DOS SANTOS

Nºm. Pronoticado: 2015.08.000787

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3632907 Fone: 993068586

Natural: JOÃO PESSOA/PB Data Nasc.: 19/11/1991 Id: 23 ano(s)

End.: RUA JEZIEL GONZAGA DE BARROS , 51 PH 9/1370395

Bairro: BAIRRO DOS IPES Cidade: JOÃO PESSOA UF :PB

Pai: MANOEL DARIO DOS SANTOS

Mae: MARIA DA GLORIA SILVA DOS SANTOS

Ocupação: ESTUDANTE

INFORMAÇÕES DE ENTRADA

Sexo: MAE

tel/Doc. Responsável: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedência: BAIRRO BAIRRO DOS IPES

Transporte utilizado: CORPO DE BOMBEIROS

Vítima de acidente por: COLISAO CARRO X MOTO AS 18:30

Vítima da violência por: SUPERIOR CURSANDO

Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

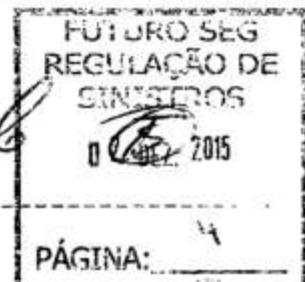
PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
SC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsas
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Alucinias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Agitado
Obs. Adm:	O2t:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
		<input type="checkbox"/> Vomito

Sintoma Principal

Sospeção

*Perdeu a memória no trânsito
em Antônio Bezerra*

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico):



Diagnóstico

Conduta

PÁGINA: 1

Medicamentos

Horário da medicicação

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00

00:00



CERTIDÃO

Nº. 2177/2015

Atendendo solicitação de LENILSON SILVA DOS SANTOS de acordo com buscas feitas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 781118 e Prontuário Nº 2015.08.000787 pertencentes ao requerente que foi atendido na Unidade de Emergência do Ortotrauma no dia 26/2015 às 19h57min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em antebraço esquerdo.

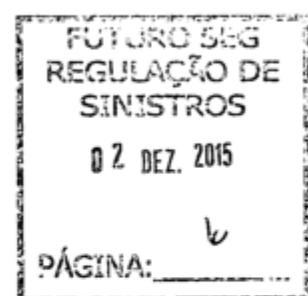
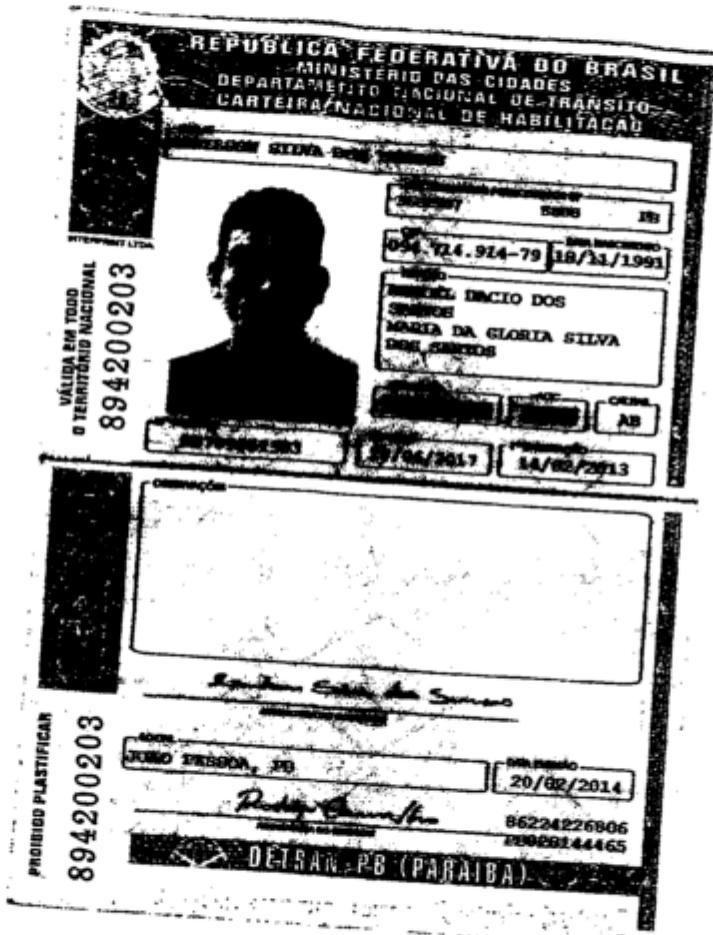
Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de punho esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 27/08/2015. Alta dia 29/08/2015.

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

João Pessoa, 02 de Setembro de 2015

Christine Bly
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137

FUTURO SEG REGULAÇÃO DE SINISTROS
02 DEZ. 2015
PÁGINA: <u>5</u>



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB		Nº 011755543306	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO			
VIA	CÓD. RENAVAM	PRT	201500000346418
E	1 0050449559-3	EXERCÍCIO	2014
NOME			
LENILSON SILVA DOS SANTOS			
0	0	8	3
3	8	3	9
9	0	0	0
0	8	8	8
8	8	4	4
4	PLACA ANT. UF	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
NOVO	PB	9C6KE1520D0132418	2014
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
MOTOCICLETA/NAO APLIC		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	
YAMAHA XMAX 250		2012	
ANO MOD.			
CAP. POT. (CV)		CATEGORIA	
2 P/124 /CI		PARTIC	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
I	IPVA PAGO EM	02/02/2015 1 ^ª	
P	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	
V	*****	2 ^ª	
A	0	3 ^ª	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO			
***** 30/09/2014			
OBSERVAÇÕES			
A.F BV FINANCEIRA S.A.			
JOAO PESSOA-PB			
15121		DATA 02/02/2015	
Assinatura Chaves Souza		15245	

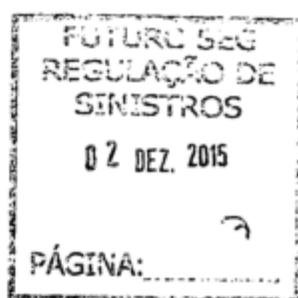
SEGURO DE PROTEÇÃO AO PROPRIETÁRIO DE AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE OU POR ÁREA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 011755543306 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

VIA	1	CPF / CNPJ	PLACA
RENAVAM	9471491479	OGD0640 / PB	MARCA / MODELO
ANO FAB.	2012	CAT. TARE	YAMAHA XMAX 250
CATEGORIA	9	NOVAIS	9C6KE1520D0132418
PRÉMIO TARIFÁRIO			
FINS (R\$)	DESENTRAL (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
*****	*****	*****	
CUSTO DO SEGURO (R\$)		SEGURADO PAGO	
PAGAMENTO		30/09/2014	
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA		PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br
15245-1207533-20150202





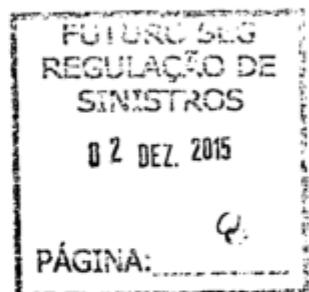
DECLARAÇÃO DE REGULARIDADE BANCÁRIA

Eu, Jenilson Silveira dos Santos,
Portador do RG: 36.325.07 e
CPF: 094.414.914-79, declaro para os devidos fins que possuo
Conta no Banco Banco Itaú, Ag: 0036,
Conta: 30.413-6, e que utilizo a mesma regularmente.

O referido é verdade e dou fé.

João Pessoa, 22 de setembro de 2015.

REQUERENTE: Jenilson Silveira dos Santos





Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Jenilson Silva dos Santos
 DATA DO ACIDENTE Jul/2015 CPF DA VÍTIMA 094.714.914-75

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Ricardo Andrade Pascareto

Nº 115 COMPLEMENTO 1º piso BAIRRO Centro

CIDADE São Pedro UF PB CEP 58200-000

E-MAIL _____ TELEFONE (_____) _____

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 RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS 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 QUEN REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 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 SOFRIDAS EM OCORRÊNCIA DO ACIDENTE, E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS 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 / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEN REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- 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 8.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE:

Nome: Lenilson Silva dos Santos
nacionalidade: Brasileiro (a) est. Civil:
Profissão: Passeiro
Identidade: 3632967 CPF: 094.714.914-79
Endereço: Rua Ricardo Alves de Maceió, n° 115
IPÊS, João Pessoa - Paraíba CEP: 58028-861

OUTORGADO:

Nome: Danilo de Araújo Nobre Leite
Nacionalidade: Brasileiro (A) est. Civil: Casado
Profissão: Administrador
Identidade: 19.294.39 SSP/PB CPF: 021.762.164-31
Endereço: Rua Francisco Léocadio Ribeiro Coutinho, 201 sala 208, Bessa,
João Pessoa, Paraíba, CEP 58.036-460.

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 Novembro de 2015.



Lenilson Silva dos Santos

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)

- G Cartório Garibaldi
9º Ofício de Notas

Av. Epitácio Pessoa, 2640
Tambauzinho - João Pessoa - Paraíba
F. (83) 3243.0377 - Fax: (83) 3243.0903

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de (LENILSON
SILVA DOS SANTOS(95656)). O referido é verdade, dou fé
em 11/11/2015. Vlr R\$8,60, Fepj R\$0,23, Farpen R\$0,23,
ISS R\$0,39

Operador: SAMILY, Selo Digital: ACJ48672-HGBU - Consulte
a autenticidade em <http://www.cartoriosdigital.com.br>

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS
02 DEZ. 2015
13
PÁGINA: