

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3150918263 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **JOSE MUNIZ DA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA HOSPICIO DE SOUSA MELO n° 00 - CENTRO - JERICO/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 1032130 - SSP**
Data local do exame: **07/01/2016 POMBAL/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA .

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA ,REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO.NEGA FISIOTERAPIA.ALTA MÉDICA.

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITAÇÃO DA ADM DO OMBRO ESQUERDO E RESTRIÇÃO A ELEVAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM DÉFICIT A SUSTENTAÇÃO DE CARGAS.DIMINUIÇÃO DA FORÇA MOTORA EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

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

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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)

OMBRO ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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 valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - POMBAL, 07/01/2016

Médico Perito: ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA CRM: 4183


Dr.ª Rosana B. Duarte de Paiva
Médica - CRM 4183 - PB/CREMEPE 19414
CPF: 587.738.514-34

Assinatura do perito Examinador - CRM

Rio de Janeiro, 28 de Outubro de 2015

Carta nº: 8077527

A/C: JOSE MUNIZ DA SILVA

Sinistro: 3150918263
Vitima: JOSE MUNIZ DA SILVA
Data Acidente: 12/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: PATRICIA GONCALVES DE OLIVEIRA

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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Novembro de 2015

Carta nº: 8134173

A/C: JOSE MUNIZ DA SILVA

Sinistro: 3150918263
Vitima: JOSE MUNIZ DA SILVA
Data Acidente: 12/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: PATRICIA GONCALVES DE OLIVEIRA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **28/10/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **12/08/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório

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 Investprev Seguradora S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2015

Carta nº: 8215757

A/C: JOSE MUNIZ DA SILVA

Sinistro: 3150918263
Vitima: JOSE MUNIZ DA SILVA
Data Acidente: 12/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: PATRICIA GONCALVES DE OLIVEIRA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **19/11/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **12/08/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório infor. incorretas

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 Investprev Seguradora S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Janeiro de 2016

Carta nº: 8389398

A/C: JOSE MUNIZ DA SILVA

Sinistro: 3150918263
Vítima: JOSE MUNIZ DA SILVA
Data Acidente: 12/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: PATRICIA GONCALVES DE OLIVEIRA

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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150918263

Cidade: Catolé do Rocha

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE MUNIZ DA SILVA

Data do acidente: 12/08/2015

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/01/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Trauma em ombro esquerdo

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: PAULA SEROA DA MOTTA SOUTO SOARES

CRM do médico: 52-90632-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

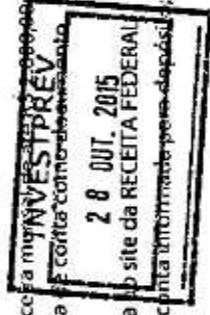
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, João Muniz da SilvaPORTADOR(A) DO RG Nº 1.032.130 EXPEDIDO POR SSP PB EM 12/07/11 ECPF 8906872719-49 / CNPJ 00000000-00, PROFISSÃO PROF. DE MATEMÁTICAE RENDA MENSAL DE R\$ 900 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DOSEGURO DPVAT DA VÍTIMA de meu ME, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Sussep 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 ~~benefícios~~ 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 Lotéticas com limite de movimentação financeira com limite de movimentação financeira
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com o objetivo de abertura de conta);
- 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 SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta vinculada por depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanher 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 009 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 05857 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 294216

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

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

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

Roberto do Rocio 11 de setembro de 2015

LOCAL E DATA

João Muniz da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela da tabela prevista na Lei 11.045/2004) e reembolso de até R\$ 7.700,00 em caso de despesas médicas hospitalares.

Banco Postal

*** Extrato de Conta Corrente ***

Agência : 30301564-AC JERICÓ
Terminal: 99329825 Id.fra.: 72708
Hr e Aut : 102740 Caixa : 81766329
Data : 01/10/2015 Hora : 10:27
(Horário de Brasília)

575702965 BANCO DO BRASIL S.A. 0227

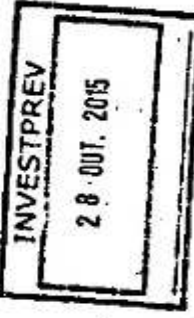
EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

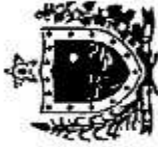
AGENCIA: 0585-1 CONTA: 79.427-6
CLIENTE: JOSE RUIZ DA SILVA

HISTÓRICO	DOCUM.	VALOR
23/09/2015		
Saldo Anterior		0.000
NAO HA LANÇAMENTOS		

LANÇAMENTOS FUTUROS:

DE 01/10/2015





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 715/2015

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data do fato: **12/08/2015** hora: **11H30MIN**

Notificante: ****, alcunha ****, Nacionalidade: ***, naturalidade: ****, nascido em ***/***/****, documento: ***, filho de *** e de ****, endereço: *****, ***, referência: **.

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: **Excelentíssimo Senhor Sheldon Andrius Fluck**

Vítima: **JOSÉ MUNIZ DA SILVA**, alcunha ****, Nacionalidade: brasileira, naturalidade: Jericó/PB, idade: 53 anos, nascido em 10/07/1962, cor/raça: *****, Estado Civil: Casado, Profissão: agricultor, Escolaridade: *****, documento: RG 1.032.130 - 2ª VIA SSP/PB, filiação: Manoel Muniz e de Felisbela do Amor Divino, endereço: Rua Hospílio de Sousa Melo, nº 27, Centro, Jericó/PB, referência: ***. Tel/Cel: (**) ***;

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE na data e hora supracitadas a vítima estava conduzindo a motocicleta Honda CG 150 FAN EST, cor preta, Placa NQJ 1484/PB, Chassi 9C2KC1670BR545230, registrado em nome de BENEDITO FERNANDES DE OLIVEIRA, na rodovia que liga o Sítio Malhadinha. Jericó/PB a cidade de Jericó/PB, quando um animal (jumento) atravessou na frente da moto da vítima, tendo o mesmo desviado do animal, mas perdeu o controle da moto caindo no asfalto sofrendo varias escoriações pelo corpo; QUE a vítima foi socorrido por terceiros que o encaminharam ao Hospital Regional de Catolé do Rocha, sendo de imediato transferido para o Hospital Regional de Sousa, onde foi constatado a fratura da clavícula esquerdo, sendo necessário uma cirurgia para colocar pinos. Nada mais a consignar.

Catolé do Rocha, 01 de setembro de 2015. As 16:00 horas.

Jose Muniz da Silva

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
ROBSON LIMA SILVA - ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
Matrícula: 168.447-7

POLÍCIA CIVIL

DOCUMENTO 1 "T19"



INVESTPREV

28 OUT. 2015



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Jose Muniz da Silva portador da carteira de
 identidade nº 1032730 e inscrito no CPF/MF sob o nº 396372774-99
 residente e domiciliado na Rua Hospício de Souza Fulo, 517
 Cidade Imbu Estado PB 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.

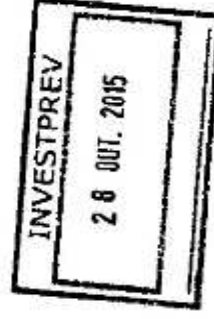
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia
 concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu
 conteúdo.

Jose Muniz da Silva

Assinatura do declarante
 conforme documento de identificação

PB, 06/10/15

Local e data





SERVIÇO NOTARIAL REGISTRAL LOPES OLIVEIRA
Rua Ellen Pereira da Silva, 9 - Centro

Reconhecido, por autenticação, a(s) firma(s) de:

JOSÉ MUNIZ DA SILVA

Doc. de Identificação: 08/12/2015

Notário: Sérgio Lopes de Oliveira Filho

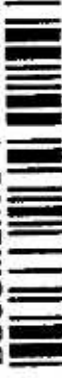
Selo Digital: AC47733-WV5B

Acesso a site: <https://saooriginal.pb.lus.br>

Aos

Senhores Responsáveis

DOCUMENTO 1 "T1%"



Venho por meio desta, em atendimento ao solicitado no meu processo de Invalidez permanente, informar que não há possibilidade de atender ao solicitado no processo em questão, em face da não prestação de socorro pelo Samu, Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Polícia Civil, bem assim pela equipe Anjos do Asfalto ou concessionário similar, pois não houve atendimento no local do acidente.

Outrossim, informa que não foi instaurado Inquérito Policial, bem como não houve qualquer cobertura de seguro privado, pelo fato de não haver contratação de sinistro auto.

Pó oportuno, vale ressaltar que não há qualquer amparo legal para tal requerimento/exigência, conforme se denota da Lei Especial que regulamenta a lide em questão, que segue colacionada abaixo:

Lei nº 6.194/74

(...)

Art.5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dado decorrente, independente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.(grifou-se)

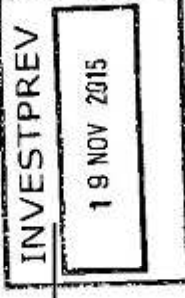
Ante os esclarecimentos acima esposados, requer a supressão de tal solicitado, como posterior pagamento da indenização devida, na extensa documentação já apresentada e nos preceitos da Lei Especial que regulamenta o sinistro objeto do presente feito.

Sousa-PB, 13 de Novembro 2015

JOSE MUNIZ DA SILVA

JOSE MUNIZ DA SILVA

CPF: 396.372.714-49





ATO

 GOVERNO DA PARAÍBA	ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL REGIONAL DR AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS	 HOSPITAL REGIONAL DE CATOLÊ DO ROCHA DE AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS
--	---	---

Declaração

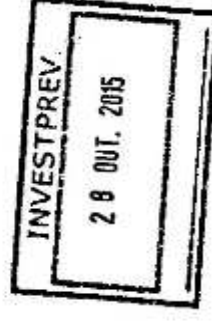
DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, JOSÉ MUNIZ DA SILVA, RG 1.032.130 2ª Via SSP/PB, residente e domicílio na Rua: Hospirio de Sousa Melo – Jericó - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar, por Dr. Miguel Mota Victor Filho – CRM 8138, no dia 12 de Agosto de 2015. Deu entrada na Urgência e Emergência, vítima de acidente de motocicleta, foram feitos os primeiros procedimentos e em seguida encaminhado para o Hospital Regional de Sousa. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

Giulia Dantlen F. Ramalho
Diretora Geral
Mat. 80924-5

Giulia Dantlen de Freitas Ramalho Monteiro
Diretora Geral

Catolê do Rocha – PB, 01 de Setembro de 2015.





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jose Muniz da Silva

RG nº 103 2130, data de expedição 11, Órgão SSP

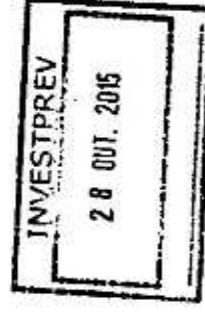
CPF nº 396 372 774-49, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Hospício de Souza</u>	<u>meu</u>
Número	<u>51N</u>	
Apto/Complemento		
Bairro	<u>Centro</u>	
Cidade	<u>Jurico</u>	
Estado	<u>PB</u>	
CEP	<u>58830-000</u>	
Telefone de Contato	<u>83-99344-6560/98787-8794</u>	
E-mail	<u>83-99654-0052</u>	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PB, 06/10/15

Assinatura do Declarante: Jose Muniz da Silva



EMPRESA PARANÁ ESTABILIZAÇÃO DE ENERGIA S.A.
 R. 220, Km 25 - Centro Administrativo - Jandaia do Sul/PR - CEP 85877-680
 CNPJ 009.096.183/0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-4

Nota Fiscal/Cota de Energia Elétrica Nº000 785.907
 Cód. de parâ. 011616. Arquivo de: 00000000785

Cursos/Idiomas RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
 Rótulo 11- 203 - 715 - 1880
 Referência Jun/ 2015
 Nº medidor: 00002393241
 Emissão 19/08/2015

2058 9433 0639 0613 8295 4887 6601 074

Jun / 2015

18/08/2015

17/07/2015

Consumo	Dias
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 13/08/2015 PAGAS.
OBRIGADO!

Histórico de Consumo
(kWh)

Mar15	64
Apr15	71
Mar16	89
Feb15	114
Jan15	122
Dec14	55
Nov14	80
Oct14	81
Sep14	82
Apr14	80
Jul14	57
Jun14	59

Média dos maiores muros
71 km/h

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
26/06/2015	R\$ 41,11

Discriminacao	Votor (R\$)	%
Empresas de Utilidade Publica	10,84	24,30
Comercio e Industria	13,02	29,34
Servicos e Energia	0,90	2,08
Servicos de Transportes	0,30	0,68
Empresas Saneamento	0,00	0,00
Transportes e Logistica	10,11	22,80
Outros Servicos	0,07	0,16
Total	43,32	100,00

Valor do encargo em Lado do Sistema de Distribuição do
Preço: 4/2015) R\$ 15,31

ATENÇÃO

INVESTPREV

28 OUT. 2015



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 pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu Patrícia Gonçalves de Oliveira portador(a) do

RG nº 3.677.892, expedido por SSPPB, em

22/05/12, CPF/CNPJ nº 093.792.284-65,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Joã

Muniz da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

da vítima Joã Muniz da Silva, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: _____ Renda Mensal: R\$ _____

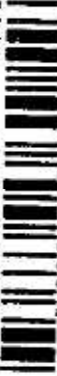
Documentos comprobatórios: _____

Patrícia Gonçalves de Oliveira

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

INVESTPREV

28 OUT. 2015



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Benedito Fernandes de Oliveira

RG nº 4.183.026, data de expedição 19/08/2013 Órgão SSDS-PB

Portador do CPF nº 154319.834-15, com domicílio na cidade de TEMÓ, no Estado de PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) JOSE MESQUITA

nº 343 complemento 0077A, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima JOSE MUNIZ DA SILVA cujo o condutor era JOSE MUNIZ DA SILVA.

Veículo: HONDA/CG 150 FAN EGI

Modelo: 2011

Ano: 2011

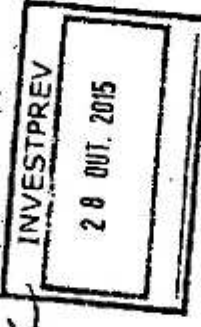
Placa: NQJ 1484 PB

Chassi: 9C2KC1670 BR 545230

Data do Acidente: 12/08/2015

Local e Data: _____

Benedito Fernandes de Oliveira
Assinatura do Declarante



JOSE MUNIZ DA SILVA

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



Entidade Prestadora do Atendimento

Código da Unidade: 2592460

CNPJ: 3675-6511

Nome: HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS

Endereço: RUA CASTELO BRANCO, 349

Bairro: BATALHÃO

Município: CATOLÉ DO ROCHA

Estado: PARAIBA

UF: PB

Paciente

Nome: José Muniz da Silva

Sexo: M

Idade: 53

Nome Social:

Profissão:

Telefone:

Documento: 96-1.032.730 PO

Endereço: R. Osipio de Sousa Melo

Bairro: Centro

Mãe: Edilvênia de Almeida

Município: Juazeiro

CEP: 58830-000

UF: PB

Código IBGE Município: 2503408

CNS: 306700268194420

Data de Nascimento: 10/07/1962

Data do Atendimento: 12/08/13

Raça / Cor

() 1 - Branca

() 2 - Preta

(x) 3 - Parda

() 4 - Amarela

() 5 - Indígena

() 99 - Sem Informação

Anamnese e exame físico (Sumário)

Ativo, eufórico, bem-estar, sem queixas.

Exame físico: sem alterações.

Exames realizados na unidade (Tipos):

Resultados

Caráter do Atendimento

() 01 - Eletivo

() 02 - Urgência

() 03 - Acidente no local de trabalho ou a serviço da empresa

() 04 - Acidente no trajeto para o trabalho

() 05 - Outros tipos de acidente de trânsito

() 06 - Outros tipos de lesões e envenenamento por agentes químicos ou físicos

Natureza da Consulta

☐ Consulta simples

☐ Consulta com medicamento

☐ Consulta com observação

☐ Consulta Ortopédica

☐ Procedimento de Urgência

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

Procedimento - Descrição:

InvestPREV

28 OUT 2015

Diagnóstico

Fração de Coração

CID - 10

Medicação

() Prescrita

() Aplicação

Encaminhamento

() Observação

() Internação

() Óbito

() Residência

() Outro Hc

() Outros

Serviços Realizados: Código / Procedimento

1.

2.

3.

Assinatura do(s) Profissional(is) Assistente(s) - Carimbo

CRM-RS 121

CRM-PB 5457

CNS

CBO

CRM

Assinatura do Paciente / Acompanhante Ou Responsável

Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo

Assinatura do Revisor Administrativo - Carimbo

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

*** Nome:**

Leito:

[illegible]

SINAIS VITAIS

[illegible]



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA

CONSULTA BÁSICA (PAB):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

CÓDIGO DA UNIDADE: 2613476 CNPJ/CPF: 08.778.267/0027-08

NOME: HOSPITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

ENDEREÇO: RUA JOSÉ FACUNDO DE LIRA B: GATO PRETO Nº 433 CPE: 58.802.180.

MUNICÍPIO: SOUSA

ESTADO: PARAÍBA

UF: PB

PACIENTE:

C.SUS: 106.7002 6817.7420 IDADE: 53 SEXO: M RAÇA: 03

DATA NASC: 10/07/62 PROFISSÃO: agricultor

ENDEREÇO: R. Hospital de Sousa, Melo

BAIRRO: Beira Rio MUNICÍPIO: Sousa

ESTADO: PB CEP: 58.830.000 DOCUMENTO: RG - 1.032.130

DATA DO ATENDIMENTO: 12/08/15 COD. MUNICÍPIO: 25.07.40

CONTATO (33) 9631-8338 Mãe: Telesbela do Amor Divino

ANAMNESE DE EXAME FÍSICO SUMÁRIO:

Vitória de Araújo
de Sousa (sic) e
filho - Telesbela
do Amor Divino

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS:

Rx - car. labial
Outro exame

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1.
2.
3.
4.
5.

DIAGNÓSTICO / CID

Tratamento de doença crônica

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO:

- ☐ 01- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERG
☐ 02- PRIMEIRA CONSULTA; (ELETIVA)
☐ 03- CONSULTA SUBSEQUENTE; (ELETIVA)
☐ 04- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE
☐ 05- VACINAÇÃO DE ROTINA
☐ 06- VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);
☐ 07- VACINAÇÃO DE CAMPANHA;
☐ 08- PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE
☐ 09- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

- ☐ 01- PRESCRITO ☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNO
☐ 02- APLICADA ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ OBITO ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) CARIMBO(S)

CIC 95.741.34-37

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR
ADMINISTRATIVO - CARIMBO

INVEST.PREV
20.001.2015



SUS HOSPITAL REGIONAL DE MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SOUSA - PB.

MAT.: 118.442

Nome: João Luiz da Silva Bloco: Apt.: Leito:
D.N.: 10/07/62 Est. Civil: C Resp.: Resumo nomeado Suplg
Rua: R. Capão do Saco mto Cidade: Itaó Est.: PB
Médico Assistente: Dr. Amos Clínica: Enfermaria
Data da Internação: 10/08/65 Peso: Temperatura: P.A.:

ANAMNESE:

Queixa Principal:

História da Doença Atual: Sauv. v. sup de cavidade
de pulmão (S.C.) e Dors. Cervical
Pronto, impiedade da mesma
e mais exacerbações: febre
Exame físico: po. R. de tosse - febre
cardíaca e chamada E. pulmão

EXAME FÍSICO:

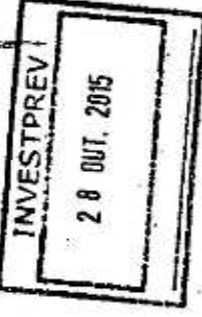
Sauv. de ele. v. sup. E. pulmão
+ E. pulmão

DIAGNÓSTICO:

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO





HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

INVESTPROV
ERICA
20 OUT. 2000

Categoria:

[Handwritten signature]

Hospital

HRS

Nome do Paciente

Jose Luis

Nº Prontuário

118.472

Data Operação

Dr. Leonid S. de Abreu

Leito

Operador

1.º Auxiliar

2.º Auxiliar

3.º Auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Tipo de Anestesia

Diagnóstico Pré-Operatório

Sr. Ferluz claudia Epitelo

Tipo de Operação

fpo Cingulo (os fender)

Diagnóstico Pós Operatório

Relatório Imediato do Patologista

Exame Radiológico no Ato

Acidente Durante a Operação

DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Técnica e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1) Não há devolução do
- 2) Plano anterior, antefixo e com
- 3) Intra anterior, observ por
- 4) Plano, histeroscopia
- 5) Redução cl fix mulher 2.5
- 6) fute por

Dr. Leonid S. de Abreu

TRAUMATOLOGIA - ORTOPEDIA

CRM-SP 13828-B-521

INVESTPREV

28 OUT. 2015



**SUS HOSPITAL REGIONAL DE MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES
SOUSA - PB.**

MAT: 118.472

Nome: João Luiz da Silva Bloco: Ap.º Leito:
N.: 10.07.82 Est. Civil: C Resp.: Procedimento número 5112
Rua: R. Depoio do Saramito Cidade: Água Est.:
Médico Assistente: Dr. Gelson Clínica: Enfermeira
Data de Internação: 14/08/2015 Peso: Temperatura: P.A.:

ANAMNESE:

Queixa Principal:

História da Doença Atual: Sauv. utero de acidente
de parto (f.c.) e DRS. Ovario
Pronto. Impossibilidade de manter
e mais
ovulação - folicul
EXAME FÍSICO: PO R de tosse - fútil
Cervical forte e choro e fútil

DIAGNÓSTICO:

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Antônio
Enfermeiro
C.R.C. 2122

Sauv. de choque e fútil
+ Gerson

INVESTPREV

28 OUT. 2015

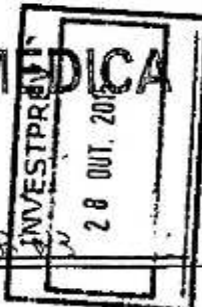


HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Estado da Paraíba

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

PRESCRIÇÃO MÉDICA



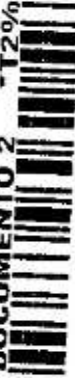
Nome: José Maria Idade: Cor: Enfermaria: 28 Leito: 21 Categoria:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO
11/	① Dieta / 1 vez após almoço		
28/	① 5 P.A. 1.000mg IV 1x	22:06	
29/5	② cefazolin 1g IV 8:00h	22:06	
	③ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	④ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	⑤ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	⑥ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	⑦ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	⑧ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	⑨ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	⑩ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	⑪ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	⑫ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	⑬ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	⑭ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	⑮ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	⑯ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	⑰ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	⑱ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	⑲ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	⑳ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	㉑ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	㉒ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	㉓ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	㉔ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	㉕ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	㉖ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	㉗ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	㉘ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	㉙ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	㉚ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	㉛ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	㉜ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	㉝ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	㉞ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	㉟ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	㊱ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	㊲ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	㊳ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	㊴ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	㊵ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	㊶ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	㊷ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	㊸ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	㊹ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	㊺ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	㊻ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	㊼ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	㊽ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	㊾ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	
	㊿ 1.000mg cefazolin IV 8:00h	22:06	

TRATAMENTO
CINQUENTA
CINCO

TRATAMENTO
CINQUENTA
CINCO

TRATAMENTO
CINQUENTA
CINCO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Patricia Gonçalves de Oliveira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.677.892 -2 VIA EXPENSAO 22/05/2012

NOME PATRICIA GONÇALVES DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO ANTONIO OLIVEIRA DA SILVA
JOSEFA GONÇALVES BRAGA

NATURALIDADE SCUSA-PB

DOC ORIGEM NASC.N.39294 FLS.73 LIV.A-35
CARTORIO SOUSA-PB

CNP 093.792.284-65

DATA DE NASCIMENTO 21/07/1991

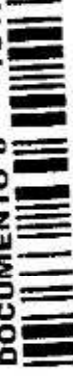
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 28.05.2010

INVESTPREV

28 OUT. 2015

DOCUMENTO 6 "169%"



UNIO PARANÁ VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 10/07/2011

REGISTRO GERAL 1.032.130 - 2 VIA EXPEDIÇÃO 12/07/2011

NOME JOSÉ MUNIZ DA SILVA

FLIAÇÃO MANOEL MUNIZ

FELISBEIA DO AMOR DIVINO

NATURALIDADE

JERICÓ-PB DATA DE NASCIMENTO 10/07/1962

DOC ORIGEM

CASAM N. 6604 FLS. 158 LIV. B13

CP CARTÓRIO CATOLÉ DO ROCHA-PB

396.372.714-49

JOSÉ PEREIRA - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/06/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOC. P. 917

INSTITUTO DE POLÍCIA DE IDENTIFICAÇÃO

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

800

10/07/2011

JOSÉ MUNIZ DA SILVA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

INVESTPREV

28 OUT. 2015

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 Nº 011575761771
 PRM 20151300004076-0 EXERCÍCIO

VIA 1 0033442766-5 00/00000000 2015

BENEDITO FERNANDES DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ 15431983415 PLACA NOJ1484/PB

PLACA ANT. NOVO PB 9C2KC1670BR545230

ESP. DE USO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVO ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2011

CAP. POT. 2 P/149 7CI PART. PRETA

COTA ÚNICA 14705/2015 VENC. COTA ÚNICA 1º

P V A FAIXA LEVA 0 PARCELAMENTO / COTAS 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 00000000 PRÊMIO TOTAL (R\$) 00000000 DATA DE PAGAMENTO 14/05/2015

OBSERVAÇÕES

REST. BEN. TRIBUTÁRIO

JERICO 389 14/05/2015 15024

 Valdeci Alves de Almeida
 Chfco - Posto CIRETRAN
 Mat. 15024

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT
PB Nº 011575761771 BILHETE DE SEGURO DPVAT
BENEDITO FERNANDES DE OLIVEIRA

 COTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERC
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

 www.dpvatoobrigatoriodetrancito.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

2015 14/05/2015

VIA BENEDITO FERNANDES DE OLIVEIRA

R. NOME MARCA/MODELO

Nº 15431983415 Nº CHASSI NOJ1484/PB

00334427665 HONDA/CG 150 FAN ESI

PRÊMIO TARIFÁRIO 2011 9 9C2KC1670BR545230

SEGURO P A G O

PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

 CNPJ 03.248.800/0001-04
 www.seguradonalider.com.br

15024-1032104-20150514

INVESTPREV

28 OUT. 2015

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150918263

Cidade: Catolé do Rocha

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE MUNIZ DA SILVA

Data do acidente: 12/08/2015

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA .

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO DA ADM DO OMBRO ESQUERDO E RESTRIÇÃO A ELEVAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM DÉFICIT A SUSTENTAÇÃO DE CARGAS.DIMINUIÇÃO DA FORÇA MOTORA EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA ,REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO.NEGA FISIOTERAPIA.ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 07/01/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA

CRM do médico: 4183

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

PRESTADOR

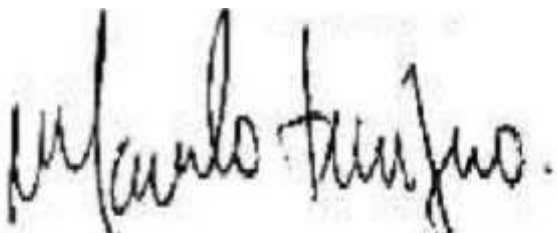
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARCELO TERRIGNO

CRM do médico: 52.55920-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOSE MUNIZ DA SILVA
 Nacionalidade: BRASILEIRO
 Estado Civil: DESOLTO
 Identidade: 1032130
 CPF: 396-372.714-49
 Profissão: AGRICULTOR
 Endereço: RUA HOSPIRIO DE SOUSA MGLO N°27 JERICO-PB

OUTORGADO:

Nome: PATRICIA GONCALVES DE OLIVEIRA
 Nacionalidade: BRASILEIRA
 Estado Civil: SOLTEIRA
 Identidade: 3.677.892
 CPF: 093.792.284-65
 Profissão: SECRETARIA
 Endereço: Travessa Duque de Caxias, Sousa/PB

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meubastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, afim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Jose Muniz da Silva



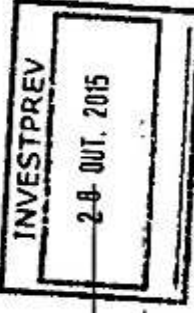
3º OFÍCIO
SOUSA-PB

SOUSA-PB 09/10/2015

Local edata

JOSE MUNIZ DA SILVA

Assinatura do Outorgante



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:
 JOSE MUNIZ DA SILVA
 Em test. da verdade, Sousa-PB, 09/10/2015 09:33:41
 Maria Thais Lopes Pedrosa Cesarino - Escrevente
 2015-012953 JENL:R\$ 17,75 FAREM:R\$ 0,23 FAREJ:R\$ 0,23 TSS:R\$ 0,23
 SELO DIGITAL: ACF65651-4702
 Verificar a autenticidade em: <https://selodigital.pb.jus.br>

Maria Thais Lopes Pedrosa Cesarino
 Escrevente Autorizada
 OAB/PB 2015-012953