

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2017

Carta nº: 11789982

A/C: CELSO ANTONIO DA SILVA SOARES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170539892 ASL-0384058/17
Vítima: CELSO ANTONIO DA SILVA SOARES
Data Acidente: 06/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

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, 18 de Outubro de 2017

Carta nº: 11825582

A/C: CELSO ANTONIO DA SILVA SOARES

Sinistro: 3170539892 ASL-0384058/17
Vítima: CELSO ANTONIO DA SILVA SOARES
Data Acidente: 06/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

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 Dezembro de 2017

Carta nº: 12176530

A/C: CELSO ANTONIO DA SILVA SOARES

Nº Sinistro: 3170539892
Vítima: CELSO ANTONIO DA SILVA SOARES
Data do Acidente: 06/08/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

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: **CELSO ANTONIO DA SILVA SOARES**

Valor: **R\$ 135,00**

Banco: **104**

Agência: **000001914**

Conta: **00000132479-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	135,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 1,00%

Valor a indenizar: 1,00% x 13.500,00 =	R\$	135,00
--	-----	--------

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

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA S



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, Celso Antônio da Silva SoaresPORTADOR(A) DO RG Nº 4.445.963EXPEDIDO POR SSDS - PBEM 14 / 09 / 16CPF 314187984-60 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Receita - 22

E RENDA MENSAL DE R\$ 2000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Celso Antônio da Silva Soares, 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 podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- 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 informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

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.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresarial e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4944 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 132.439-2

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.

Santo Rô - PB, 27 de Setembro de 2017

LOCAL E DATA

CELSON ANTÔNIO DA SILVA SOARES

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 | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 26/09/2017

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 001

AG: 1914 SANTA RITA OPER: 013 CONTA: 132.479-2

PERIODO: 26092017 ATE: 26092017 CPF: 714.187.984-60

NOME: CELSO ANTONIO DA SILVA SO VLR.BLQ.JUD. : ~~207,164~~

DATA MOV	NR.DOC HISTORICO	TAXA	VALOR	SALDO
----------	------------------	------	-------	-------

F1 AJUDA	F4 SALDO POR DATA LIMITE	F7 VOLTAR PAG.	TEX2F241
F3 RETORNAR	F6 EXTRATO ANTERIOR	F8 AVANCAR PAG.	F12 FINALIZAR





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

Delegacia Geral da Polícia Civil

7ª Delegacia Distrital de Cabedelo



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

N.º 63/2017

DADOS DO FATO

Data/hora de registro:

11/02/2017 12h17

Circunscrição:

7ª DELEGACIA DISTRIITAL DE CABEDELO

Escala Serviço:

EXPEDIENTE

Tipificação Provisória:

LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data/hora do fato:

Tipo do local:

Local do Fato:

AVENIDA RUA, PRACA, ETC.
SANTA RITA-PB

Boletim de ocorrência



Nome:

Sexo:

Nacionalidade:

Estado Civil:

Nome do pai:

Nome da mãe:

RG

Profissão:

Endereço Residencial:

Telefone Residencial:

Endereço Comercial:

Telefone Comercial:

E-mail:

VITIMÁ-COMUNICANTE(1)

ROSICLEIDE PEREIRA DA SILVA

FEMININO

BRASILEIRO

SOLTEIRA

ANTONIO HENRIQUE DA SILVA

MARIA DE LOURDES PEREIRA

3040162 SSP-PB

DOMÉSTICA

RUA CICERO GADELHA, Nº 235, ALTO DA BOA VISTA, BAYEUX-PB

ZONA URBANA

83-98668-3422

Nascimento: 03/10/1980

Idade: 36 a 45

Naturalidade: SANTA RITA-PB

Cor/Raça: NÃO INFORMADA

CPF: 080.240.864-84

HISTÓRICO

ROSICLEIDE PEREIRA DA SILVA INFORMA QUE NO DIA 06/08/2016 QUANDO SEU FILHO, O MENOR CELSO ANTONIO DA SILVA SOARES TRAFEGAVA COMO PASSAGEIRO EM UMA MOTOCICLETA HONDA POP 110 DE PLACA OXO-6213/PB PELA RUA OTÁVIO AMORIM, NO BAIRRO DE SANTA CRUZ, NAS PROXIMIDADES DA LINHA DO TREM NA CIDADE DE SANTA RITA-PB, FOI ATINGIDA POR UM VEÍCULO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA QUE AVANÇOU O CRUZAMENTO E, EM DECORRÊNCIA DE TAL FATO, O CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO, CAINDO AMBOS SOBRE O SOLO, SOFRENDO DIVERSAS LESÕES, TENDO SIDO SOCORRIDOS PELA AMBULÂNCIA DO CORPO DE BOMBEIROS E ENCAMINHADOS AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA EM JOÃO PESSOA-PB, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO.

Vítima/Comunicante: Rosicleide Pereira da SilvaElaborado por: ANTONIO CARLOS DOS SANTOS, Policial Civil.

Vanildo Wanderley Lins Filho
Agente de Investigação-Polícia Civil
Matrícula 156.268-1

Ligue 197 – Sua denúncia é importante!



**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML**

Eu, Celso Antonio da Silva Soares,
portador da carteira de identidade nº 4.445.953 e inscrito no
CPF nº 714.187.984-60, residente e domiciliado na
Rua May. 09 Set. Vidal de Negreiros, Ladoado, CP 58300-930

Cidade Santa Rita, 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.

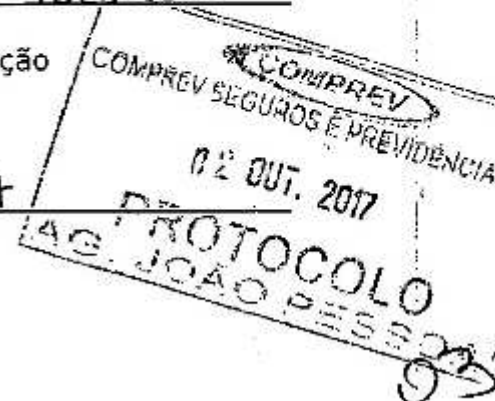
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa
perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao
direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Celso Antonio da Silva Soares

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

Santa Rita - PB, 27/09/2017

Local e data





VISTO EM: 03/10/16

Comandante do BAPH
Kally Sabrina do N. Silva

TEN. CEL. QOBM- 521.280-4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES**

Comprovação de ato declaratório



João Pessoa-PB, 29 de Setembro de 2016.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 359/2016

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 06/08/2016, conforme requerimento nº 362746, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 08h23min o/a Sr.(a) **CELSON ANTONIO DA SILVA SOARES** Certidão de Nascimento Nº 60.948, vítima de acidente de trânsito (colisão moto x carro), ocorrido na Rua Otávio Amorim, Santa Cruz, Santa Rita/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-44, tendo como chefe o **SUBTENENTE BM Ronaldo da Silva Mendes**, Matrícula 517.384-1, constatou no local da ocorrência que a vítima encontrava-se consciente e orientada, apresentando edema e ferimento na região frontal, fratura no dedo mínimo esquerdo e ferimento entre os dedos do pé direito. A vítima era condutora da motocicleta e não usava capacete. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

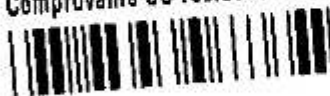
Para constar, eu **Elizabeth Gurjão Leônico Pinheiro** SD BM, Mat. 523.935-01 (assinado) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

Chefe da 3ª Seção
Ten. QOBM
Mat. 523.685-1

Chefe da 3ª Seção

**GOVERNO
DA PARAIBA**Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3216-7979 (FAX) - E-mail: crahpb@bombeiros.pb.gov.br

Comprovante de residencia



CAIXA

A vida pede mais que um banco



0129 - CTC RECIFE PE PL12 DATA DE POSTAGEM 04/05/2017

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NE
AV COREMAS 172
CENTRO
58013-430 JOAO PESSOA PB



7211307021048103400392442130040517



17



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, celso Antonio da Silva Soares

RG nº 4445.963, data de expedição 14 / 09 / 2016,

Órgão SSDS-PB, CPF nº 714.187.984-60, 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)	Rua Proj 09
Número	21 nº
Aptº / Complemento	Lot Lidal de nequinos
Bairro	lodeado
Cidade	Santa Rita
Estado	PB
CEP	58300 - 970
Telefone de contato	83-98849-5530 / 83-99113-0753 / 83-3506-1910
E-mail	ccf.ados@gmail.com

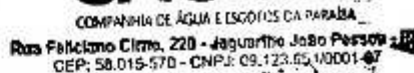
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Rita - PB, 27 / 09 / 2017.

CELso Antonio DA SILVA SOARES

Assinatura do Declarante

24



71615169

REFERENCIA

JUL 2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

ROSICLEIDE PEREIRA DA SILVA
RUA PROJ 09 LOT VIDAL DE NEGREIROS NUM. SN
CADEADO 58340 970
SANTA RITA

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias			Responsável
003.P 018.0100		0	2	0	0	80484220
Hidrômetro 3022	Data de Instalação 22/02/2016	Localização 4	Situação Água LIGADO		Situação Esgoto POTENCIAL	

EROR	ATUAL	CONSUMO (m3)	JUN. DE DIA	PROXIMA LEITURA
	82		31	05/08/2017
CONS./ANOR. LEIT	QUANT. DE	AQUA-DECRETO 2.914/2011-MS		
JAN/2017	8	0	PARA EXIG.	ANALIS. CONFORMES
FEV/2017	1	0	CON	20 115 115
MAR/2017	9	0	TURBIDIZ	79 115 115
APR/2017	0	0	COL. TERMOT	0 0 0
MAI/2017	9	42	CLORO	79 115 115
JUN/2017	2	0	COL. TOTALS	79 115 115
MEDIA(M)	7		DADOS REFERENTES A: MAI/2017	

DATA DA LEITURA: 07/07/2017	HORA DA LEITURA: 09:35:41
DESCRIÇÃO	VL AGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)
RESID: TAL CONSUMO ATE 10m	36,84 R\$36,84

VALOR APPROX. DO DE TRIBUTOS, R\$ 41 PIS E COFINS, LEI 12.741/12

VENCIM. POR	Total a Pagar:	R\$36,84
-------------	----------------	----------

v. 16.11 '11 1.0



COPIA DE LEITURA REALIZADA: 01/08/2010
TIPO DE TARIFA: NORMAL
POSICAO DE DIB. ANTERIORES: 01/08/2010
EXISTENCIA CONTRAS ANTER. EM DEB.TO.

INFORMACOES GERAIS:
ACOMPANHE COMO ESTA SEU APLICATIVO: SEU DINHEIRO
WWW.TRANSPARENCIA.PR.GOV.BR



CAGEPA

MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
71615164	JUL/2017	19/07/2017	R\$36,84

82610000003-7 16151640720-2 17000000002-7





ANEXO II

DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP 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 de 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, Adailson Luiz de Queiroz Latimbo Neto,
portador (a) do RG Nº 22.742, expedido por OAB/PB,
em 07 / 05 / 2016, CPF/CNPJ Nº 007.854.364-99, na qualidade de
procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Elton Antonio da Silva Soares

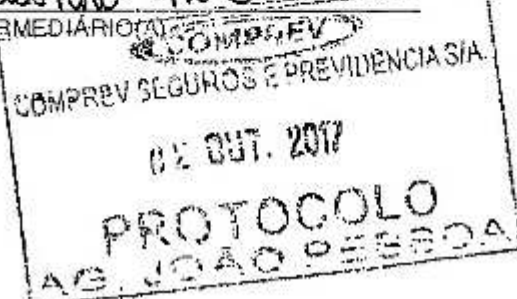
do sinistro de DPVAT da natureza Imolidez
da vítima Elton Antonio da Silva Soares,
e conforme determinação da Circular SUSEP Nº 445/12, declaro as informações
solicitadas:

Profissão: Recebeu-se Renda Mensal: R\$ Recebeu-se

Documentos comprobatórios: Recebeu-se

X Adailson Luiz de Queiroz Latimbo Neto

ASSINATURA – PROCURADOR(A)/INTERMEDIÁRIO(A)



Declaração do Proprietário do Veículo

Declaração do proprietário do



Eu, Rosicleide Pereira da Silva,
 RG nº 3040462, data de expedição 23 / 07 / 2002,
 Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 080.240.884-84,
 com Domicílio na cidade de Santa Rita, no Estado
 de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Dr. O. L. V. de Aguiar
loteado nº 51m², 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
Elton Antônio da Silva Soares, cujo o condutor
 era Rosicleide Pereira da Silva.

Veículo.....: motocicleta
 Ano.....: 2016
 Modelo.....: Honda / Pop 110T
 Placa.....: OXO 6213
 Chassi.....: 9C2 5801 MGR 052406
 Data do acidente.: 06/08/2016

Local e data: Santa Rita - PB, 31 de Agosto de 2017



X Rosicleide Pereira da Silva

Assinatura do Declarante Proprietário

(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X

Assinatura do CONDUCTOR (quando a vítima for carona)

(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	CELSO ANTONIO DA SILVA SOARES
DATA DE NASCIMENTO	06/08/99
NOME DA MÃE	ROSICLEIDE PEREIRA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	938.464
DATA DO ATENDIMENTO	06/08/16
HORA DO ATENDIMENTO	08:56
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE FALANGE DISTAL DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO
CID 10	S62.6

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada: Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, apresentando hematoma de face, com ferimento corto-contuso na região frontal, sinais de fratura com desvio em falange distal do 5º quirodáctilo esquerdo. Abdomen sem queixas. Glasgow 15.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Ultrassonografia do abdômen total
RX de mão esquerda AP/Ob

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura e luxação na mão esquerda.

TRATAMENTO:

Realizado redução + imobilização da fratura do 5º dedo da mão esquerda.

ALTA HOSPITALAR:	06/08/16
DATA DA EMISSÃO:	25/01/17

DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA
MÉDICO ORTÓDONTICO
CRM: 2329/PB

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 938464



Identificação do paciente						
ID 1066932	Nome CELSON ANTONIO DA SILVA SOARES	Sexo Masculino				
Data de nascimento 06/08/1999	Idade 17 anos	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião	Pronúncia		
Mãe ROSICLE DE PEREIRA DA SILVA	Pai CELSON DE OLIVEIRA SOARES					
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) SOLANGE FERREIRA DE LIMA - ACOMPANHANTE					
DDD Móvel 63	Fone Móvel 986683422	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Nº Cns 206091046020007				
Local de procedência SANTA RITA	Tipo MUNICIPIO		UF PB			
Email	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58300630	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro ANDRÉ VIDAL DE NEGREIROS			
Número SN	Complemento	Bairro VILA TIBIRI				
Admissão						
Data e hora 06/08/2016 08:56:57	Número da pulseira 1000005633684	Cobertura SUS				
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL					
Classificação de risco	Origem do paciente RUA					
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Via de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte SAMU	Quem transportou AMB SAMU					
Sinais Vitais						
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por MARIELE JANAINA DA COSTA GAMA						Tempo 05min 27seg

Imprimir

02/09

06

00/08/16. # NEURO #
(BH 10)

Principais Km,
ECU: 73/111-

cd Alta de

hex.
© Odenk E

Dr. Lúcio de Fátima Neto
Neurocirurgião Especialista
Neurocirurgia CPM-PB 7030





Primeiro Atendimento Médico

100000633004 BE.: 938464
CELSO ANTONIO DA SILVA SOARES
DT. NASC.: 06/08/1990
RAS: ROSTLEIDE PEREIRA DA SILVA
END.: ANDRÉ VIDAL DE NEGREIROS
N. SM - VILA TIGRE
SANTA RITA
FONE: ()
CELULAR: (63) 996623422
IDADE: 17
DT. ENTRADA: 08/09/2015 08:56:57

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: _____ IDADE: _____

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

*Acidente de moto colisão
com poste de concreto bem forte
em via pública. Lesões
do crânio, tórax e membros*

EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☐ Pépicas ☐ Obstruídas
AÉREAS
CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☐ Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☐ Sim ☐ Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ Sem dificuldade
☐ Com dificuldade
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA
☐ APNÉIA
AUSCULTA PULMONAR:
1- MURMÚRIO VESICULAR
HTD: ☐ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente
HTE: ☐ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente
2- RUÍDOS
HTD: ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores
HTE: ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores
FR: _____ imp SaO₂ _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☐ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica
☐ Ictérica ☐ Ictérica
TEMPERATURA DA PELE: ☐ Normal ☐ Quente ☐ Fria
PULSO: ☐ Normal ☐ Aumentado
☐ Fino ☐ Ausente
AUSCULTA CARDÍACA:
RÍTMO: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente
BULHAS: ☐ Normotônicas ☐ Hipofonéticas
☐ Hipofonéticas ☐ Ausente
SOPRO: ☐ Presente ☐ Ausente
BE OU B4: ☐ Sim ☐ Não
FC: _____ bpm PA: _____ X mmHg T: _____ °C
ECG: _____

ABDOMEN:

Do

DEFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fotoreagente ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

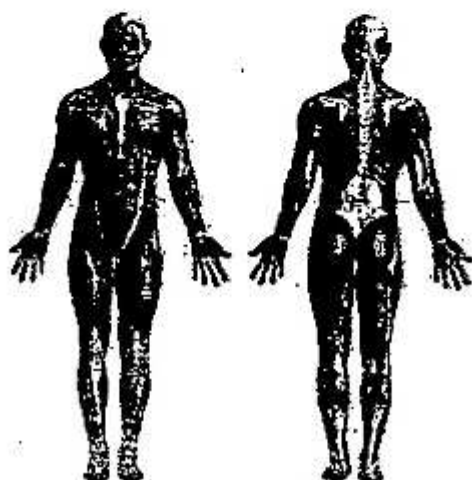
ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao continuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: () Não () Sim: _____
 MEDICAMENTOS: () Não () Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: () Não () Sim: _____
 PATOLOGIA: () Não () Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: () Não () Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente no lado →



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Efisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS: _____

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%): _____ % Graus de queimadura: () 1º grau () 2º grau () 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

- ☒ Radiografias
☒ Ultrassonografia (FAST)
☐ Tomografia computadorizada
☐ Lavado peritoneal
☐ Gasometria arterial
☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUITAS E PROCEDIMENTOS	CODIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1			
2			
3	Realização de sutura em Hílex direita		
4	Solicito Rx de mão Esq. APE e alívio		
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da NOBUNO / ORTOPEDIA às _____ do dia _____
 Solicito parecer da _____ às _____ do dia _____

DESTINO DO PACIENTE

DATA 6/8/16
 SAÍDA 18:50
 HORAS: _____
☐ Centro cirúrgico
☐ Transferência (unidade de saúde)
☒ Internado (setor)
☒ Alta hospitalar
☐ Obito
☐ Atividade
☐ Decisão médica
☐ Após 48 hs.
☐ A pedido
☐ Família
☐ A reavalia
☐ JML
☐ Desistência
☐ SVO

ASSINATURA/CARIMBO

Dr. Roberto Bery Dantas
 CRM - 1968
 Cirurgião Geral

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



100000533004 BE: 938484
CELSO ANTONIO DA SILVA SOARES
DT. NASC.: 08/08/1988
MAR: ROSICLEIDE PEREIRA DA SILVA
END.: ANDRÉ VIDAL DE NEGREIROS
R. 38 - VILA TIGRE
SANTA RITA
FONE: ()
CELULAR: (03) 99883422
IDADE: 17
DT. ENTADA: 04/08/2016 00:56:57

B.E./PRONTUÁRIO

IDADE:

DT. ENTADA: 04/08/2016 00:56:57

AValiação DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE:

PROCEDÊNCIA: ☐ Domicílio ☐ Ambulância de resgate ☐ Ambulância SAMU

TIPO DE ACIDENTE: ☐ Moto ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Atropelamento
☐ Envenenamento ☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Arma de Fogo ☐ Arma branca ☐ Outros: _____

TIPO DE LESÃO: ☐ Fratura fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Esmagamento ☐ Laceração ☐ Queimadura
☐ Mordedura ☐ Objeto encravado ☐ Ferimento contínuo ☐ Amputação membro ☐ Outros: _____

LOCAL DA LESÃO: ☐ Membros sup. ☐ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros: _____

DADOS CLÍNICOS (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:

EXAME FÍSICO PA: 120/70 mmHg P: 72 bpm SpO2: 98% Tax: _____

Sistema Neurológico: ☒ Consciente ☐ Inconsciente ☒ Orientado ☐ Desorientado
Nível de Consciência: ☒ Simetria: ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas
Avaliação das pupilas: ☐ Tamanho: ☐ Midríase ☐ Miose

Sistema Respiratório: ☐ Ventilação invasiva ☒ Ventilação espontânea ☐ Vias aéreas pervias
☐ Traqueostomia ☐ Respiração rápida ☐ Obstrução parcial das vias aéreas
☐ Respiração ruidosa ☐ Suporte ventilatório não invasivo ☐ Obstrução total das vias aéreas
Sistema Circulatório: ☐ Pulso ausente ☐ Pele fria e úmida ☐ Perfusão tissular satisfatória
☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Perfusão tissular comprometida
☐ Palidez ☐ Outros: _____

Sistema Digestório: ☐ HDA ☐ Uso de SNG ☐ Vômitos ☐ Dor à palpação superficial
☐ HDB ☐ Corpo estranho ☐ Dor à palpação profunda
☐ Rigidez abdominal ☐ Distensão abdominal
Outros: _____

Sistema Genito-urinário: ☐ Disúria ☐ Hematúria ☐ Oligúria ☐ Polúria ☐ SVD ☐ Outros: _____

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: ☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Câncer ☐ Alergias ☐ Cirurgias
☐ Intimações ☐ Outros: _____ Especificar: _____

USO DE MEDICAÇÃO? ☐ Sim ☐ Não Especificar: _____

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO: _____

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? ☐ Sim ☐ Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:
Paciente com lesão na cabeça, nariz, boca e membros superiores, apresentando ferimentos e queimaduras. Sinais vitais estáveis.

DESTINO: _____

ENFERMEIRO: _____ COREN: _____

F(NG) ENF. 022-1



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

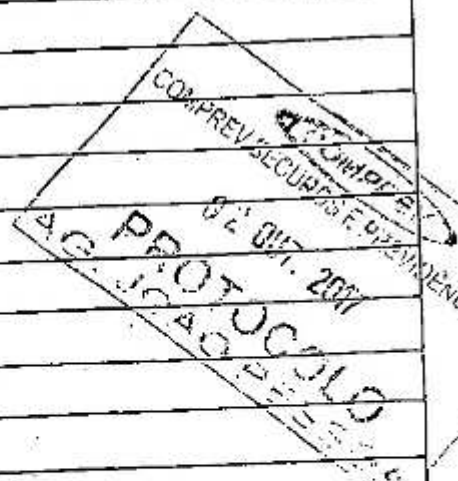
BE/PRONTUÁRIO

180000633884 BE: 938464
CASSO ANTONIO DA SILVA SOARES
DT. NASC.: 08/08/1999
MRE: ROSICLEIDE PEREIRA DA SILVA
END.: ANDRE VIDAL DE MENEZES
N. EN - VILA VISINI
SANTA RITA
FONE: ()
CELULAR: (82) 988602422
IDADE: 17
DT. ENTRADA: 08/08/2016 09:36:57

Nome do paciente

Celso Antônio da Silva

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
06/08/16		# Autopsia
		Paciente vítima de acidente de moto. Repõe color em mo (E).
		Exame: LOTE, exposto
		Apresenta ferimento corto - Contuso em região frontal
		Apresenta ulteriores em joelho (E).
		Mo (E): Apresenta ulteriores em mo e deformidade
		em 5º dedo do pé.
		MHI sem queixas e sem alterações, digito ferimento em
		porção lateral; presença de fratura com desvio
		em falange distal do 5º dedo do pé mo
		(E).
		Conduta: Redução (E) imobilização da fratura do
		5º dedo do pé.
		Ata da Autopsia
		Sob supervisão de Dr. Renato
		Dr. Vessyha Emilia F. Kuc Médica CRM 10045/PR





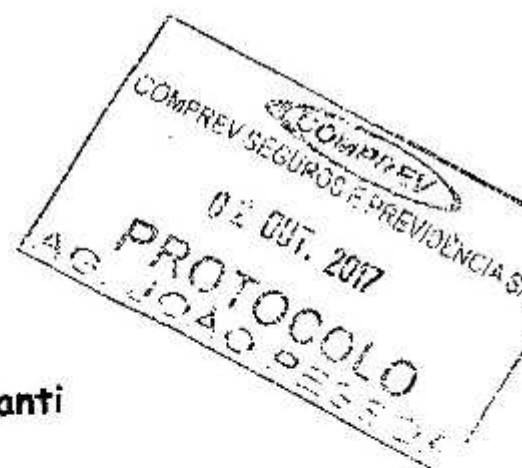
GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

PACIENTE: CELSO ANTONIO DA SILVA SOARES
BE: 938464 DATA: 6/8/2016 09:23:58

ULTRASONOGRAFIA DO ABDOMEN TOTAL - FAST

Ausência de liquido livre na cavidade peritoneal.


Dr. Ricardo Cavalcanti
Radiologista CRM 3505





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

NOME: CELSO ANTONIO DA SILVA SOARES
BE: 938464
DATA: 23/8/2016 10:45
DATA DE REALIZAÇÃO DO EXAME: 06/08/2016.

RX. MÃO ESQUERDA AP E.OB.
FRATURA E LUXAÇÃO NA MÃO ESQUERDA.



Exame(s) realizado(s) com limitações técnicas por ter sido feito em caráter de urgência/emergência.

Obs.: Sugerimos correlação clínica e laboratorial.

DR. CAIO MARIO MEDEIROS
RADIOLOGISTA CRM 3645

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13331100

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.966/94)



ASSINATURA DO PORTADOR

Observações

Documentos de identificação



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO.

FILIAÇÃO
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO FILHO
NILZEIDE HENRIQUES QUEIROZ COUTINHO

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO
11/03/1988

CPF
007.854.384-99

VIA
01 07/05/2018

ASSINATURA DO PRESIDENTE
PAULO ANTONIO LIMA E SILVA

22742

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

12 OUT. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO




Celso Antonio Da Silva Soares

ASSINATURA COTIDIANA

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.445.963 NOME CELSO ANTÔNIO DA SILVA SOARES FILIAÇÃO CELSO DE OLIVEIRA SOARES ROSICLEIDE PEREIRA DA SILVA NATURALIDADE SANTA RITA-PB DOC ORIGEM NASC.N. 60948 FLS. 058 LIV. A-55 CARTÓRIO DE SANTA RITA-PB CNPJ 714.287.984-60	DATA DE EXPEDIÇÃO 14/09/2016 DATA DE NASCIMENTO 06/08/1999 B +
--	---


 Manoel A. B. Lucio Jr. (S)
 Chefe do Departamento de Identificação
 Data: 28/08/2013

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA
 02 OUT. 2017
 PROTOCOLO
 040.255.04



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 714.187.984-60

Nome: **CELSO ANTONIO DA SILVA SOARES**

Data de Nascimento: 06/08/1999

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: 14/09/2016

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 15:21:17 do dia 02/10/2017 (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: 54A3.2B22.A709.628D



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012650267757
L - CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA - COD. RENAVAM 201600000118747 - EXERCÍCIO
1 0108253159-3 00/000000000 2016

ROSICLEIDE PEREIRA DA SILVA

CPF/CNPJ 08024086484 PLACA OX06213/PB

PLACA ANTUF PB 9C2JB0100GR052406

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/POP 110I ANO FAB. 2016 ANO MOD. 2016

CAP/POV/CIL 2 P/109 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE BRANCA

COTA UNICA 2 P/109 /CI VENC. COTA UNICA 01/04/2016

IPVA PAGO EM 01/04/2016

FAIXA IPVA. 0 PARCELAMENTO/COTAS 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 00F (R\$) 0 PRÊMIO TOTAL (R\$) 0 DATA DE PAGAMENTO, 01/04/2016

SEGURO P A G O OBSERVAÇÕES

A.E ADM. DE CONC. NACIÓN HONDA LTDA

SANTA RITA - PB - OCAL 36994 DATA 04/04/2016

7003781

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DEVIEM TERRESTRER TROPORUS CARGA A PESSOA
TRANSPORTADA DO SEU SEGURO DPVAT

PB Nº 012650267757 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

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 04/04/2016

VIA 1 CPF / CNPJ 08024086484 PLACA OX06213/PB

RENAVAM 01082531593 MARCA / MODELO HONDA / POP 110I

ANO FAB. 2016 CX / INE 9 Nº CHASSI 9C2JB0100GR052406

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) ***** DENATRA (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** ICDF (R\$) ***** TOTAL A SER INGO SEGURO (R\$) P A G O

SEGURO P A G O DATA DE QUITAÇÃO 01/04/2016

COTA UNICA PAGAMENTO PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04
www.seguradoralider.com.br

7003781-1413401-20160404

JAN-2016

DUT



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
02 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO P. ...

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Wesley Antonio da Silva Soares
 DATA DO ACIDENTE 06/08/16 CPF DA VÍTIMA 714.183.284-60
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Drey 09, Apt 1104 de Albuquerque
 Nº 214 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Redenção
 CIDADE Santa Rita UF PB CEP 58300-930
 E-MAIL ccf-codvot@gmail.com TELEFONE (83) 98849-5530
83 99443-0753

Outros

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 ~~seu~~ (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 • OUT
 • declaração de propiedade
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IMIL: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMIL (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 CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO Bradesco Bradesco
30000000 / 50000

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 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, OUTRORAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEBUEIRO 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 CONFERMAM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS 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 QUEM 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 6.194/74.
 • 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 02/10/17
 IDENTIDADE 22.742-0AB/9B
 ASSINATURA Ardisson Neto

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170539892 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CELSO ANTONIO DA SILVA SOARES **Data do acidente:** 06/08/2016 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE MÃO ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ MÃO ESQUERDA 25% DE 70%

Documentos complementares:

Observações:

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 uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170539892 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CELSO ANTONIO DA SILVA SOARES **Data do acidente:** 06/08/2016 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE ANATÔMICA E DESVIO DO EIXO DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DA DA FLEXO EXTENSÃO DO DEDO E CAPACIDADE DE APREENSÃO DE OBJETOS COM A MÃO ESQUERDA .

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 25/10/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Fernandes de Souza

CRM do médico: 2732

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau residual - 10 %	1%	R\$ 135,00
Total			1 %	R\$ 135,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: celso Antonio da Silva Soares
 NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
 PROFISSÃO: Desempregado Nº DO RG: 4.445.963
 ORGÃO EMISSOR: SSDS-PB DATA DE EMISSÃO: 14/09/16
 Nº DO CPF: 714.187.984-60 ENDEREÇO: Rua Mex. 09,
Set. Vidal de Albuquerque, s/nº, loteado, Santa Rita - PB, CEP 58300-970

OUTORGADO: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
 NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
 PROFISSÃO: ADVOGADO Nº DO RG: 22.742
 ORGÃO EMISSOR: OAB-PB DATA DE EMISSÃO: 07/05/2016
 Nº DO CPF: 007.854.364-99 ENDEREÇO: AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO
 CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.



PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário celso Antonio da Silva Soares, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

3º OFÍCIO Santa Rita - PB, 31 de Agosto, 2017.

CELSON ANTONIO DA SILVA SOARES

Outorgante

OBS: Reconhecer a firma da assinatura por



**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): **CELSONO ANTONIO DA SILVA SOARES** Sinistro: **3170539892** Data: **06/08/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **rua proj 09, sn, lot vidal de negreiros - ladeado - Santa Rita - PB - CEP 58300-970**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **4445963**

Data local do exame: [**25/10/2017**] **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)
FRATURA DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO. AO EXAME VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE ANATÔMICA E DESVIO DO EIXO DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DA DA FLEXO EXTENSÃO DO DEDO E CAPACIDADE DE APREENSÃO DE OBJETOS COM A MÃO 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? [**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.
SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO.

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.

Limitação funcional do 5º quirodáctilo 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

() "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):
5º quirodáctilo esquerdo

% 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.


João Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB

João Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB