

Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: JOAIS AUGUSTO DA SILVA

Nº Sinistro: 3170639573

Vítima: JOAIS AUGUSTO DA SILVA

Data do Acidente: 09/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170639573**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12063599



Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2017

Carta nº: 12147335

A/C: JOAIS AUGUSTO DA SILVA

Nº Sinistro: 3170639573
Vítima: JOAIS AUGUSTO DA SILVA
Data do Acidente: 09/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS

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: JOAIS AUGUSTO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000002009-5

Conta: 000000827-3

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170639573

Cidade: Mamanguape

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOAIS AUGUSTO DA SILVA

Data do acidente: 09/09/2017

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FÍBULA ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: ACIDENTE EM 09-09-2017 AO EXAME : PRESENÇA DE CICATRIZ ANTERIOR EM PERNA ESQUERDA COM EDEMA ACENTUADO DE TORNOZELO +LIMITAÇÃO DE 50% DE DORSO FLEXÃO DO MESMO . DEAMBULA COM AJUDA DE MULETAS

Resultados terapêuticos: REALIZADO SUTURA +LIMPEZA NA URGÊNCIA +IMOBILIZAÇÃO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/12/2017

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Umberto Jansen de Moraes Lima

CRM do médico: 5769

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

PRESTADOR

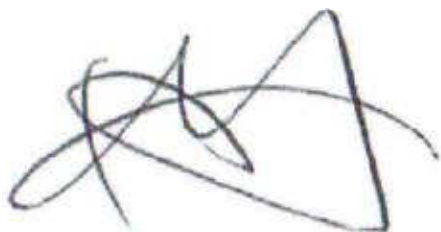
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



**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): **JOAIS AUGUSTO DA SILVA** Sinistro: **3170639573** Data: **09/09/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO CAMARATUBA, SN - ZONA RURAL - Mamanguape - PB - CEP 58280-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3568260**

Data local do exame: [**18/12/2017**] **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 EXPOSTA DE FÍBULA ESQUERDA . ACIDENTE EM 09-09-2017 AO EXAME : PRESENÇA DE CICATRIZ ANTERIOR EM PERNA ESQUERDA COM EDEMA ACENTUADO DE TORNOZELO +LIMITAÇÃO DE 50% DE DORSO FLEXÃO DO MESMO . DEAMBULA COM AJUDA DE MULETAS

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.
REALIZADO SUTURA +LIMPEZA NA URGÊNCIA +IMOBILIZAÇÃO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

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 tornozelo 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):

Tornozelo esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170639573 **Cidade:** Mamanguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAIS AUGUSTO DA SILVA **Data do acidente:** 09/09/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA PERNA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES. AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: MARIA TEREZA R DE A AMORIM

CRM do médico: 52.31475-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170639573

Cidade: Mamanguape

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOAIS AUGUSTO DA SILVA

Data do acidente: 09/09/2017

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FÍBULA ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: ACIDENTE EM 09-09-2017 AO EXAME : PRESENÇA DE CICATRIZ ANTERIOR EM PERNA ESQUERDA COM EDEMA ACENTUADO DE TORNOZELO +LIMITAÇÃO DE 50% DE DORSO FLEXÃO DO MESMO . DEAMBULA COM AJUDA DE MULETAS

Resultados terapêuticos: REALIZADO SUTURA +LIMPEZA NA URGÊNCIA +IMOBILIZAÇÃO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/12/2017

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Umberto Jansen de Moraes Lima

CRM do médico: 5769

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

PRESTADOR

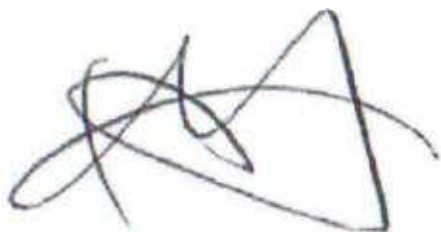
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:





Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

089.296.494-40

Nome completo da vítima

JOAIS AUGUSTO DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOAIS AUGUSTO DA SILVA		CPF titular da conta 089.296.494-40	Profissão AGRICULTOR
Endereço SÍTIO CAMARATUBA		Número Sítio	Complemento Sítio
Bairro ZONA RURAL	Cidade MAMANGUAPE	Estado PARAIBA	CEP 58.290-000
Email			Telefone (DDD) (83)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☒ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

- ☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

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

- ☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

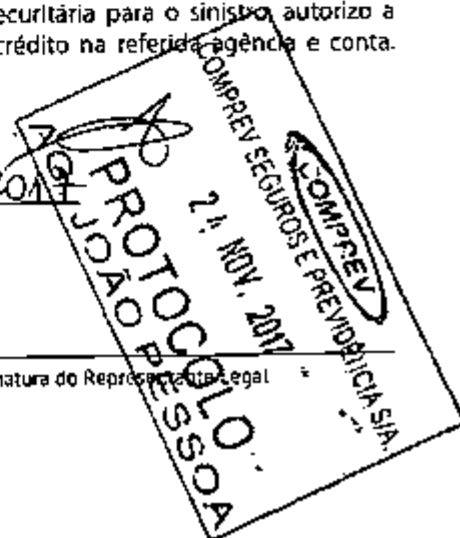
BANCO Nome	NRO		
BRADESCO	237		
AGÊNCIA NRO.	DV	CONTA NRO.	DV
2009	5	0827	3
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

João Lessa 24 de Novembro de 2017
Local e Data

Joais Augusto da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17070970B02

STATUS:
Encerrado

BOLETIM RETIFICADO ATRAVÉS DO PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 08663.009519/2017-15

INFORMAÇÕES GERAIS

POLICIAL/MATRÍCULA:		DATA/HORA:
W. SOUSA III/1070033		09/09/2017 18:10
Na Rodovia		
MUNICÍPIO/UF:		
MAMANGUAPE/PB		
SR:	KM	SENTIDO:
101	11.7	Decrescente
DESCRIPTIVO DO LOCAL:		

ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

FASE DO DIA:	CONDIÇÃO METEOROLÓGICA:	
Plena Noite	Céu Claro	
TIPO DE VIA:	TIPO DE PISTA:	CONDIÇÃO DE PISTA:
Principal	Dupla	Saca
TIPO DE PAVIMENTO:	ESTRUTURA VIÁRIA	
Asfalto	Ativa	
LOCALIDADE URBANIZADA:	EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO:	EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL:
Sim	Não	Sim

IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO CRESCENTE



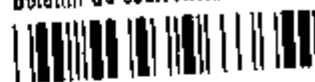
IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO DECRESCENTE



IMAGEM DO LOCAL



Boletim de ocorrência



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF W. SOUSA B, MATRÍCULA 1070033

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 25/09/2017 00:17

NÚMERO DE CONTROLE: F72ECD69697562B2EFF37DCEE71402

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 1 de 10



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17070970B02

STATUS:
Encerrado

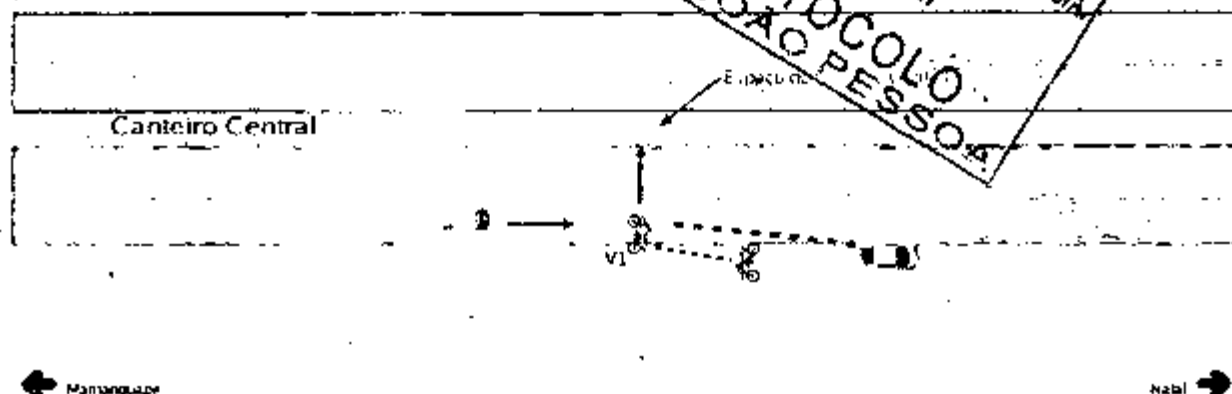
BOLETIM RETIFICADO ATRAVÉS DO PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 08663.009510/2017-15

DINÂMICA

Eventos Sucessivos

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão transversal	

Croqui



Narrativa

No dia 09/09/2017, às 18:10h, a equipe PRF de Mamanguape foi acionada para atender um acidente ocorrido na BR 101, km 11,7 sentido Decrescente, no município de Mamanguape/UF, após ter sido comunicada acerca do mesmo pela CIOP/Pb. Chegando ao local, encontrou-se os veículos e os corpos em sua posição de repouso. Havia uma guarnição da Polícia Militar que guarnecia o local esperando a chegada da viatura PRF, uma vez que haviam muitos curiosos sobre a pista de rolamento e uma das vítimas estava no local aguardando socorro. O acidente trata-se de Colisão Transversal e envolveu o veículo V1: Honda CG 125 Fan de Placa: MNV-7475 e o veículo V2: Fiat/Palio Fire de Placa: KLR-2411. O V1 estava sendo conduzido pelo Sr. Joais Augusto da Silva - CPF:089.296.494-10 que sofreu lesões graves, tendo uma fratura exposta em sua perna. Foi socorrido por populares que não quiseram a aguardar a chegada do SAMU, e, diante disto não fora possível realizar o Teste do Etilômetro. O V2 estava sendo conduzido pelo Sr. Artur da Silva - CPF: 061.824.824-27 que não teve lesão alguma. O mesmo foi submetido ao teste de alcoolemia com resultado de 0,00mg/l de ar alveolar. Não foram encontrados outros sinais/vestígios de ingestão de qualquer substância psicoativa. O V1 cruzava a BR para passar por um espaço no canteiro central e foi colidido transversalmente em sua lateral esquerda pelo V2 que trafegava normalmente em sua faixa de rolamento, seguindo o fluxo da via, deslocando-se sentido Mamanguape/PB x Natal/RN. Velocidade regulamentar no local é de 80 km/h.. A via estava com a sinalização horizontal e vertical em ordem e com o pavimento em bom estado de conservação. Quanto às condições ambientais, estas eram de nublado, e não havia sinais de ter havido precipitação pluviométrica no momento do acidente.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17070970B02

STATUS:
Encerrado

BOLETIM RETIFICADO ATRAVÉS DO PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 08663.009510/2017-15

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V1	PLACA: MNV7475	MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 FAN	ANO FABRICAÇÃO: 2008
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Motocicleta	
CHASSI: 9C2JC30708R591137	RENAVAM: 00964522900	PAIS: BRASIL	
ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Cruzando a pista	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

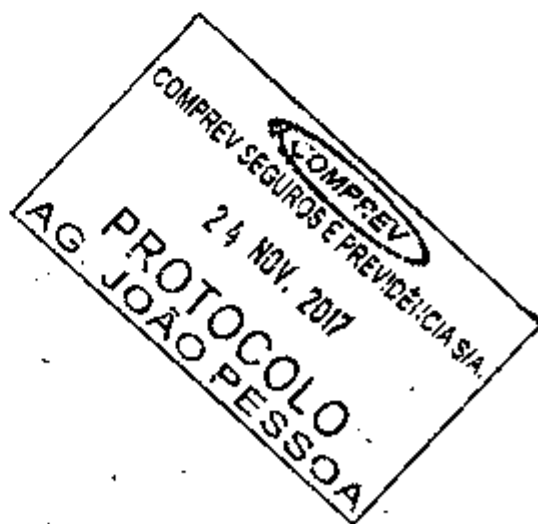
NOME DO PROPRIETÁRIO: JOAIS AUGUSTO DA SILVA	CPF/CNPJ: 089.296.494-40
---	-----------------------------

Dados de Endereço

LOGRADOURO: RUA S CAMARATUBA SN CASA	NÚMERO:
COMPLEMENTO: CASA	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: MAMANGUAPE/PB	
TELEFONE: (83)98670-6384	EMAIL:

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF W. SOUSA II, MATRÍCULA 1070033

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 26/09/2017 00:17

NÚMERO DE CONTROLE: F72ECD8989756282EFF37DCEE71402

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 3 de 10



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17070970802

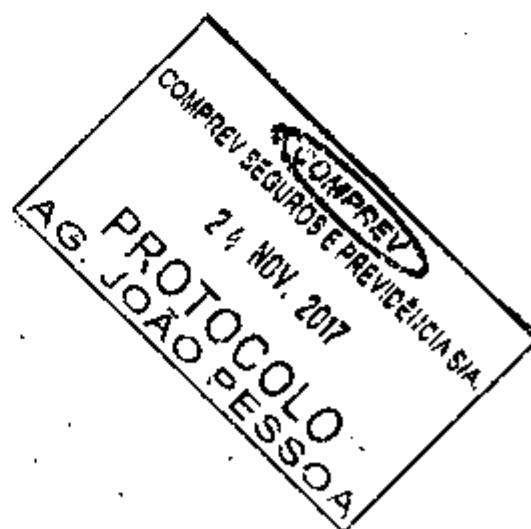
STATUS:
Encerrado

BOLETIM RETIFICADO ATRAVÉS DO PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 08663.009510/2017-15

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V2	PLACA: KLR2411	MARCA/MODELO: FIAT/PALIO FIRE	ANO FABRICAÇÃO: 2004
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Automóvel	
CHASSI: 98D17146742409381	RENAVAM: 00822276135	PAÍS: BRASIL	
ESPÉCIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			
NOME DO PROPRIETÁRIO: ARTUR DA SILVA		CPF/CNPJ: 061.824.824-27	
Dados de Endereço			
LOGRADOURO: SITIO PACARE SN			NÚMERO:
COMPLEMENTO:			BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: RIO TINTO/PB			
TELEFONE: (83)99156-4094		EMAIL:	
Dados da Carga			
DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			

IMAGEM ADICIONAL



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF W. SOUSA IL MATRÍCULA 1070033

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 26/09/2017 00:17

NÚMERO DE CONTROLE: F72ECD69697562B2EFF37DCEE71402

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 4 de 10

024



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



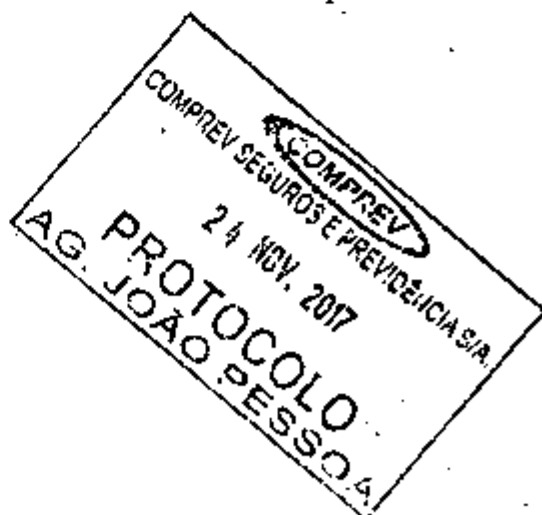
PROTOCOLO:
17070970B02

STATUS:
Encerrado

BOLETIM RETIFICADO ATRAVÉS DO PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 08663.009510/2017-15

PESSOAS

SEQUÊNCIA/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / MNV7475 / HONDA/CG 125 FAN		ENVOLVIMENTO: Condutor/ PROPRIETÁRIO
NOME: JOAIS AUGUSTO DA SILVA	CPF: 089.296.494-40	DATA DE NASCIMENTO: 16/09/1989
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Solteiro(a)	NOME DA MÃE: MARIA JOSE ALVES DE OLIVEIRA	
Dados de Endereço		
LOGRADOURO: BURDAO		NÚMERO: S/N
COMPLEMENTO: CASA	BAIRRO: ZONA RURAL	
MUNICÍPIO/UF: MAMANGUAPE/PB		
TELEFONE: (83)98670-6384	EMAIL:	
Circunstâncias		
ESTADO FÍSICO: Lesões Graves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: NÃO APLICÁVEL	
USAVA CAPACETE: Não	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL: Não	RESULTADO DO TESTE:	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE: Condutor ferido, foi priorizado o seu socorro. Havia muitos curiosos no local e sobre a pista de rolamento com grande perigo de acidente.		
VISÍVEIS SINAIS DE EMBAIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:		



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF W. SOUSA B, MATRÍCULA 1070033

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 26/09/2017 00:17

NÚMERO DE CONTROLE: F72ECD69697562B2EFF37DCEE71402

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 5 de 10



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



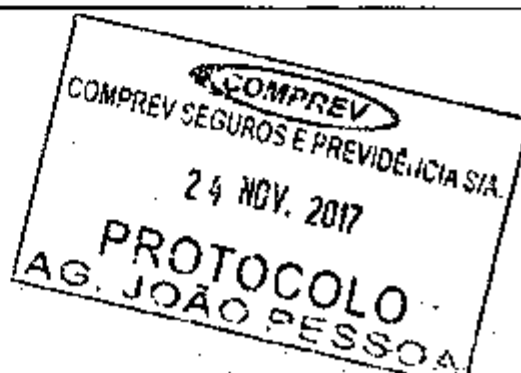
PROTOCOLO:
17070970B02

STATUS:
Encerrado

BOLETIM RETIFICADO ATRAVÉS DO PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 08663.009510/2017-15

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V2 / KLR2411 / FIAT/PALIO FIRE		ENVOLVIMENTO: Condutor
NOME: ARTUR DA SILVA	CPF: 061.824.824-27	DATA DE NASCIMENTO: 27/10/1982
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ORGAO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Solteiro(a)	NOME DA MAE: MARIA JOSE DA SILVA	
Dados de Endereço		
LOGRADOURO: PACARE		NÚMERO: 0
COMPLEMENTO: S/N	BAIRRO:	
MUNICÍPIO/UF: RIO TINTO/PB		
TELEFONE: (83)99156-4094	EMAIL:	
Dados da Habilitação		
HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAIS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: AE
MOTORISTA PROFISSIONAL: Não	Nº DO REGISTRO: 04398675157	UF: PB
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 04/07/2008	VALIDADE DA CNH: 04/11/2020	
OBSERVAÇÕES DA CNH:		
Circunstâncias		
ESTADO FÍSICO: Ileso	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Sim	
USAVA CAPACETE: NÃO APLICÁVEL	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL: Sim	RESULTADO DO TESTE: 0.0 mg/L	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:		
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:		



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF W. SOUSA II, MATRÍCULA 1070033

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 26/09/2017 00:17

NÚMERO DE CONTROLE: F72ECD6969756282EFF37DCEE71402

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novoba/autenticar

Página 6 de 10



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOL:
17070970B02

STATUS:
Encerrado.

BOLETIM RETIFICADO ATRAVÉS DO PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 08653.009510/2017-15

IMAGEM DA FRENTE (V1)

IMAGEM DA TRASEIRA (V1)



Sem Imagem

IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V1)

IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V1)



Sem Imagem



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF W. SOUSA N. MATRÍCULA 1070033

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 26/09/2017 00:17

NÚMERO DE CONTROLE: F72ECD6969756282EFFE37DCFE71402

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

- Página 8 de 10

07



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17070970B02

STATUS:
Encerrado

BOLETIM RETIFICADO ATRAVÉS DO PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 08863.009510/2017-15

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIA/PLACA/MARCA/MODELO:

V2 / KLR2411 / FIAT/PALIO FIRE

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

W. SOUSA II/1070033

NÚMERO DO BAT:

17070970B02

DATA/HORA:

09/09/2017 18:10

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	NA
1	Painel corta-fogo		X	
2	Longarina dianteira esquerda		X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X	
4	Estrutura da soleira esquerda		X	
5	Air Bags Frontais		X	
6	Air Bags Laterais		X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X	
8	Estrutura da coluna central esquerda		X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X	
11	Assolho central esquerdo		X	
12	Longarina traseira esquerda		X	
13	Assolho portamalas ou caçamba		X	
14	Longarina traseira direita		X	
15	Caixa de roda traseira direita		X	
16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
17	Estrutura da soleira direita		X	
18	Estrutura da coluna central direita		X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X	
20	Assolho central direito		X	
21	Caixa de roda dianteira direita		X	
22	Longarina dianteira direita	X		

TOTAL GERAL (SIM + NA):

2

DIMENSÃO DA MONTA:

Média

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF W. SOUSA II, MATRÍCULA 1070033

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 26/09/2017 00:17

NÚMERO DE CONTROLE: F72ECD69697562B2EFF37DCEE71402

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 9 de 10

08



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17070970B02

STATUS:
Encerrado

BOLETIM RETIFICADO ATRAVÉS DO PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 08663.009510/2017-15

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / MNV7475 / HONDA/CG 125 FAN

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

W. SOUSA III/1070033

NÚMERO DO BAT:

17070970B02

DATA/HORA:

09/09/2017 18:10

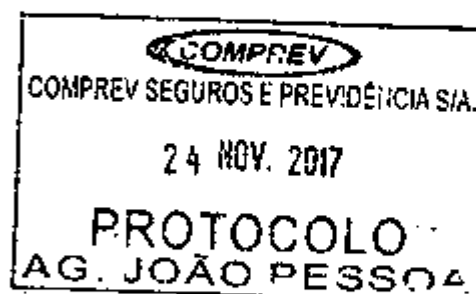
Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	NA
1	Garfo dianteiro	X		
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira	X		
4	Coluna de direção	X		
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro	X		
7	Eixo traseiro (triclôos)		X	

TOTAL GERAL (SIM - NA):

4

DIVENSÃO DA MONTA:

Média



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF W. SOUSA B.; MATRÍCULA 1070033

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 28/09/2017 00:17

NÚMERO DE CONTROLE: F72ECD69697562B2EFF37DCEE71402

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 7 de 10



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17070970802

STATUS:
Encerrado

BOLETIM RETIFICADO ATRAVÉS DO PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 08663.009510/2017-15

IMAGEM DA FRENTE (V2)



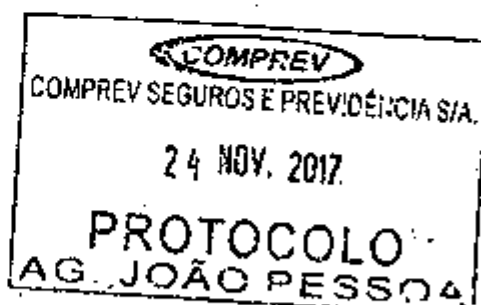
IMAGEM DA TRASEIRA (V2)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V2)



IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V2)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF W. SOUSA II, MATRÍCULA 1070033

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 26/09/2017 00:17

NÚMERO DE CONTROLE: F72ECD60697562B2EFF37DCCE71402

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 10 de 10

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima JOÃO AUGUSTO DA SILVA CPF da Vítima 089.296.494-40 Data do Acidente 09.09.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal _____ CPF do Representante legal _____
Email _____ Telefone (DDD) _____

Declaração de Inexistência do IML



do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de

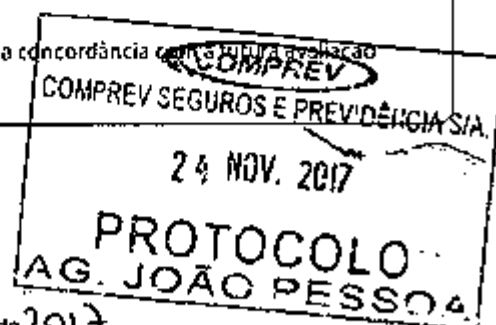
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML, que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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



João Pessoa 24 de Novembro de 2017
Local e Data

João Augusto da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ATO DECLARATORIO



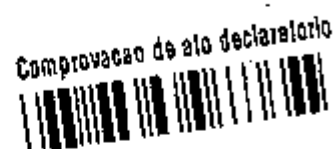
ENCAMINHAMENTO/REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE

Para: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Encaminhado paciente: JOAIS AUGUSTO DA SILVA, 27

Orbiteren Magalhães



Motivo: PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO HÁ +- 1 HORAS, COM DOR E INCAPACIDADE DE EXTENDER O MIE. AO EXAME RADIOGRÁFICO, VERIFICA-SE FRATURA FÍBULA EM MIE. SOLICITO AVALIAÇÃO E CONDUTA ESPECIALIZADA.

Valença

O contato foi realizado com

Mamanguape, 09/09/2017

[Signature]

Solicitante



25

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Clara, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

INFORME DE ENTREGA

MATRÍCULA

734136

REFERÊNCIA

01/11/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

ADEGILSON ROBSON DOS SANT
RUA CORINA M RABELO 28

JOSE AMERICO

58073-270

JOAO PESSOA

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Essencia	Outra	Reserva	Outra	
001.78.215.0119		0	1	0	0	0	734136
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto			
Y16N093923	18/08/2016	1	LIGADO	POTENCIAL			
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m3) NÚM. DE DIAS PROXIMA LEITURA							
360		383	23	30	11/11/2017		
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. E QUAQ. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-M							
ABR/2017	35	0	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORME	
MAT/2017	31	0	COL.TOTAIS	294	294	294	
JUN/2017	25	0	TURBIDEZ	294	230	273	
JUL/2017	20	0	COL.TERMOT	0	0	0	
AGO/2017	20	0	CLORO	294	280	280	
SET/2017	21	0	COR	77	103	102	
MEDIA(M)	26	DADOS REFERENTES A: AGO/2017					

DATA DA LEITURA: 14/10/2017

HORA DA LEITURA: 11:02:03

DESCRICAO CONSUMO VL AGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m 10 36,84 R\$36,84

DE 11m A 20m 10 47,50 R\$47,50

DE 21m A 30m 3 18,51 R\$18,51

TOTALIS 103,15

047-JULROS DE MORA R\$11,01

050-ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. R\$4,51

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$9,54 PIS E COFINS: R\$11,20 (2017)

VENCIMENTO:

Total a Pagar:

27/10/2017

R\$108,67

v. 16.13 3. 1.0

CONDICAO DE LEITURA: REALIZADA

CONDICAO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL

POSICAO DE DEN. ANTERIOR(ES)

EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.

INFORMACOES GERAIS:

ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO

WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

24 NOV. 2017

PROTOCOLO
AG JOAO PESSOA**CAGEPA**

MATRÍCULA

REFERENCIA

VENCIMENTO

DIÁRIO

734136

01/11/2017

27/10/2017

R\$108,67

8260000001-0 08670010320-1 07341361020-2 17000000001-7



Comprovante de residência



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ADEGILSON ROSSINI DO SANTO inscrito (a) no CPF/CNPJ 491.464.754 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOÃO AUGUSTO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 089.296.494 / 40 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDOZ da Vítima JOÃO AUGUSTO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 089.296.494 / 40 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Advogado Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

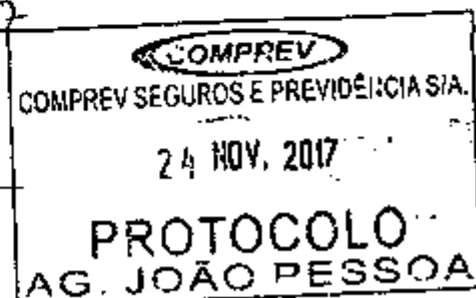
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Prof. CORINA MARIA RABELO</u>		Número <u>28</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>JOSÉ AMÊNICO</u>	Cidade <u>JOÃO PESSOA</u>	Estado <u>PARRAZA</u>	CEP <u>58073-270</u>
Email <u>ADEGILSONROSSINI@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(83) 98892-3276</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 98892-3276</u>

João Pessoa 24 de Novembro de 2017
Local e Data

Adegilson Rossini do Santo
Assinatura do Declarante



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

DTA: () - CNPJ:

Ficha Nr: 59586

Atd: Nao Regular

Data: 09/09/2017

Hora: 22:01:43

Recepcionista: WILMA FERNANDES M. C.

Clinica: ORTOPIEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOAIS AUGUSTO DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.09.001228

CNS: 162559532980018 Sexo: M CARTAO SUS: 162559532980018 Fone: 986222873

Natural: SANTO ANTONIO/RN Data Nasc.: 16/09/1989 Id: 28 ano(s)

End.: SITIO CAMARATUBA, 0

Bairro: ZONA RURAL Cidade: MAMANGUAPE UF: PB

Mae: MARIA JOSE ALVES DE OLIVEIRA

Pai: MOACIR AUGUSTO DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AGRICULTOR

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: IRMA LIDIANE

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

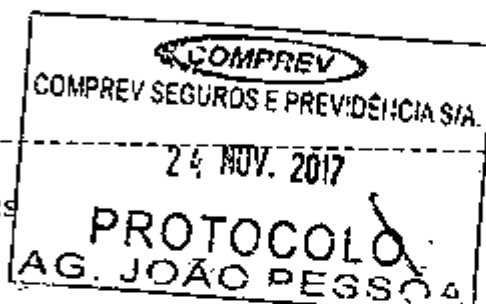
Procedencia: HOSPITAL DE MAMANGUAPE

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO AS 20:00 HS

Vitima de violencia por: EM PITANGA

[] Caso Policial



PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

Regulador de acordo com a ortopedia.
Fratura de fíbula.

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispnéia
[] Diarreia [] Agitação
[] Regular [] Chocado
[] Vômito

Observacao

Documentação médico-hospital



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Transtorno em puno E qm o paciente automobilista
Lm E lesões em puno E
Fratura em face anterior do tórax E

Diagnostico

Conduta

Fratura diagnóstica de fíbula (apet) - T de tórax E

Prescrição

Horario da medicacao

Medicacao: Analgésico de prescrição + salina sob controle
- Exatidão 26 + AP IV VA TEN - Comprimido
- SAE 5000 UC EM MT, TCM - amolida
- Prescrição de +AO EV 25.2.16 11.13

Dr. Carlos Francisco W. da Miranda
CRM: 15742
Ortopedia e Traumatologia

Ata e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

030202 00 79
030202 00 48
030309 02 00
040202 00 58 2480

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IMI

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) JOAIS AUGUSTA DA SILVA Importador(a) da identidade RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia CID-10 S82.2, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 60 (sessenta) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 11/10/17

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

Dr. Flavio Henrique Loureiro
Traumatologia / Ortopedia
CRM-PB 10.205

AUTORIZAÇÃO

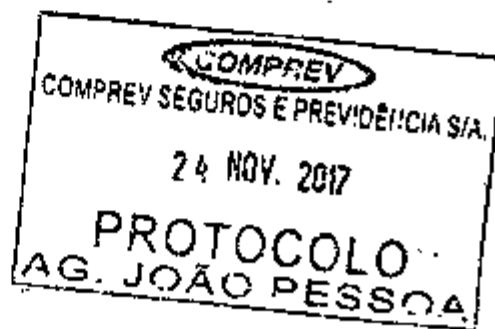
Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ad. Finkler 40M Costa Dória, 31M, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
 Centro de Processos Fiscais

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

CPF: 089.296.494-40

Nome: JOAIS AUGUSTO DA SILVA

Data de Nascimento: 16/09/1989

Valido somente com comprovante de identificação

CODIGO DE CONTROLE
89FC8F2F.F6C3.5043

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet no endereço:
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
 Secretaria da Receita Federal do Brasil
 em 11/08/2007 às 14:00:00 (hora e data de Brasília)
 digito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
 Centro de Processos Fiscais

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

CPF: 089.296.494-40

Nome: JOAIS AUGUSTO DA SILVA

Data de Nascimento: 16/09/1989

Valido somente com comprovante de identificação

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
 Centro de Processos Fiscais

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

CPF: 089.296.494-40

Nome: JOAIS AUGUSTO DA SILVA

Data de Nascimento: 16/09/1989

Valido somente com comprovante de identificação

CODIGO DE CONTROLE
89FC8F2F.F6C3.5043

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet no endereço:
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
 Secretaria da Receita Federal do Brasil
 em 11/08/2007 às 14:00:00 (hora e data de Brasília)
 digito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
 Centro de Processos Fiscais

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

CPF: 089.296.494-40

Nome: JOAIS AUGUSTO DA SILVA

Data de Nascimento: 16/09/1989

Valido somente com comprovante de identificação

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

24 NOV. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

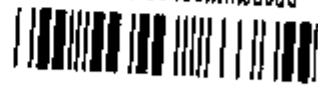
L-237

Adegilson Robson dos Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de identificação



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.169.247 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 07/02/2017

NOME ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS

FILIAÇÃO FRANCISCO SALUSTIANO DOS SANTOS
DELMA MARIA DOS SANTOS

NATURALIDADE AREIA-PB DATA DE NASCIMENTO 11/01/1969

DOC ORIGEM CERT. CAS. Nº 14971 - LIV. 6-86 - FLS. 21 - CARTÓRIO 13º JOÃO
CI PESSOA PB.

491.484.754-00
João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DETENTOR
29/08/83

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

24 NOV. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA.

Abstract

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170639573

Cidade: Mamanguape

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOAIS AUGUSTO DA SILVA

Data do acidente: 09/09/2017

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FÍBULA ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: ACIDENTE EM 09-09-2017 AO EXAME : PRESENÇA DE CICATRIZ ANTERIOR EM PERNA ESQUERDA COM EDEMA ACENTUADO DE TORNOZELO +LIMITAÇÃO DE 50% DE DORSO FLEXÃO DO MESMO . DEAMBULA COM AJUDA DE MULETAS

Resultados terapêuticos: REALIZADO SUTURA +LIMPEZA NA URGÊNCIA +IMOBILIZAÇÃO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/12/2017

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Umberto Jansen de Moraes Lima

CRM do médico: 5769

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

PRESTADOR

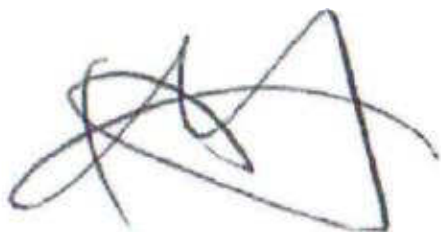
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



**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): **JOAIS AUGUSTO DA SILVA** Sinistro: **3170639573** Data: **09/09/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO CAMARATUBA, SN - ZONA RURAL - Mamanguape - PB - CEP 58280-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3568260**

Data local do exame: [**18/12/2017**] **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 EXPOSTA DE FÍBULA ESQUERDA . ACIDENTE EM 09-09-2017 AO EXAME : PRESENÇA DE CICATRIZ ANTERIOR EM PERNA ESQUERDA COM EDEMA ACENTUADO DE TORNOZELO +LIMITAÇÃO DE 50% DE DORSO FLEXÃO DO MESMO . DEAMBULA COM AJUDA DE MULETAS

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.
REALIZADO SUTURA +LIMPEZA NA URGÊNCIA +IMOBILIZAÇÃO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

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 tornozelo 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):

Tornozelo esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Condôminos de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0454301/17
Vítima: JOAIS AUGUSTO DA SILVA
CPF: 089.296.494-40

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 09/09/2017
Titular do CPF: JOAIS AUGUSTO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS : 491.464.754-00

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

JOAIS AUGUSTO DA SILVA : 089.296.494-40

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221704.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/11/2017
Nome: ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 491.464.754-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/11/2017
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170639573 **Cidade:** Mamanguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAIS AUGUSTO DA SILVA **Data do acidente:** 09/09/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA PERNA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES. AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: MARIA TEREZA R DE A AMORIM

CRM do médico: 52.31475-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170639573

Cidade: Mamanguape

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOAIS AUGUSTO DA SILVA

Data do acidente: 09/09/2017

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FÍBULA ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: ACIDENTE EM 09-09-2017 AO EXAME : PRESENÇA DE CICATRIZ ANTERIOR EM PERNA ESQUERDA COM EDEMA ACENTUADO DE TORNOZELO +LIMITAÇÃO DE 50% DE DORSO FLEXÃO DO MESMO . DEAMBULA COM AJUDA DE MULETAS

Resultados terapêuticos: REALIZADO SUTURA +LIMPEZA NA URGÊNCIA +IMOBILIZAÇÃO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/12/2017

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Umberto Jansen de Moraes Lima

CRM do médico: 5769

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

PRESTADOR

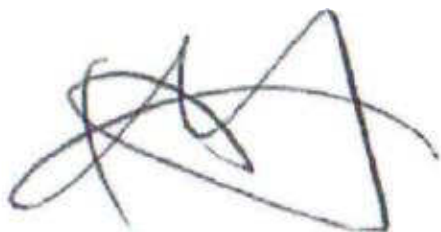
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

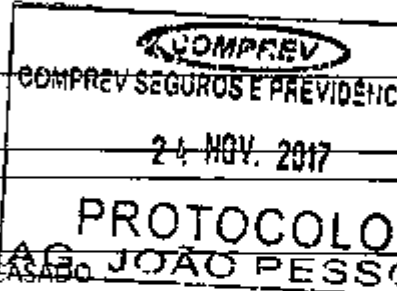
Assinatura do médico:



OUTORGANTE

Procurement



NOME: JOAIS AUGUSTO DA SILVA	
NACIONALIDADE: brasileiro	ESTADO CIVIL: solteiro
PROFISSÃO: agricultor	
IDENTIDADE: 3.568.260	CPF: 089.296.494-40
ENDEREÇO: Sítio Camaratuba s/n Zona Rural- Mamanguape-PB CEP58.290-000	
OUTORGADO	
NOME: ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	ESTADO CIVIL: CASADO
PROFISSÃO: AUTÔNOMO	
IDENTIDADE: 1.169.247 – SSDS/PB	CPF: 491.464.754-00
ENDEREÇO: RUA PROF. CORINA MARIA RABELO N. 28 BAIRRO, JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA – JOÃO PESSOA – PB – CEP: 58073270 -FONES (83) 98892-3276 (83) 99195-1719.	

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

JOÃO PESSOA, 22/11 DE 2017.

* João Augusto da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

