

Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOELISSON JOSE DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180432736

Vitima: JOELISSON JOSE DOS SANTOS

Data do Acidente: 11/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180432736**.

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 13389045



Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOELISSON JOSE DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180432736

Vitima: JOELISSON JOSE DOS SANTOS

Data do Acidente: 11/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180432736**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180432736

Vítima: JOELISSON JOSE DOS SANTOS

Data do Acidente: 11/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOELISSON JOSE DOS SANTOS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180432736

Vítima: JOELISSON JOSE DOS SANTOS

Data do Acidente: 11/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOELISSON JOSE DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00
Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%	
Graduação: Em grau residual 10%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%	
Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 =	R\$ 945,00

Recebedor: JOELISSON JOSE DOS SANTOS

Valor: R\$ 945,00

Banco: 001

Agência: 000002275-6

Conta: 000010015596-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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 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 118.194.964-25	Nome completo da vítima Jailisson José dos Santos
---------------------------	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Jailisson José dos Santos		CPF titular da conta 118.194.964-25	Profissão Recuse
Endereço Rua Afonso Henriques Correia		Número 273	Complemento Casa
Bairro Valentim	Cidade João Pessoa	Estado PB	CEP 58067-390
Email		Telefone (DDD) (83) 98708-8728	

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (337) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> CREDITO REAL (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome Banco do Brasil NRO 1001	
AGÊNCIA NRO. 0000 (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 0000 (Informar dígito se existir)	AGÊNCIA NRO. 0275 (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 19.596 (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 Pessoa, 17 de Setembro de 2018
Local e Data

Jailisson José dos Santos **Jailisson José dos Santos**
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Cliente

1º Titular

JOELISSON JOSE DOS SANTOS

Agência

2275-6

Conta

15.596-9

Variação

51

Movimento

Data	Dia base	Histórico	Dep. origem	Documento	Valor
31/07/2018		Saldo Anterior		0	2.275,00 C
03/08/2018	04	737-Juros	2275-6		0,11 C
03/08/2018	05	737-Juros	2275-6		0,20 C
08/08/2018	09	737-Juros	2275-6		0,39 C
09/08/2018	10	737-Juros	2275-6		0,58 C
13/08/2018	14	737-Juros	2275-6		0,78 C
17/08/2018	19	737-Juros	2275-6		0,97 C
SALDO					2.275,00 C
VALOR BLOQUEADO					0,00 D
DISPONÍVEL					2.275,00
RENDIMENTOS: SELIC igual/menor que 8,5% A.A. TR+70% da SELIC					
SELIC maior que 8,5% A.A.: TR+0,5% A.M.					

Saldos por dia base

Dia base	Saldo
04	2.275,00
05	2.275,11
09	2.275,31
10	2.275,50
14	2.275,70
19	2.275,90
28	2.276,10

OBS: FUTURO E SEGURANÇA SÃO SINÔNIMOS DE POUPANÇA BB. NÃO DEIXE PRA DEPOIS. APLIQUE JÁ.

Impresso em: 20.08.2018 às 10:48:51

Central de Atendimento BB - 4004 0001 ou 0800 729 0001
Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC - 0800 729 0722
Ouvidoria BB - 0800 729 5678
Deficientes Auditivos ou de Fala - 0800 729 0088





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07202.01.2018.1.01.012

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07202.01.2018.1.01.012, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 00:09 horas do dia 15 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 12ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Robson Andrew Couras de Carvalho, matrícula 1564102, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **José Gonçalo dos Santos**, conhecido(a) por Gonçalo, CPF nº 033.435.654-74, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, filho(a) de Iolanda Antônia Silva dos Santos e Gonçalo Sebastião dos Santos, natural de Mari/PB, nascido(a) em 16/08/1975 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Álvaro Henrique Correia, Nº 273, complemento CASA, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Perto da Padaria, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Pb Que Liga As Cidades de Caldas Brandão e Mari, Rodovia Pb, Próximo a Loja de Roupas "40 Graus", Caldas Brandão/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 11/07/18 22:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) CPB ART. 129 § 6º C/C ART. 18 INC. II: LESÃO CORPORAL CULPOSA, CPB ART. 129 § 1º: LESÃO CORPORAL DE NATUREZA GRAVE, CPB ART. 129 CAPUT: LESÃO CORPORAL, LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.

Objeto(s) Envolvido(s):

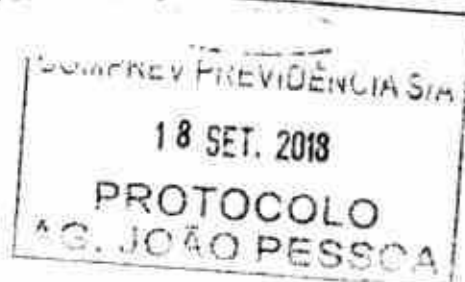
(1) Moto, modelo CG 160 TITAN EX, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor VERMELHA, ano 2015/2015, placa QFU-7929, chassi 9C2KC2210GR017461, renavam 0107116286-9, características gerais: Nº. C.r.l.v.: 013747752283; nº. P.r.t.: 20170800010362-6; nº. Laere: 0042997658; categoria: Particular; combustível: Flex; placa Anterior: Nova; placa Atual: Mari/pb; alienação Fiduciária; Rest. Ben. Tributário; em Nome de Moisés Gonçalo dos Santos.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

O SEU FILHO MENOR DE NOME JOELISSON JOSÉ DOS SANTOS, NASCIDO EM 22/03/2001, COM 17 ANOS DE IDADE, PILOTAVA O VEÍCULO JÁ DESCRITO ANTERIORMENTE ACIMA QUANDO PERDEU O CONTROLE DO MESMO E BATEU EM UMA MURRETA E QUE MARGEIA A PISTA, SENDO SOCORRIDO PARA O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITI, ONDE SOFREU AVALIAÇÕES MÉDICAS E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA ASSINADO PELO MÉDICO EDUARDO PAZ LYRA, C.R.M/PB 11487 NO DIA 22/07/2018.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, ~~expeço~~ a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre José Nunes de Souto Lima
Delegado(a) de Polícia Civil



Procedimento Policial: 07202.01.2018.1.01.012

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
1ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
12ª Delegacia Distrital da Capital



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 15 de agosto de 2018.


ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

Alexandre J. N. de Sá Filho
Comissário - Matr. 157.356-0

José Gonçalo dos Santos
JOSÉ GONÇALO DOS SANTOS
Noticiante



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 Pessoa José dos Santos CPF da Vítima: 118.199.967-28 Data do Acidente: 15/07/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

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:

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 futura perícia médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



João Pessoa 17 de Setembro de 2018
Local e Data

João Pessoa José dos Santos Campo 1 - Assinatura do Beneficiário
João Pessoa Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - CNES: 1112234 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1093911



Identificação do paciente

ID 1305567	Nome JOELISSON JOSE DOS SANTOS			Sexo Masculino
Data de nascimento: 22/03/2001	Idade 17 anos 5 meses 22 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe ELISANGELA CRISTINA DOS SANTOS			Pai JOSE GONCALO DOS SANTOS	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) MOISES GONCALO - TIO (A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 98239089	DDD Fixo		Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4081173		Nº Cns	
Local de procedência MARI			Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade		CBO/R	

Endereço

CEP 58345000	Município de residência MARI	UF PB	Logradouro JOAO FERNANDES BASTO
Número 174	Complemento		Bairro SEGUNDO

Admissão

Data e Hora 11/07/2018 17:23:30	Número da pulseira 1000059888878	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou	

Sinais Vitais

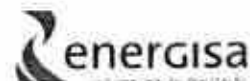
PA _____ x _____ mmHg	Pulso	Temperatura
--------------------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>COMPREV PREVIDENCIA SIM</p> <p>18 SET. 2018</p> <p>PROTOCOLO</p> <p>AG. JOAO PESSOA</p> </div>						
Dados clínicos						clp
Diagnóstico						
Atendido por FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL						Tempo 45seg

Imprimir

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal

Documento não é responsável pelo consumo

Assinatura para simples pagamento da fatura de consumo de energia elétrica

Nº 912.262.762

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-600
CNPJ 09.095.182/0001-43 - Insc. Est. 16.015.823-4

DADOS DO CLIENTE

EDNALVA DO NASCIMENTNO MAGALHAES
RUA ALVARO HENRIQUE CORREIA 273
JOAO PESSOA

58064390

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/403401-3

REFERÊNCIA

SET/2018

APRESENTAÇÃO

13/09/2018

CONSUMO

65

VENCIMENTO

20/09/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 57,11

Acesse: www.energisa.com.br



EDNALVA DO NASCIMENTNO MAGALHAES

Roteiro: 07-005-505-4760

83630000000-4 57110149000-1 04034012018-3 09400005019-8

VENCIMENTO

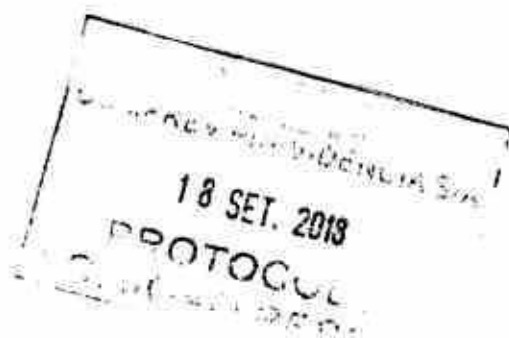
20/09/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 57,11

MATRÍCULA

403401-2018-09-4



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MOISES GONÇALO DOS SANTOS,
RG nº 3110783, data de expedição 1/1,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 078.323.854-13, com
domicílio na cidade de CABEDELO, no Estado de
PARAÍBA onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Honorio P. dos Santos, nº 115,
complemento Casa 8, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jellisson José dos Santos cujo o condutor era
Jellisson José dos Santos

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda/16 160 Titan Ex
Ano: 2015
Placa: GR 7929/113
Chassi: AC2KC224062917461
Data do Acidente: 31/07/2018
Local e Data: MARI/PB, 09/08/2018

Moises Gonçalo dos Santos
Assinatura do Declarante



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



Michelle Ferreira de Sousa
Substituta



Orto
M

Complexo Hospitalar **MANGABEIRA**

GOVERNADOR TARCÍSIO BURITTY

PRONTUÁRIO

Nº: 9018.07.001454

12 07 18

18 SET. 2018

NOME DO PACIENTE:

PROTOCOLO
16. JOÃO PESSOA

Joelleison José dos Santos

HW EXTRA

ENFERMARIA: 02 LEITO: 117

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
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 144083 Atd: Nao Regular
Data: 12/07/2018
Hora: 09:11:04
Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS ALV
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOELISSON JOSE DOS SANTOS

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.07.001454

CMS: 70960H667099174 Sexo: M IDENTIDADE: 4081173 Fone: 998239089

Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 22/03/2001 Id: 17 ano(s)

End.: RUA JOAO FERNANDES BASTOS, 174

Bairro: SILVINO COSTA Cidade: MARI UF: PB

Mae: ELISANGELA CRISTINA DOS SANTOS

Pai: JOSE GONCALO DOS SANTOS

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação: ESTUDANTE

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

F.: TIO MOISES

Te. Soc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedência: HOSPITAL DE TRAUMA

Tr. Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO ONTEM AS 15/

Vitima de violência por: NA BR. ENTRE MARI E CALDAS BRANDAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

EA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

EC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Cl. c. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

Q. xã Principal

PACTUACAO DE FRATURA 2 MTCD FECHADO

Observacao

NEGA ALERGIAS

18 SET. 2018

PROTOCOLO

13. JOAO PESSOA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente transportado do Hosp de Trauma - JP, vítima de
acidente automobilístico refere dor em mão, joelho e pé
com ferimentos abertos

Diagnostico

Conduta

Ex 2º MTC

Prescrição

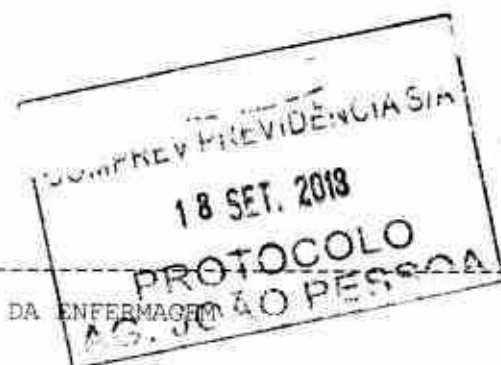
Horario da medicacao

- Internação Hosp pl TTO cirurgico

Dr. Felipe Bezerra
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 11126

Dr. Thales
Karian

Data e Hora: | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)



ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVQ ☐ IML

Manoel Carlos da Silva

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Neelson José de Souza Data da Admissão: 12/07/19
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

QPD: _____

HDA: Hb + Edema em região de mma esquerda
+ ferimento cont contuso em região de
perna com + 20 h de evolução

Medicações em uso: Nega

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposou [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSO: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
[] Amnésia [] Libido [] Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

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

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: GGG 15

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: NON

ACV: NON

AR: NON

ABD: NON

AGU: NON

SME: NON

SN: Não vacinado

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas:

1. FX fechada do 2º MTC esquerdo.

2. Ferimento corte contuso em Joelho com + 20m

Condução: de evolução.

PROTÓCOLO
18 SET. 2013
* G. JOÃO PESSOA *

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Assup e out

Incisão:

Alcme dorsal us

Achados:

fat. 2a metocura

Conduta:

Redu. Fechamento

Re. e/ fio (K)

Al. plume e out

Fechamento:

OBS:

Dr. Fydias G. F. Borborema

CRM-PB: 5305

RM-PB: 14854

Data:

21/07/11

MÉDICO/CRM

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME JOELISSON JOSE DOS SANTOS				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 17	SEXO MASC	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 12/07/2018		DATA DE ALTA 22/07/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura DO 2 Metacarpo DA MAO DIREITA				CID S.62.0	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
P. PAIS EXAMES Rx do Metacarpo demonstrando solução de continuidade óssea					
TER. TICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura do 2 metacarpo foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução incruenta + fixação percutânea com fios de Kirschner. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIE Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônica, etc.

REPOUSO: Relativo em casa por **15** dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em **60** dias e com esforço maior em **90** dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no local. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: PROFENID, CEFALOXINA

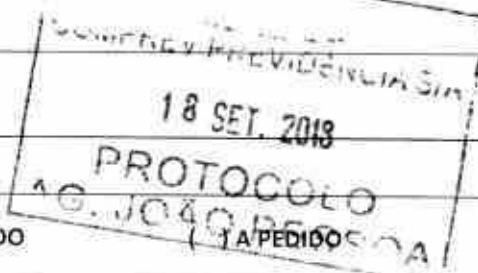
RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em **7** dias para revisão. Dr. FIDIAS

22/07/2018
DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME JOELISSON JOSE DOS SANTOS				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 17	SEXO MASC	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 12/07/2018		DATA DE ALTA 22/07/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura DO 2 Metacarpo DA MAO DIREITA				CID S.62.0	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES Rx do Metacarpo demonstrando solução de continuidade óssea					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () CURADO ()					
ÓBITO					



RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura do 2 metacarpo foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução incruenta + fixação percutânea com fios de Kirschner. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por **15** dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em **60** dias e com esforço maior em **90** dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: **PROFENID**, **CEFALEXINA**

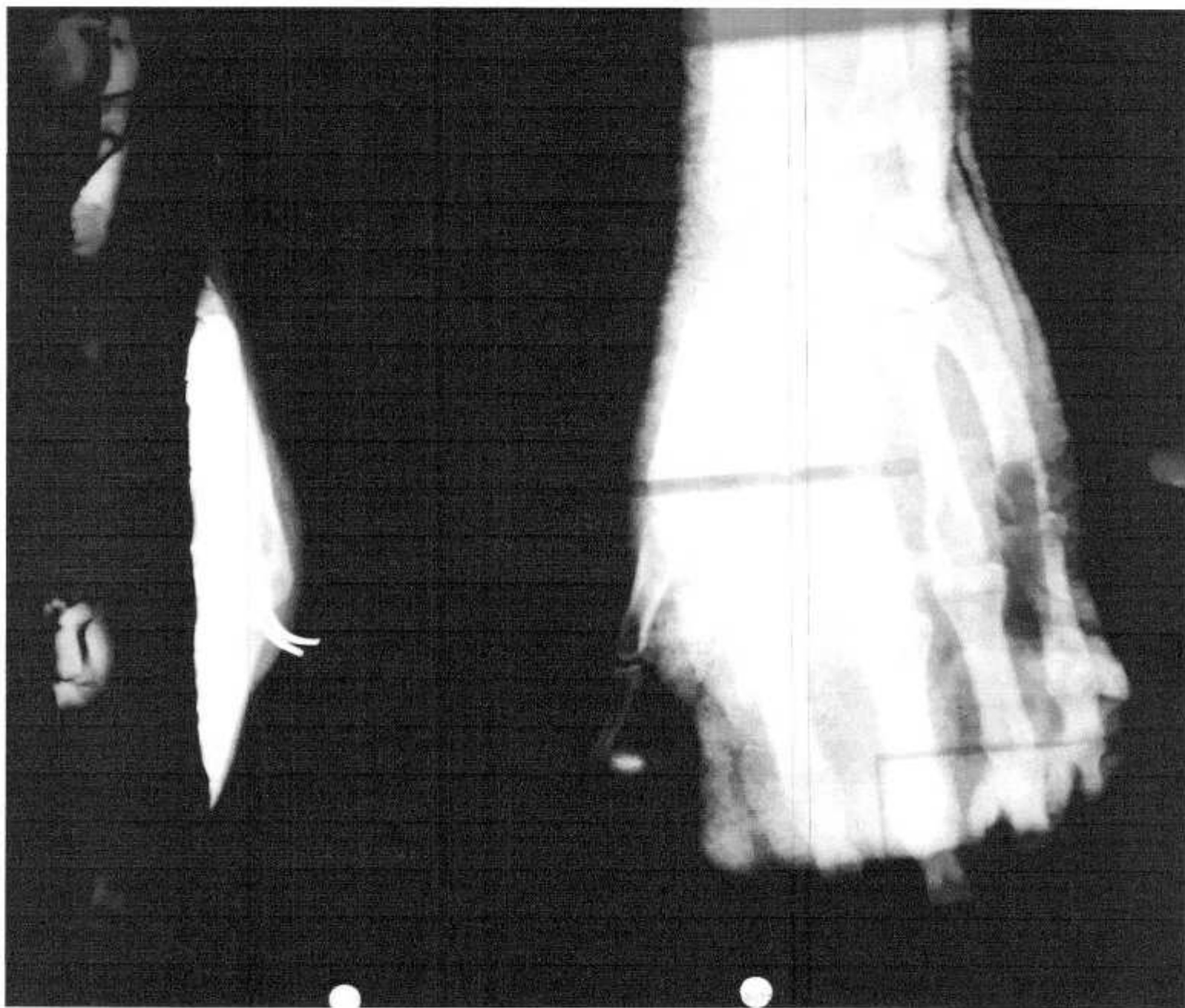
RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.
Ao ambulatório do **Complexo Hospitalar Mangabeira** em **7** dias para revisão. Dr. FIDIAS

DATA 22/07/2018

ASS. MÉDICO / C.R.M Eduardo Paz Lyra
Médico
CRM-PB 11187

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

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
10 JUL 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
10 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
10 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME JOELISSON JOSE DOS SANTOS				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 17	SEXO MASC	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 12/07/2018		DATA DE ALTA 22/07/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura DO 2 Metacarpo DA MAO DIREITA				CID S.62.0	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES Rx do Metacarpo demonstrando solução de continuidade óssea					
TERAPIA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura do 2 metacarpo foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução incruenta + fixação percutânea com fios de Kirschner. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIE Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por **15** dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em **60** dias e com esforço maior em **90** dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: **PROFENID**, **CEFALEXINA**

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.
Ao ambulatório do **Complexo Hospitalar Mangabeira** em **7** dias para revisão. Dr. FIDIAS

22/07/2018

DATA

Eduardo Laz Lyra
Médico
CRM-PB 1487

ASS. MÉDICO / C.R.M

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

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

471-P-149

Joelisson José dos Santos

ASSISTENTE SOCIAL

CARTEIRA DE IDENTIDADE




COMPLEXO PREVIDÊNCIA SIA

18 SET. 2013

PROTOCOLO

12. JOÃO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
CERTEJA 4.081.173

DATA DE
EXPIRAÇÃO 14/08/2012

NOME JOELISSON JOSE DOS SANTOS

FILIAÇÃO JOSE GONCALO DOS SANTOS
ELISANGELA CRISTINA DOS SANTOS

NATURALIDADE SANTA RITA-PB

DATA DE NASCIMENTO 22/03/2001

LOCAL DE NASCIMENTO SANTA RITA-PB

CPF 118.199.964-25

LEI Nº 7.118 DE 2006

10546

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

14303 11622

DETTRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E RENOVACÃO DE VEÍCULO
VIA 1 0107116286-9 00/00000000 2017
MOISELS CONCALO DOS SANTOS
NOME

07832385413

QF07929/PB

NOVO

9C2KC2210GR017461

PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC
ALCO/GASOL

HONDA/CG 160 TITAN EX

2 P/162 /CI

PARTIC

VERMELHA

1 P
V
A
PRÉMIO TARIFARIO (R\$) T-105 (R\$)

SEGURO P A G O 19/09/2017

REST. BEN. TRIBUTARIO

PART-PB

14303

19/09/2017

11622

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013747752283 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

VIA 1 07832385413

2017 19/09/2017

RENOVAM

01071162869

9

QF07929/PB

2015

9C2KC2210GR017461

PAS (R\$)

DETRAN (R\$)

PRÉMIO TARIFARIO

DETRAN (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

DETRAN (R\$)

SEGURO

P A G O

19/09/2017

11622-1039262-20170919



18 SET. 2013
PROTOCOLO
10. JOAO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180432736 **Cidade:** Caldas Brandão **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOELISSON JOSE DOS SANTOS **Data do acidente:** 11/07/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 2º METACARPO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações: @ 4

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 residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CRIMINAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02

P-236




Sebastião dos Santos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2.105.709 - 2ª VIA DATA DE EMISSÃO 23/07/2008

CPF 033.435.654-74

NOME JOSE GONCALO DOS SANTOS

NOME GONCALO SEBASTIAO DOS SANTOS

NOME IOLANDA ANTONIA SILVA DOS SANTOS

NACIONALIDADE NATI-PB

SOC. GONCALO N. 302 FLS. 001V LIV. B AUX 2

CARTORIO NATI-PB

DATA DE NASCIMENTO 16/08/1975

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 118 DE 2006

Representante

COMPREV PREVIDENCIA S/A

18 SET. 2018

PROTOCOLO

AO JOAO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180432736 **Cidade:** Caldas Brandão **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOELISSON JOSE DOS SANTOS **Data do acidente:** 11/07/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 2º METACARPO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações: @ 4

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 residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0340697/18

Número do Sinistro: 3180432736

Vítima: JOELISSON JOSE DOS SANTOS

CPF: 118.199.964-25

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/07/2018

Titular do CPF: JOELISSON JOSE DOS SANTOS

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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 0800-0221204.

- 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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/12/2018
Nome: JOELISSON JOSE DOS SANTOS
CPF: 118.199.964-25

JOELISSON JOSE DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0340697/18

Vítima: JOELISSON JOSE DOS SANTOS

CPF: 118.199.964-25

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/07/2018

Titular do CPF: JOELISSON JOSE DOS SANTOS

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOELISSON JOSE DOS SANTOS : 118.199.964-25

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 0800-0221204.

- 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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/09/2018
Nome: JOELISSON JOSE DOS SANTOS
CPF: 118.199.964-25

JOELISSON JOSE DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	118.199.964-25	JOELISSON JOSÉ DOS SANTOS
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
JOELISSON JOSÉ DOS SANTOS	118.199.964-25	
Profissão:	Endereço:	Número:
RECURSO	RUA ALVARO HENRIQUE CORREIA	273
Bairro:	Cidade:	Estado:
VALENTINA	JOÃO PESSOA	PB
E-mail:	CEP:	
	58064-390	
	Tel.(DDD):	
	(83) 98708-8728	

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENTA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: APREV PREVIDÊNCIA S.A.	
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 2275 6	CONTA: 15596 9	AGÊNCIA: 15 JAN 2019	CONTA: 15 JAN 2019
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa - PB 15.01.2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.