

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180349396 **Cidade:** Juripiranga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RODRIGUES DA SILVA **Data do acidente:** 31/12/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos:

TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO(DE ACORDO COM RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE DRª ARLEIDE ANDRADE MEDEIROS CRM PB 11.289).

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Total | | | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180349396 **Cidade:** Juripiranga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RODRIGUES DA SILVA **Data do acidente:** 31/12/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE DR^a ARLEIDE ANDRADE MEDEIROS CRM PB 11.289.

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 um dos membros inferiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Total | | | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOSE RODRIGUES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180349396

Vitima: JOSE RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 31/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180349396**.

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 13170190



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOSE RODRIGUES DA SILVA
Nº Sinistro: 3180349396
Vitima: JOSE RODRIGUES DA SILVA
Data do Acidente: 31/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180349396**, 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





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 221206 (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

806.413.184-72

Nome completo da vítima

Jose Rodrigues da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | |
|---------------------------------|----------------------|-----------------|
| Nome completo | CPF titular da conta | Profissão |
| Jose Rodrigues da Silva | 806.413.184-72 | agricultor |
| Endereço | Número | Complemento |
| Set. Barra de Pilar | 314 | |
| Bairro | Cidade | Estado |
| area rural | Pilar | PI |
| E-mail | CEP | Telefone (DDD) |
| alexandraesanduarte@hotmail.com | 58338000 | (83) 99805.5363 |

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)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Agência

Nº

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

AGÊNCIA

Nº

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

CONTA

Nº

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

AGÊNCIA

Nº

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

CONTA

Nº

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

AGÊNCIA

Nº

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

CONTA

Nº

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

AGÊNCIA

Nº

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

CONTA

Nº

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

AGÊNCIA

Nº

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

CONTA

Nº

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

AGÊNCIA

Nº

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

CONTA

Nº

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

DV

AGÊNCIA

Nº

DV



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01263.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01263.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:01 horas do dia 10 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto do Egito de Sousa, matrícula 905178, e lavrado por Alcebiades Barbosa de Azevedo, Escrivão de Polícia, matrícula 1557246, ao final assinado, compareceu **José Rodrigues da Silva**, CPF nº 806.413.184-72, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Josefa Maria da Silva e Sebastião Rodrigues de Pontes, natural de Pilar/PB, nascido(a) em 09/08/1970 (47 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Barra de Pilar, tendo como ponto de referência Saida Para Itabaiana, na cidade de Pilar/PB, telefone(s) para contato (83) 98786-4599.

Dados do(s) Fatos:

Local: Estrada Para Juripiranga, Próximo a Ponte, Juripiranga/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 31/12/17 07:12h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

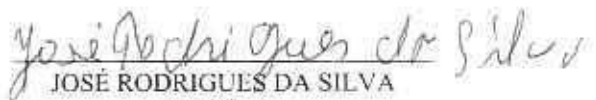
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

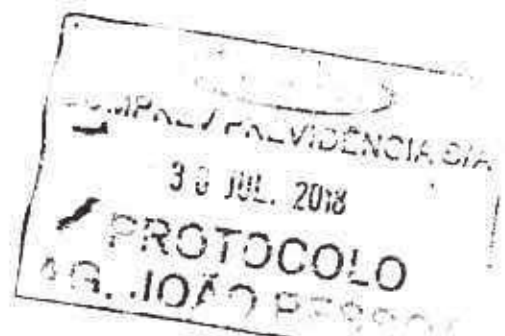
Conduzia a motocicleta Honda CG 150 Fan, vermelha, placa PGK7074, chassi 9C2KC1670DR015070, registrada em nome de LOURIVAL MICENA DA SILVA, quando ao se aproximar da ponte da entrada da cidade de Juripiranga, foi surpreendido por um veículo não identificado que invadiu a faixa de direção onde o declarante estava, sendo forçado a desviar para direita a fim de evitar a colisão, tendo então perdido o controle da motocicleta e caído ao solo. Afirma o declarante que foi socorrido pelo SAMU diretamente para o Complexo Hospitalar de Mangabeira, conforme certidão nº 0848/2018 que ora apresenta.

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.

João Pessoa/PB, 10 de julho de 2018.


ALCEBIADES BARBOSA DE AZEVEDO
Escrivão de Polícia


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 01263.01.2018.1.00.420

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 interdita 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

Jose Rodrigues da Silva

CPF da Vítima

806.453.384-2

Data do Acidente

31/12/17

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 a 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 51º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Rilan, 16 de Fevereiro de 2018

Local e Data

Jose Rodrigues da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





PREFEITURA MUNICIPAL DE JURIPIRANGA
SECRETARIA DE SAÚDE
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR - VTR - USB: 55

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

| | | | | | |
|---|---------------|------------------|-------|-------|--------------------|
| Data | Ocorrência nº | Paciente/nome | Idade | Sexo | Masc. () Fem. () |
| 31/12/17 | 1934931 | João | 40 | Masc. | () Fem. () |
| Local da ocorrência | Beiro | Médico regulador | | | |
| Apoio no local: () PM () Resgate/Bombeiros () Resgate/PRF () CPTIRAN () SITRANS () Outro: | | | | | |
| () Socorrido por terceiros () Resgate atendimento () Socorrido pelos Bombeiros () Local não encontrado () outro: | | | | | |

TIPO DE AGRAVO

| | |
|--------------------------------|-----------------------------|
| () Acidente de Trânsito | () Pediatríco |
| () Agressão Física | () Psiquiátrico |
| () Desabamento / soterramento | () Caso clínico |
| () Eletrocussão | () Queimadura / afogamento |
| () F.A.B. | () Queda |
| () F.A.F.(P.A.F.) | () Queimaduras |
| () Glauco - obstrução | () Outros: |
| () Lesões térmicas | |

ANTECEDENTES

| | |
|-------------------------------|------------------------------|
| () AIDS | () Doença mental |
| () Alcoolismo | () Doença renal |
| () AVE | () Drogas |
| () Cirurgias Realizadas | () Hipertensão arterial |
| () Convulsão | () Internamentos Anteriores |
| () Diabetes | () Medicamentos |
| () Doença Cardíaca | () Problemas respiratórios |
| () Doença Infecto-contagiosa | () Outros |

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - ORIGEM

Serviço Médico

Responsável:

MOTIVO DO TRANSPORTE

() Apoio Diagnóstico () Serviço de maior complexidade () transferência simples () outro:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

Local: Centro de Saúde

Responsável:

Função:

Exame clínico (principais sintomas/ queixas)

() agitação () alergia () Ausência de pulso (central) () Cianose () Convulsão () Diarreia () Dificuldade respiratória () dor local
() febre () inconsciente/ desmaio () Palidez () Sangramento () Vômito () outros:

1. DADOS VITAIS:

PA: Sistólica 110 PA diastólica 70 Pulso: 70 FC: 70 FR: 18 TEMP: 36,5 °C Glicemia: 132 SPO₂: 98 Glasgow: 15

2. VIA AÉREA

() Livre () obstruída parcialmente () Obstruída totalmente () Corpo Estranho () Bronco aspiração () Edema de glote () Obs:

VENTILAÇÃO

() Espontânea () Parada respiratória () Assistida () Ritmo irregular

EXPANSIBILIDADE

() Normal () Superficial () Regular () Irregular

ACHADOS

() Crepitação () Enfisema subcutâneo () Expectoração () Hemoptise () Halito etílico () Outro:

3 - CIRCULAÇÃO

() Cianose () Fria () Úmida () Normal () Palidez () Quente () Seca () Outros:

EDEMA

() Ausente () Palpebral () Membros inferiores () Anasarca

PERFUSÃO

() Normal () Retardada (> 2 seg) () Ausente

PULSO

() Regular () Irregular () Fino () Chelo () Ausente

ECG

() Normal () Alterado () Não realizado



4- EXAME NEUROLÓGICO

() Agitação () Sonolência () Coma () Convulsão () Otorrria () Rigidez () Mídrase

5- EXAME GINECO- OBSTÉTRICO

() Abortamento () Hemorragia vaginal () Normal _____ Semana () Trabalho de parto () outros: _____

6- DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:**

() Ansiedade () Capacidade adaptativa intracraniana diminuída () Comunicação verbal prejudicada () Confusão aguda () Desambalação prejudicada () Débito cardíaco diminuído () Desobstrução ineficaz de vias aéreas () Disreflexia autônoma () Dor aguda () Hipertensão () Hipotensão () Integridade da pele prejudicada () Integridade tissular prejudicada () Mido () Intolerância à atividade () Mucosa oral prejudicada () Padrão respiratório ineficaz () Período tissular cerebral ineficaz () Período tissular cardiopulmonar ineficaz () Período tissular gastrointestinal ineficaz () Período tissular renal ineficaz () Termorregulação ineficaz () Troca de gases prejudicada () Ventilação espontânea prejudicada () Volume de líquidos deficientes () Volume excessivo de líquidos () Náuseas () Retenção urinária () Percepção sensorial perturbada () Interação social prejudicada () Incontinência intestinal () Eliminação urinária prejudicada () Constipação () Outros: _____

PROCEDIMENTOS

() Desobstrução vias aéreas () Intubação nasotranqueal () Cânula Orofaringea () Ventilação mecânica (manual AMBU) () Respirador () Inalação de oxigênio (O₂) () Draçagem torácica () Massagem cardíaca externa () Desfibrilação/ cardioversão () Controle de hemorragia () Curativo () Função venosa () Sonda gástrica () Sonda vesical () Sedação () Imobilização de membros () Colar cervical () Tala / tração () Outros: _____

INTERVENÇÕES:

1. Realizar
2. Realizar S. Tor. 250
3. Realizar S. Tor. 250
4. Realizar S. Tor. 250

EVOLUÇÃO/ INTERCORRÊNCIAS:

1. Realizar S. Tor. 250
2. Realizar S. Tor. 250
3. Realizar S. Tor. 250
4. Realizar S. Tor. 250

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

1. Realizar S. Tor. 250
2. Realizar S. Tor. 250
3. Realizar S. Tor. 250
4. Realizar S. Tor. 250

ENCAMINHAMENTO

() Liberdade após atendimento () Recusa o atendimento () Óbito no local () Óbito durante o atendimento () Óbito durante o transporte

POSICÃO DE TRANSPORTE

() Decúbito dorsal () Decúbito lateral () Decúbito ventral () Sentado () Elevação da cabeça (cabeça)

SERVIÇO DE SAÚDE**RECUSO**

Nome: _____

Assinatura: _____

R.G. _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

Médico: _____

Enfermeiro (a): _____

Téc. de Enfermagem: _____

Condutor: _____

CRM: _____

COREN: _____

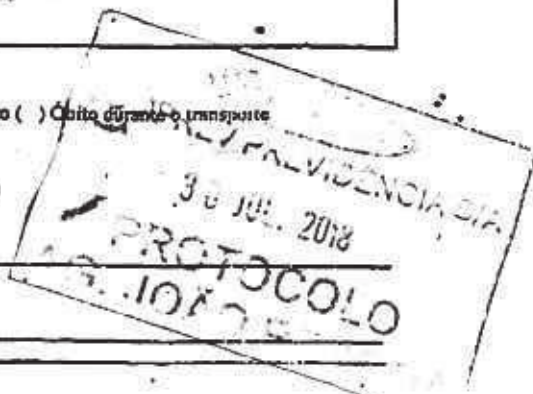
COREN: _____

MAT: _____

MAT: _____

MAT: _____

MAT: _____



JOSE RODRIGUES DA SILVA
SIT BARRA DE MILAR, S/N - AREA RURAL
PLAR/PB CEP: 58328000 (AQ: 170)
Emissão: 08/06/2018 Referência: Jun / 2018
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br230, 1-fase - Carga Redutora - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
Roteiro: 3 - 12 - 101 - 700 Nº medidor: 0000020051

Energisa
ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 06.906.103/0001-49 Ins. Est. 16.016.323-0
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 007/144.037
Cód. para Dth Automático: 00011697091

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesso: www.energisa.com.br

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/CNPJ/RAM |
|-------------------|--------------|----------------------------------|---------------------------|
| Jun / 2018 | 08/06/2018 | 10/07/2018 | 80641318472 Proc. Est. |

UC (Unidade Consumidora): **5/1169709-1**

Canal de contato

ATENÇÃO - REVISÃO CADASTRAL 2018
Procure a prefeitura de sua cidade até 14/12/2018 para atualizar
seus dados no Cadastro Único e até a prazo de 7 dias após a
Energisa. Para mais informações ligue para 0800 083 0196

| Anterior | Atual | Constante | Consumo | Dias |
|----------|---------|-----------|---------|------|
| Data | Leitura | Data | Leitura | |
| 08/05/18 | 10450 | 08/06/18 | 10524 | |

| CCI | Descrição | Quantidade | Tarifa | Valor Base Calc. A-9 | ICMS/RS | Elet. Calc. P-999 | ICMS/RS | Período | Valor | Cód. CCI | Cód. Descrição |
|------|---------------------------|------------|--------|----------------------|---------|-------------------|---------|---------|-------|----------|----------------|
| | | | | | | | | | | | |
| | | 74.000 | 0.70 | 51.80 | 0.25 | 0.18 | 0.25 | 0.47 | 0.17 | | |
| 0001 | Consumo em kWh | | | 0.77 | 0.77 | 0.18 | 0.77 | 0.01 | 0.03 | | |
| 0001 | Adic. H. Amarela | | | 1.42 | 1.42 | 0.25 | 0.25 | 0.01 | 0.06 | | |
| 0001 | Adic. B. Vermelha | | | | | | | | | | |
| | LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | 5.44 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | | |
| 0007 | CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA | | | | | | | | | | |

CCI Código de Classificação do item TOTAL 59,95 54,51 12,62 54,51 0,48 2,28

Média últimos meses (kWh) 75
VENCIMENTO 15/06/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 59,95

Histórico de Consumo (kWh)
70 | 61 | 83 | 87 | 70 | 81 | 74 | 1 59 | 47 | 82 | 81 | 75
Jan/17 Jun/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18

RESERVADO AO FISCO
cbb9.3155.224d.3ce5.8e4b.c2d6.d935.eeff.

| Indicadores de Qualidade | | | Composição do Consumo | | |
|--------------------------|------------------|---------|-----------------------------|-------------|--------|
| | Limites da ANEEL | Apurado | Discriminação | Valor (R\$) | % |
| DIC MENSAL | 12,78 | 6,48 | Serviço de Dist. da Energia | 13,28 | 22,12 |
| DIC TRIMESTRAL | 25,52 | | Consumo de Energia | 19,18 | 31,98 |
| DIC ANUAL | 51,05 | 1,00 | Serviço de Transmissão | 2,03 | 3,38 |
| FIC MENSAL | 7,34 | | Encargos Setoriais | 2,07 | 3,44 |
| FIC TRIMESTRAL | 15,48 | | Impostos Diretos e Encargos | 21,61 | 36,05 |
| FIC ANUAL | 30,98 | 6,45 | Custos Setoriais | 0,00 | 0,00 |
| DIC9 | 6,99 | | Total | 59,95 | 100,00 |
| DIC0 | 16,60 | | | | |

30 JUN 2018
PROTOCOLADO
16.10.18

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204 ou 0800-221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 COAF**².

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 Alexandre Cesar Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Rodrigues da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 806.413.184-72 do sinistro de DPVAT cobertura unidade 03 da Vítima Jose Rodrigues da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 806.413.184-72 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ 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. Maria Rosa</u> | | Número <u>58</u> | Complemento _____ |
| Bairro <u>Mamaria</u> | Cidade <u>João Pessoa</u> | Estado <u>PB</u> | CPF <u>53098460</u> |
| Email <u>alexandracarduarte@hotmail.com</u> | | Telefone comercial (DDD) <u>99105-5363</u> | Telefone celular (DDD) <u>98663-49100</u> |

João Pessoa, 27 de Julho de 2018
Local e Data

Alexandre Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

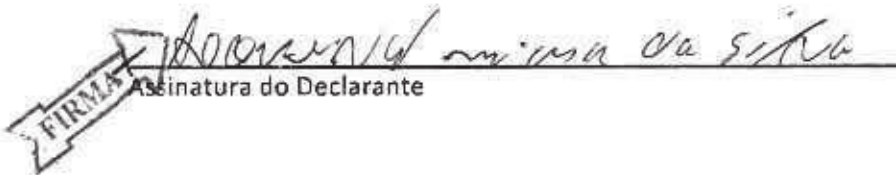


Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LOURIVAL MICENA DA SILVA

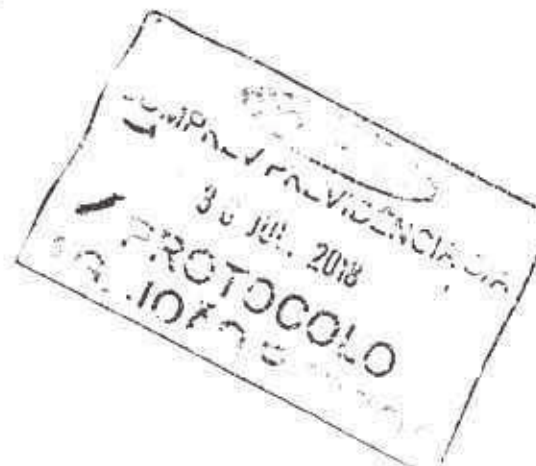
RG nº 1.666.674, data de expedição 23/08/2011,
Órgão SSDS-PB, portador do CPF nº 873.751.334-68, com
domicílio na cidade de JURUPIRANGA, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA PROGETA, nº 09,
complemento TERREO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOSÉ RODRIGUES DA SILVA cujo o condutor era
JOSÉ RODRIGUES DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI
Ano: 2013
Placa: PCK 7074
Chassi: 9C2 KC 16709L015070
Data do Acidente: 31/12/2017
Local e Data: PB 048 - JURUPIRANGA 31/12/2017


Assinatura do Declarante

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

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
LOURIVAL MICENA DA SILVA
Dou fé: Jurupiranga/PB - 06/07/2018
Notário: LEDA DANTAS DE OLIVEIRA COUTINHO
Selo Digital: AHB94397-355S
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>
Emol R\$ 9,48 FARPEN R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 TEP R\$ 1,90



CERTIDÃO

Nº. 0848/2018

Atendendo solicitação de **ALEXANDRE CESAR DUARTE** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº90625 e prontuário Nº2017.12.4233, pertencentes a JOSE RODRIGUES DA SILVA que foi atendido dia 31/12/2018 às 07H12min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de ossos da perna esquerda. Realizado cirurgia dia 01/01/2018 e alta medica dia 30/01/2018

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 15 de junho de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58256-364 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 90625 Atd: Nao Regula
Data: 31/12/2017
Hora: 07:12:41
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE RODRIGUES DA SILVA
CNS: 708100546938832 Sexo: M IDENTIDADE: 1476671 Fone: 987473840
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 09/08/1970 Id: 47 ano(s)
End.: SITIO BARRA, 00
Bairro: ZONA RURAL Cidade: PILAR UF: PB
Mae: JOSEFA MARIA DA SILVA Pai: SEBASTIAO RODRIGUES DE PONTES

Raca: BRANCA Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: AGRICULTOR

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ESPOSA ELENILDA FELINTO DA SILVA RG 2618607
Tel/Doc. Responsavel: 988445026 / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO NA PONTE PARAIBINHA

Vitima de violencia por: PROX DO CAMINHO DE JURUPIRANGA HJ AS 6/ HS CONDUTO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

CAIDA DE MOTO.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

PT com trauma de cabeça e membros superiores

Diagnostico

Lesão TC, com lesão de membros superiores

Prescrição

EG, B, G=15

Horario da medicacao

Exito oral suplen A PAU e
BOM FOMENTO E BOM FOMENTO

(*) Ponto de trauma e de lesão de membros superiores

Dr. Flavio Henrique Loyola
CRM-PB 10.205
Neurologia / Otorrinolaringologia

* OLTROSIA A. 3/12/17 * 08:43h *

PU vítima de acidente de moto com
fratura fechada 2ª T312 (B)

Data e Hora

PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

(assinatura)

* PU com SRA AUXILIAR PELA CUNHA
BOM APOIO ALARMO.

* PU não tem abdominal dor e não
a insuflar RELUS LIMA OMBRO

* DIA: Fratura Fechada Capela de
T312

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde

Medicamentos

Dose

Horario

Evolução

Contra 1) TALA BOM.

2)

Curativo.

3)

Injeção P/ TPO
Curativo.

4)

Relatório Avaliação da

Reservado p/ liberação

Cirurgia para

Assinatura da Enfermagem

P/ liberação P/ R. R. R.

PROCEDIMENTO REALIZADO

Dr. Fernando A. P. Filho
Orculista e Transcricção
CRM 101400/1747

PROTÓCOLO
30 JUL 2018
PROVIDENCIA

DESTINO DO PACIENTE

[] Residência

[] Transferido

[] Desistência

[] UTI

[] Alta a pedido

[] Enfermaria

Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Elenilda S. Silva

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Dr. Romário da Silva Data da Admissão: 31/12/12
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1
QPD: Ex. Faltado de Bônus
HDA: _____

Medicações em uso: _____

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 [] Hematemese [] 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-reposso [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

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

[] 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: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____



Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1 - PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA
- 2 - ASSÉPSIA + ANTISSEPSIA
- 3 - ALOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

Incisão:

- 4 - FEITA DUAS INCISÕES EM REGIÃO ANTERO MEDIAL EM PLANA E

Achados:

Conduta:

- 5 - EXCORTADO A PLACA DCP DAIXO PARA 17 FURROS EM INCISÃO DISTAL ATÉ INCISÃO PROXIMAL. (TÉCNICA DA PLACA FONTE) + 6 PARAFUSOS CONTIGUOS
- 6 - SUTURA POR PLANOS
- 7 - CURATIVO
- 8 - RX DE CONTROLE
- 9 - TALA BOTA

Fechamento:

OBS:

Data: 24/01/18

MÉDICO/CRM



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Pte em DDH sobre amplexo
- Arrepresso + Antisepsia + Campos

Incisão:

Achados:

Conduta:

- Lavagem abundante com SF 0,9% + debridar
- Estabilização da fratura com fixadores externos lineares Transarticulares

Fechamento:

- Sutura
- Curativo

OBS:

Data: ____/____/____

Dra. Tânia Medeiros
Ortopedia - Traumatologia I
CRM-PB 1206

01 JAN 2013

MÉDICO/CRM



RELATÓRIO DE CIRURGIA

[illegible]

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Anestesia + Antissepsia em M/C
2. Retirada fixador externo
3. Curativo estéril
4. TMA-Gesso

Incisão:

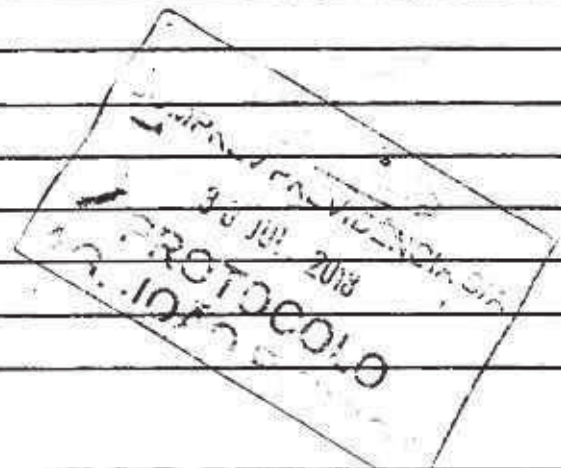
Dr. Thales F. Seabra
CRM PB 7124
Ortopedia e Traumatologia
Clínica do Joelho

Achados:

Conduta:

Fechamento:

OBS:



Data: ____/____/____

MÉDICO/CRM

Dra. Arleide Andrade Medeiros
CRM/PB 11.289

Paciente: JOSÉ RODRIGUES DA SILVA.

LAUDO MÉDICO.


O paciente JOSÉ RODRIGUES DA SILVA, foi vítima de acidente de trânsito em 31/12/2017, em decorrência do qual sofreu traumas em membro inferior esquerdo, fratura exposta nos ossos da perna esquerda.

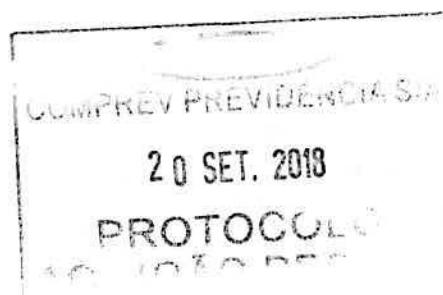
Constatado o trauma, o paciente foi submetido a procedimento cirúrgico para tratamento da fratura em 01/01/2018, recebendo alta médica em 30/01/2018, a cirurgia consistiu na colocação de placa dcp baixo perfil de 12 furos e 6 parafusos corticais, como se extraí de relatório cirúrgico.

Do exame clínico e dos demais documentos médicos do paciente, vê-se intensa limitação nos movimentos em face da extensão das lesões sofridas, revelando sequelas no membro inferior esquerdo, com redução da capacidade para o exercício normal das atividades habituais do paciente.

CID 10: S82, T93.

João Pessoa, 27 de agosto de 2018.


Dra. Arleide Andrade Medeiros
Médica
CRM/PB 11.289



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 1 4 2 6 6 7 1 DATA DE EMISSÃO 04 MAI 1989

NOME JOSE RODRIGUES DA SILVA

FILIAÇÃO Sebastião Rodrigues de Pontes
Josefa Maria da Silva

NATURALIDADE Pilar.PB. DATA DE NASCIMENTO 09.08.1970

DOC. ORIGEM Cert.Nasc.5.957, Fls.150, Liv.
A.7, Cart.Jurupiranga.PB.

CPI

JOSE RODRIGUES DA SILVA

ASSINATURA

16.11.89





INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR

0800 011 222 222




ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PIAUÁ

IDENTIDADE DE ABOGADO

14438

ALEXANDRE DE ASSIS OLIVEIRA

BARCELONA, SP

20/07/2018

PROTOCOLADO

30 JUL 2018

PROTOCOLADO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180349396 **Cidade:** Juripiranga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RODRIGUES DA SILVA **Data do acidente:** 31/12/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO RELATÓRIO MÉDICO DE TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, COM PROGNÓSTICO E EXAMES DE IMAGEM DE CONTROLE (RAIO X, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA), COM DATA DE REALIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO. RESULTADO DE TRATAMENTO NÃO DEFINIDO NO MOMENTO.

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 |

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

José Rodrigues da Silva,
brasileiro(a), estado civil casado, profissão
agricultor, CI RG nº 1476671,
CPF/MF nº 806.413.184-72, residente e domiciliado(a) à Rua
Sit Barragem de Pilar, S/N área rural,
Cidade de Pilar, Estado
Paraíba, CEP: 58338000, telefone
(83) 99105.5363, (83) 98663.4900.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Pilar, PB, 16 de Fevereiro de 2018.

SELO DIGITAL:

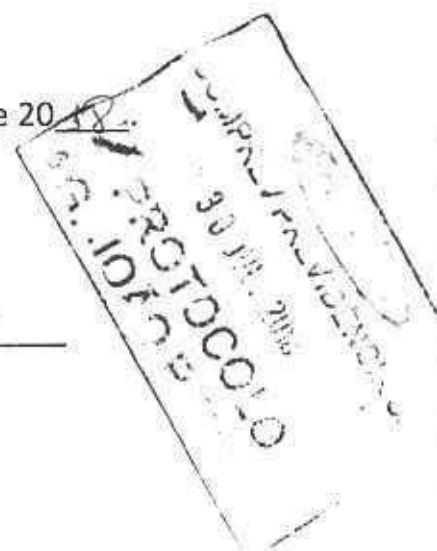
consulte em - <http://www.tjpb.jus.br>

AGG92724 - JSZC

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DO ÚNICO OFÍCIO
OFÍCIO - COMARCA DE PILAR - PB

Reconheço a firma de José Rodrigues da Silva
por autenticidade. Dou fé. Em test. de verdade

Pilar 16/02/2018



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0277223/18

Número do Sinistro: 3180349396

Vítima: JOSE RODRIGUES DA SILVA

CPF: 806.413.184-72

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 31/12/2017

Titular do CPF: JOSE RODRIGUES DA SILVA

CPF de: Próprio

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: 20/09/2018
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/09/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE RODRIGUES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00733

CONTA: 000000038884-7

Nr. da Autenticação BAE221F0394FC172