

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180490418 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WELLINGTON DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 01/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A
FERREIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: ESCORIAÇÕES EM REGIÃO FACIAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:



Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: WELLINGTON DO NASCIMENTO FERREIRA

Nº Sinistro: 3180490418

Vitima: WELLINGTON DO NASCIMENTO FERREIRA

Data do Acidente: 01/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180490418**.

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

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: WELLINGTON DO NASCIMENTO FERREIRA

Nº Sinistro: 3180490418

Vitima: WELLINGTON DO NASCIMENTO FERREIRA

Data do Acidente: 01/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180490418**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **01/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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

096.633.924-01

Nome completo da vítima

Wellington do Nascimento Ferreira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		Wellington do Nascimento Ferreira	CPF/titular da conta	096.633.924-01	Profissão	Agricultor	
Endereço	Assentamento Fui anastácio		Número	16	Complemento	Área Rural	
Bairro	Área Rural	Cidade	Lençóis	Estado	PB	CEP	58322-000
Email	consult.pes.advogados@gmail.com				Telefone (DDD)	(83) 4141-2316	

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"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<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"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input type="checkbox"/> BANCO	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		Nome _____	
AGÊNCIA NRO.	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V
0036		090 801	9
(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.

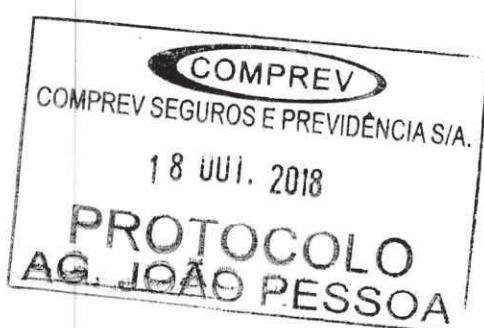
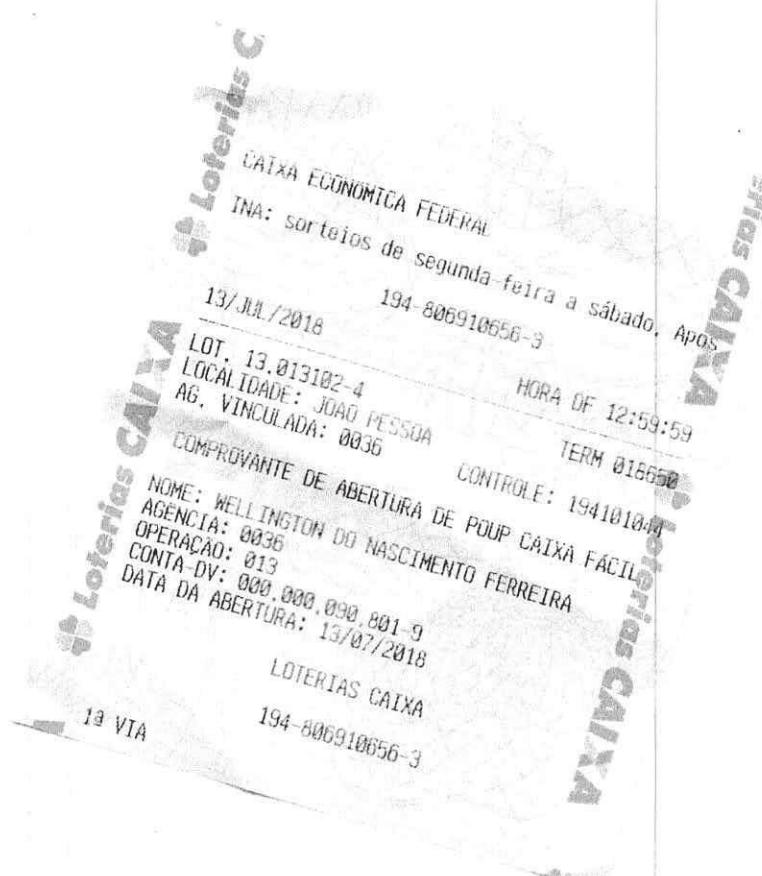
João Pessoa, 17 de julho de 2018

Local e Data

Wellington do Nascimento Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01326.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01326.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:48 horas do dia 16 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 Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigacao, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Wellington do Nascimento Ferreira**, CPF nº 096.633.924-01, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Maria Aparecida Silva do Nascimento e Antonio Inácio Ferreira, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 30/03/1989 (29 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Assentamento Frei Anastácio, Nº S/N, complemento ESCOLA MUNICIPAL JOSÉ COSMO DE SANTANA, bairro Centro, tendo como ponto de referência Escola Municipal José Cosmo de Santana, na cidade de Conde/PB, telefone(s) para contato (83) 99149-1294.

Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio Zona Rural, Escola Municipal José Cosmo de Santaana, Conde/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 01/04/18 20:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

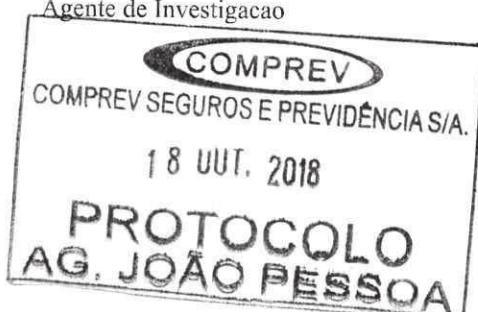
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante, no dia 01/04/2018, por volta das 20:30 horas, quando transitava pela zona rural, sítio mata da Chica na cidade do Conde/PB, com o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/NXR BROS ES de cor preta, placa: MOA1985/PB, chassi nº 9C2KD03308R047105, registrado em nome de Antonio Inácio Ferreira, CPF nº 917.501584-15; QUE segundo o notificante, transitava normalmente pelo endereço acima citado quando o veículo em que estava veio a derrapar, fazendo com que o notificante viesse a cair; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DE 28/06/2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) por terceiro; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 T14,9

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, 16 de julho de 2018.

JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigacao



WELLINGTON DO NASCIMENTO FERREIRA
Noticiante

Wellington do Nascimento
Procedimento Policial: 01326.01.2018.1.00.420

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 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

Wellington do Nascimento Ferreira

CPF da Vítima

096633929-01

Data do Acidente

01.04.18

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

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
18 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 17 de junho de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1072898



Identificação do paciente				
ID 1276578	Nome WELLINGTON DO NASCIMENTO FERREIRA			Sexo Masculino
Data de nascimento 30/03/1989	Idade 29 anos 2 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO				Pai ANTONIO INACIO FERREIRA
Escolaridade				Responsável (Parentesco) O PAI - PAI
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991517073			DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3346172			Nº Cns 898000285043902
Local de procedência CONDE				Tipo MUNICIPIO
Email	Naturalidade			UF PB
CBO/R				
Endereço				
CEP 58322000	Município de residência CONDE	UF PB	Logradouro FREI ANASTACIO	
Número SN	Complemento			Bairro ZONA RURAL
Admissão				
Data e Hora 01/04/2018 22:36:33	Número da pulseira 1000006293467			Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL				Clinica
Classificação de risco				Origem do paciente RUA
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 CARRO PARTICULAR				Quem transportou
Sinais Vitais				
PA X	mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos <i>Paciente desacordado. vítima de acidente de moto, condutor, agitado. Foi levado para a ambulância 911 e está de volta ao seu endereço.</i>				
Diagnóstico				
Atendido por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES				

Imprimir



MARIA APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO
ASSENT FRIANASTACIO, 16 - AREA RURAL
CONDE / PB CEP: 59322000 (AG-1)

Emissão: 13/06/2018 Referência Jun / 2018
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA PENDA MONOFASICO Br230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690
Roteiro: 6 - 21 - 559 - 460 Nº medidor: 00008976112

energisa
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.985.182/0001-40 Insc Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica N°007.885.563
Cód. para Déb. Automático: 00010327567

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jun / 2018	13/06/2018	13/07/2018	3596256496 Insc. Est.:

UC (Unidade Consumidora): **5/1032756-7**

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 14/05/18	Leitura 1459	Data 13/08/18	Leitura 1568	1 109 30

CCI	Descrição	Demonstrativo								
		Quantidade	Tarifa c/	Valor Base	Calc.	Aliq.	Icms(R\$)	Base Calc.	Pis(R\$)	Coins(R\$)
0801	Consumo até 30kWh-BR	30.000	0,249450	7,48	7,48	27	2,01	7,48	0,07	0,31
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70.000	0,427820	29,93	29,93	27	9,08	29,93	0,27	1,24
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	9.000	0,641420	5,77	5,77	27	1,58	5,77	0,05	0,24
0801	Adic. B. Amarela			0,47	0,47	27	0,13	0,47	0,00	0,02
0801	Adic. B. Vermelha			1,95	1,95	27	0,53	1,95	0,02	0,08
0810	Subsídio			38,15	38,15	27	10,30	38,15	0,34	1,58
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA			14,96	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0904	COMPENSACAO POR INDICADOR -DIC 04/2016			-2,84	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0802	BEM SEGURO -ACE/ASSURANT 06/2018			6,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0906	Devolução Subsídio			-25,93	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

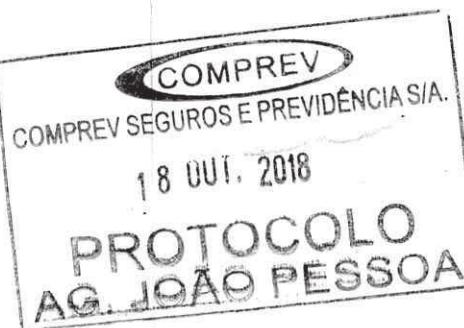
CCI: Código de Classificação do Item TOTAL 76,86 83,75 22,61 83,75 0,75 3,47

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
119	20/06/2018	R\$ 76,86

Histórico de Consumo (kWh)

88	98	93	72	78	108	95	131	184	213	145	130
Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18

RESERVADO AO FISCO
c6dd.e5a6.d132.bdde.4206.9874.4046.451a.



TIM

TIM SistAr S.A.
Av. Pra. Epitácio Pessoa, 3150-SLB
Tombosuínho - João Pessoa - PB
CNPJ: 04.206.050/0085-99 - IE: 16.143.665-0
CNPJ: 02.421.421/0001-11

CASSIO ASSIS ESPINOLA
CAPITAO JOSE PESSOA, 602, CASA
JAGUARIBE
58015-345 - JOAO PESSOA - PB

CPF/CNPJ: 02932540440

CLIENTE: 165481214

ACESSO: 83 4141-2316

R\$ 49,90**VENCIMENTO**

10/05/2018

EMISSÃO: 19/04/2018

POSTAGEM: 27/04/2018

NÚMERO: 3378118988

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000165481214012

A TIM S.A. faz parte das empresas controladas pela TIM no Brasil

IMPORTANTE PARA CASSIO**RESUMO DA SUA CONTA DE 19/MAR A 18/ABR**

A Intelig Telecomunicações LTDA. comunica a alteração de sua Razão Social para "TIM S.A.", não acarretando qualquer alteração no provimento dos serviços atualmente contratados.

Serviços TIM S.A.	VALOR
TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS	R\$ 49,90

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 83 4141-2316**PLANOS CONTRATADOS**

Vantagens que seu plano oferece

PLANOS CONTRATADOS	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS (141/PÓS/STFC)	Ilimitado	-	1	31	19/03 a 18/04	49,90
TIM Portal CONTEÚDO GOLD	-	-	1	31	19/03 a 18/04	Incluído

Total de Planos Contratados 49,90

ENDEREÇO FISCAL

CASSIO ASSIS ESPINOLA
CPF/CNPJ: 02932540440-0
CAPITAO JOSE PESSOA, 602, CASA
JAGUARIBE
58015-345 - JOAO PESSOA - PB

ITEM 1 TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS QUANTITATIVO

ICMS PIS/COFINS Serviço de Telecom Aliquota 30%
Aliquota 3%

Reservado ao Fisco: 5EB23833.3DF1.7389.E750.E0FA.B101.08

IMPOSTO TIM S.A.	ALIQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR
ICMS	30%	R\$ 35,00	R\$ 10,50
PIS/COFINS - Serviços Telecom	3,65%		
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom	9,25%		

Em atendimento à Lei 12.741/2012
As contribuições do PIS/ST (1%) e FUNTTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas.

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada online, com toda a comodidade e segurança. Consulte gráficos de consumo e muito mais! Sempre que desejar, acesse meutim.com.
Centro de Atendimento: 10341

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 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 Maria Cíntia Gilo da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 051690444-29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Wellington do Nascimento Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 096633924-01, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Wellington do Nascimento Ferreira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 096633924-01, 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>Av. Capitão José Pessoa</u>	Número	<u>602</u>	Complemento	<u>Sala 06</u>
Bairro	<u>Jacuaniibe</u>	Cidade	<u>Jacuá Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>
Email	<u>consult.pes.advogados@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>(83) 9 8663 0588</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(83) 4141 2316</u>

Jacuá Pessoa, 17 de julho de 2018
Local e Data

18 OUT. 2018
Assinatura do Declarante

COMPREV
REV SEGUROSE PREVIDÊNCIA S/A.
PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	WELLINGTON DO NASCIMENTO FERREIRA
DATA DE NASCIMENTO	30/03/89
NOME DA MÃE	MARIA APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.072.898
DATA DO ATENDIMENTO	01/04/18
HORA DO ATENDIMENTO	22:36
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO
CID 10	T14.9

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, alcoolizado, confuso, agitado, TC de crânio normal, sem deficit, Glasgow 15, abdômen doloroso, escoriações em região facial.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX de bacia
Ultrassonografia do abdômen total.

RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem alterações.

TRATAMENTO:

Atendimento inicial.

ALTA HOSPITALAR:	02/04/18
DATA DA EMISSÃO:	28/06/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, COMPREV, MINISTÉRIO DA SAÚDE DE TRATAMENTO, COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A.

18 VIII, 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
WELLINGTON DO NASCIMENTO FERREIRA	1072898	01/04/2018 22:36:33	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
30/03/1989	29a 3d	Masculino	(83) 991517073
Mãe			Prontuário
MARIA APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO			
Endereço	Bairro	Município	UF
FREI ANASTACIO, SN	ZONA RURAL	CONDE	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE	165843/SP
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
01/04/2018 22:36:33		02/04/2018 00:50:00	

Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTOCICLETA, NÃO SABE INFORMAR O HORÁRIO DO EVENTO.

EM OBSERVAÇÃO PELA NCR.

SEM QUEIXAS ORTOPÉDICAS

EF MMSS E MMII SEM ALTERAÇÕES

CD: ALTA DA ORTOPEDIA

Conduta

Em observação

Diego Dantas L. Albuquerque
Ortopedia e Traumatologia
CRM PB 8047
TEOT 15589

WELLINGTON DO NASCIMENTO FERREIRA

DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE
(CRM: 165843/SP)

06:33h

Nervos

Glosso 15

Sem deficit

TC crônico Normal

Câncer tócos

Alta Nervos

Dr. Gustavo Cartaxo Patriota
Neurocirurgia
CRM PB 6800COMPREV
18 OUT. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA
COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIA S/A



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	WELLINGTON DO NASCIMENTO FERREIRA	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
Data de nascimento	30/03/1989	1072898	01/04/2018 22:36:33	
Idade	29a 3d	Sexo	CNS	Telefone de Contato (83) 991517073
Mãe	MARIA APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO	Masculino	898000285043902	Prontuário
Endereço	FREI ANASTACIO, SN	Bairro	CONDE	UF PB
Acidente	QUEDA / OUTROS	Motivo	WESLEY PEREIRA DA SILVA	Nº Cons. Regional 9270/
Data/Hora Classificação	01/04/2018 22:36:33		Data/Hora Prescrição 01/04/2018 22:50:39	

Anamnese

CIRURGIA GERAL#

PACIENTE TRAZIDO POR FAMILIARES COM RELATO DE QUEDA MOTOCICLETA, E INGESTA DE ALCOOL, CONFUSO, SINAIS DE ABUSO DE ALCOOL, COM ESCORIAÇÕES REGIÃO FACIAL

ABODME: NÃO DOLOROSO A PALPAÇÃO
GLASGOW 13

CD PRIMEIRO ATENDIMENTO ABCDE, TC DE CRANIO, RX TORAX, FAST E RX DE BACIA, PARECER DA ORTOPEDIA E NEUROCIRURGIA

MEDICAÇÃO

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9 %)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

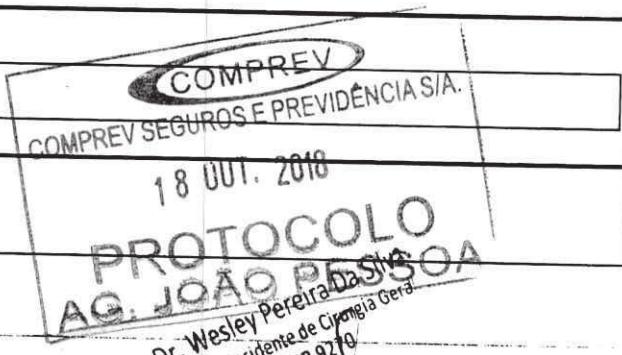
RADIOGRAFIA DE BACIA

CID10

Código	Descrição	COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A.
T14.9	Traumatismo não especificado	

Conduta

Em observação



WELLINGTON DO NASCIMENTO FERREIRA

WESLEY PEREIRA DA SILVA
(CRM: 9270/)

Boletim registrado por: AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES em 01/04/2018 22:37:09

PREScriÇÃO MÉDICA

Nome				Data de	Idade	Sexo
WELLINGTON DO NASCIMENTO FERREIRA				30/03/1989	29a 3d	MASCULINO
Motivo do Atendimento				Enfermaria / Leito		
Convenio SUS				Matricula		

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. In
1 TRAMADOL 50MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	1.0	ML	Observação:DILUIR EM 100 ML DE SF0,9 %	E.V.	
2 PARECER ORTO	0.0				
3 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0				

WESLEY PEREIRA DA SILVA
CRM: 9270

Dr. Wesley Pereira Da Silva
Médico Residente de Cirurgia Geral
CBM-PB 9270



Atendimento: 201831219295

Data Nasc: 30/03/1989 - 29 anos

Paciente: WELLINGTON DO NASCIMENTO FERREIRA

Data Exame: 01/04/2018

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - FAST

Ausencia de liquido livre na cavidade peritoneal, derrame pleural ou pericárdico.

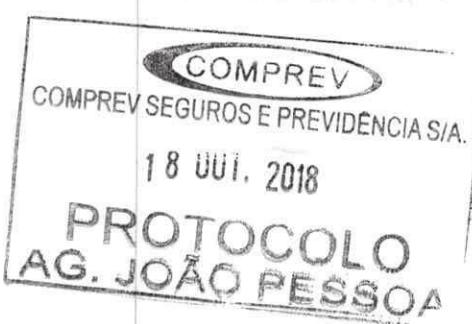
Ausencia de lesões parenquimatosas relacionadas ao trauma.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Ultrasound within normal ranges.

* A ultrasound is a diagnostic test, it must be correlated with other clinical-laboratory data according to clinical criteria.

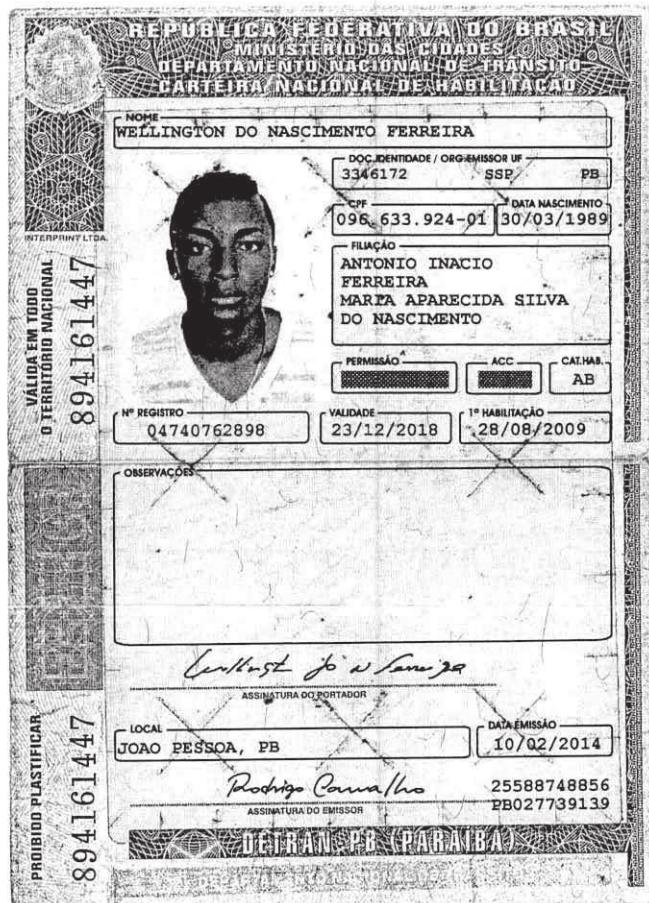
Dr. Phydias L. F. de Carvalho

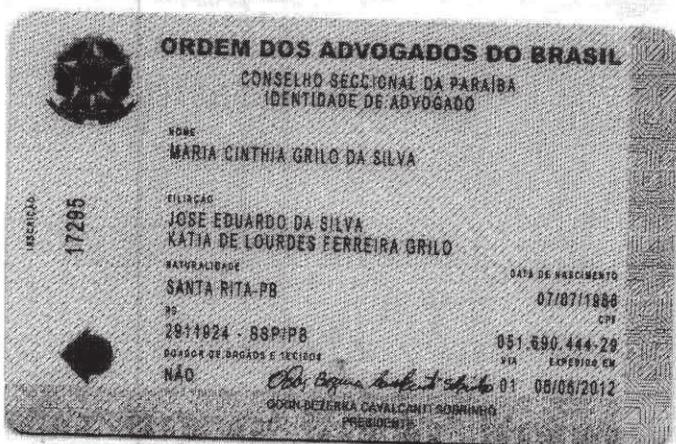


Este laudo foi liberado em 01/04/2018 23:25.



Dr. Phydias L. F. de Carvalho
CRM 6933 - PB





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA CÓD. RENAVAM R.N.T.R.C. 20180000040691 EXERCÍCIO
1 0096809694-8 00/00000000 2018

NOME
ANTONIO INACIO FERREIRA

CPF / CNPJ PLACA
91750156415 MOA1985/PB

PLACA ANT / UF CHASSI
NOVO PB 9C2KD03308R047105

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLE/NEGO-APLIC GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/NXR150 BROS ES 2008 2008

CAP / POT / CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 P/149 /CI PARTIC PRETA

I	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
P	00/00/0000	1 ^a
V	FAIXA I.P.V.A.	2 ^a
A	***** 0	3 ^a

PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGUR P A G O 31/01/2018

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO

LOCAL DATA
ALHANDRA-PB 31/01/2018
14311 7003781
REPRESENTANTE: Vieira da Silva

ROTEGOLO
JOÃO PESSOA
18 JUL. 2018
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A.

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVA

PB Nº 013929474017 BILHETE DE SE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVA
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

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

EXERCÍCIO
2018 31/12/2018

VIA CPF / CNPJ
1 91750156415 MOA1985/PB

RENAVAM MARCA / MODELO
00968096948 HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB. CAT. TARIF.
2008 9 9C2KD03308R047105

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO
***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGAMENTO
***** SEGUR P A G O 31/01/2018

PAGAMENTO
COTA ÚNICA PARCELADO
S COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVA

CNPJ 09.248.608/0001-04

7003781-1625457-20180131

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180490418 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WELLINGTON DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 01/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A
FERREIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: ESCORIAÇÕES EM REGIÃO FACIAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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



CONSULT JUS

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: WELLINGTON DO NASCIMENTO FERREIRA, portador da carteira de identidade nº 3.346.172 SSP-PB, inscrito no CPF sob o nº 096.633.924-01, profissão: agricultor, estado civil: solteiro, residente e domiciliado no Assentamento Frei Anastácio, s/n – Área Rural – Conde - PB, Telefone: 83 99149-1294.

OUTORGADO(S): MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA, inscrita na OAB/PB nº 17.295 e RAFAELA MARIA E SILVA FERREIRA, inscrita na OAB/PB sob o nº 20.228.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário **WELLINGTON DO NASCIMENTO FERREIRA**, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido(a) procurador(a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

João Pessoa, 05 de outubro de 2018.



Wellington da Ferreira

OUTORGANTE

OBS: Reconhecimento à firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

SOUTO
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Bela: Maria Angela Souto Cantalice
Tabelião

8º OFÍCIO DE NOTAS
2º TANDEM DE PROTESTOS
PRAÇA 1817, Nº 40 - CENTRO
CEP: 58013-010 - JOÃO PESSOA
FONE: (83) 3241-3040 - FAX: (83) 3241-3230

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: **WELLINGTON DO NASCIMENTO FERREIRA**

Em test. da verdade. João Pessoa-PB 05/10/2018 10:38:41
Tiago Dionísio da Silva - Auxiliar
[2018-024729]EMOL:R\$ #9,48 FARFEN:R\$ 0,28 FERFAR:R\$ 0,00
SELO DIGITAL: AHM55956-C701
Confira a autenticidade em <https://selodigital.souto.com.br>

TIAGO DIONÍSIO DA SILVA
SOUTO SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380021/18

Vítima: WELLINGTON DO NASCIMENTO FERREIR

CPF: 096.633.924-01

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/04/2018

WELLINGTON DO

NASCIMENTO FERREIRA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA : 051.690.444-29

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

WELLINGTON DO NASCIMENTO FERREIRA : 096.633.924-01

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: 18/10/2018
Nome: MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA
CPF: 051.690.444-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA