

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

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 GRILO 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

Carta nº 13498244



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 GRILO 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 Irmã Anastácia		Número 16	Complemento Área Rural
Bairro Área Rural	Cidade Londrina	Estado PR	CEP 58322000
Email consult.pis.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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NFO

0036

D/V

CONTA

NFO

090801

D/V

9

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NFO

AGÊNCIA

NFO

(Informar dígito se existir)

D/V

18

001

2018

18

001

2018

18

001

2018

18

001

2018

18

001

2018

18

001

2018

18

001

2018

18

001

2018

18

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 N. Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado, Apos

194-806910656-3

13/JUL/2018

LOT. 13.013102-4

LOCALIDADE: JOAO PESSOA

AG. VINCULADA: 0036

HORA OF 12:59:59

TERM 018650

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FACIL

CONTROLE: 194101044

NOME: WELLINGTON DO NASCIMENTO FERREIRA

AGENCIA: 0036

OPERACAO: 013

CONTA-DV: 000.000.000.801-9

DATA DA ABERTURA: 13/07/2018

LOTerias CAIXA

13 VIA

194-806910656-3

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

18 JUL. 2018

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA



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 Investigação, 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:

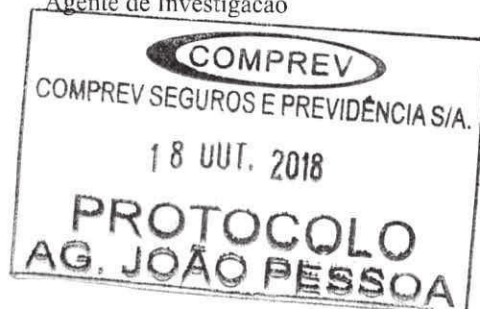
QUE, segundo o notificante, no dia 01/04/2018, por volta das 20:30 horas, quando transitava pela zona rural, sítio mata da Chica na cidade do Conde/PB, com o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/NXR BROS ES de cor preta, placa: MOA1985/PB, chassi nº 9C2KD03308R047105, registrado em nome de 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 Investigação

WELLINGTON DO NASCIMENTO FERREIRA
Noticiante



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

096.633.924-01

Data do Acidente

01.04.18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

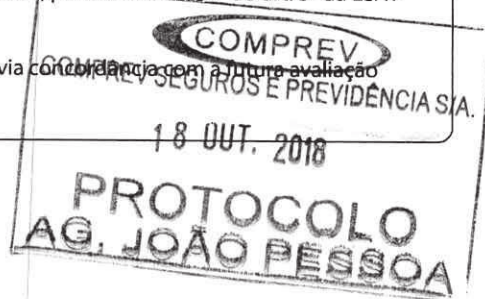
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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.



João Pessoa, 17 de julho de 2018

Local e Data

Wellington do N. Ferreira

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	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3346172	Nº Cns 898000285043902		
Local de procedência CONDE		Tipo MUNICIPIO	UF PB	
Email	Naturalidade	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	Clínica			
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 Paciente acamado, ritmo cardíaco muito, condutividade, agitado, agitado em caminha F/EDT segue em observação				
Diagnóstico				
Atendido por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES				

Imprimir

CID

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

18 JUL. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Nº medidor: 00008376112

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ 03.095.183/0001-40 Insc Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica Nº007.885.563
Cód. para Déb. Automático: 00010327567

Acesse: www.energisa.com.br

CPF/ CNPJ/ RANI

3596256496

5/1032756-7

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

c6dd.e5a6.d132.bdde.4206.9874.4046.451a.

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

TIM Celular S.A.
Av. Pres. Epitácio Pessoa, 3150 - SL6
Tamborão - João Pessoa - PB
CNPJ: 04.206.050/0085-99 - I.E.: 16.143.665-0
CNPJ do Matriz: 02.421.421/0001-11

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

R\$ 49,90

VENCIMENTO

10/05/2018

EMIÇÃO: 19/04/2018

POSTAGEM: 27/04/2018

NÚMERO: 3378118988

CPF/CNPJ: 02932540440

CLIENTE: 1.65481214

ACESSO: 83 4141-2316

DEBITO AUTOMÁTICO: 00000000165481214012

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

IMPORTANTE PARA CASSIO

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.

RESUMO DA SUA CONTA DE 19/MAR A 18/ABR

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

TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS (141/PÓS/STFC)

FRANQUIA
Ilimitado

CONSUMO

QUANTIDADE

Nº DIAS

PERÍODO

VALOR

TIM Portal CONTEUDO GOLD

19/03 a 18/04

49,90

31

19/03 a 18/04

Incluído

Total de Planos Contratados

49,90

ENDEREÇO FISCAL

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

ITEM

1 TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS

QUANTIDADE

1

ICMS

PIS/COFINS Serviço de Telecom

Aliquota 30%

Aliquota 3%

Reservado ao Fisco: 5EB238333DF1.73B9.E750.E0FA.B101.08

Para sua comodidade, cadastre sua conta em débito automático, em seu banco, utilizando o número de identificação indicado neste boleto. Para mais informações, ligue para o central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

CASSIO ASSIS ESPINOLA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO

00000000165481214012

MÊS DE REFERÊNCIA

ABR/2018

DATA DE EMISSÃO

19/04/2018

DATA DE VENCIMENTO

10/05/2018

VALOR

R\$ 49,90

VIA BANCO

8461000000 - 5

49900109011 - 1

00337811898 - 2

8019257526 - 5

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



IMPOSTO-TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR
ICMS	30%	R\$ 39,90	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 ao FUST (1%) e FUNTEL (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.
Central de Atendimento: 10341

Nº de identificação do documento: 3378118988

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/BIBLIOTECASWEB/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 Maria Cinthia Gilo da Silva 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

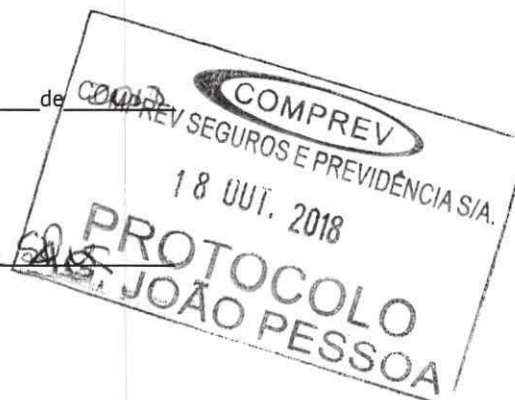
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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>Jaguaripe</u>	Cidade <u>José Pessoa</u>	Estado <u>AB</u>	CEP <u>58015345</u>
Email <u>consult.fus.advogados@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83) 986630588</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 41412316</u>

José Pessoa 17 de julho de 2018
Local e Data


Maria Cinthia Gilo da Silva
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antônio Inácio Ferreira,
RG nº 1484897, data de expedição 23/04/15,
Órgão SSP PB, portador do CPF nº 917501, com
domicílio na cidade de Conde, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Assentamento Frei Anastácio, nº 5/nº,
complemento Área Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Wellington do Nascimento Severina cujo o condutor era
Wellington do Nascimento Severina.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA NXR 150 BROS ES
Ano: 2008
Placa: MOA 1985
Chassi: 9C2K D03308 R 047105
Data do Acidente: 04.04.18
Local e Data: João Pessoa, 17 de junho de 2018


Antônio Inácio Ferreira
Assinatura do Declarante

CNPJ 02.915.305/0001-59

CARTÓRIO LOPES CARNEIRO

Rua Nsa. Ribeiro, s/nº

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro.) nº 58.322-00,
CONDE-PB.


Cartório
Registro Civil das Pessoas Naturais
Tabelião: Marlene Lopes Carneiro

CARTÓRIO

Escrituras Procução - Autenticação

Firmas - Nascimento - Óbito

Rua Nsa. Ribeiro, s/nº - Distrito de Jacunã - Conde - PB

CEP: 58.322-000 - Fones: (83) 3200-1324 / 8846-7342

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

Antônio Inácio Ferreira

Dou fé, Conde/PB - 14/05/2018

Tabelião: Marlene Lopes Carneiro

Selo Digital: AGV18915-RDUI

Consulte a autenticidade em <http://selodigital.joao-pessoa.pb.gov.br>

Emol: R\$3,88 ISS: R\$0,44 Farpem: R\$0,44 AF: R\$0,14 Fepj

R\$2,22

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

18 OUT. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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 déficit, Glasgow 15, abdome doloroso, escoriações em região facial.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de cranio	
RX de bacia	
Ultrassonografia dio abdomen 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 E CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

COMPREV
18 JUL. 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 WELLINGTON DO NASCIMENTO FERREIRA	BAE 1072898	Data/Hora Entrada 01/04/2018 22:36:33	Data Baixa
Data de nascimento 30/03/1989	Idade 29a 3d	Sexo Masculino	CNS 898000285043902
Mãe MARIA APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO			Telefone de Contato (83) 991517073
Endereço FREI ANASTACIO, SN	Bairro ZONA RURAL	Município CONDE	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE	Nº Cons. Regional 165843/SP
Data/Hora Classificação 01/04/2018 22:36:33		Data/Hora Prescrição 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

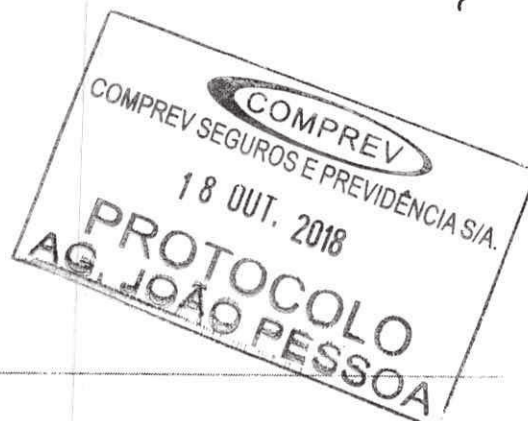
WELLINGTON DO NASCIMENTO FERREIRA

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

Loramp

06:33h NUNO
Clavado 15
Sem deficit
TC crânio Normal
Condutividade
Alta Normal

Dr. Gustavo Cantaxo Patriota
Neurocirurgia
CRM-PB 6800





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente WELLINGTON DO NASCIMENTO FERREIRA	BAE 1072898	Data/Hora Entrada 01/04/2018 22:36:33	Data Baixa
Data de nascimento 30/03/1989	Idade 29a 3d	Sexo Masculino	CNS 898000285043902
Mãe MARIA APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO			Telefone de Contato (83) 991517073
Endereço FREI ANASTACIO, SN	Bairro ZONA RURAL	Município CONDE	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional 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 SF0,9 %)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

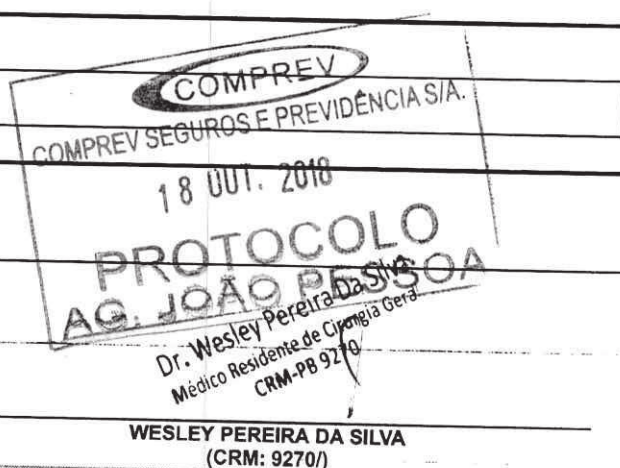
RADIOGRAFIA DE BACIA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação



WELLINGTON DO NASCIMENTO FERREIRA

WESLEY PEREIRA DA SILVA
(CRM: 9270/)

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	WELLINGTON DO NASCIMENTO FERREIRA	Data de	Idade	Sexo
Motivo do Atendimento		30/03/1989	29a 3d	MASCULINO
Convenio		Enfermaria / Leito		
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 Geriátrica
CRM-PB 9270



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831219295

Data Nasc: 30/03/1989 - 29 anos

Paciente: WELLINGTON DO NASCIMENTO FERREIRA

Data Exame: 01/04/2018

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - FAST

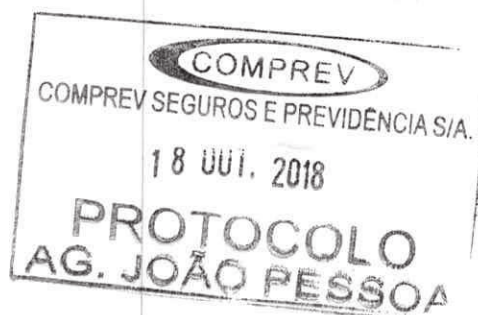
Ausencia de liquido livre na cavidade peritoneal, derrame pleural ou pericárdico.

Ausencia de lesões parenquimatosas relacionadas ao trauma.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Ultrassonografia dentro dos padrões normais.

** A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*



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



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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

INTERPRINT LTDA

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

894161447

NOME
WELLINGTON DO NASCIMENTO FERREIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
3346172 SSP PB

CPF
096.633.924-01

DATA NASCIMENTO
30/03/1989

FILIAÇÃO
ANTONIO INACIO
FERREIRA
MARTA APARECIDA SILVA
DO NASCIMENTO

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
Q4740762898

VALIDADE
23/12/2018

1ª HABILITAÇÃO
28/08/2009

OBSERVAÇÕES

Wellington do Nascimento Ferreira
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
10/02/2014

Rodrigo Carvalho
ASSINATURA DO EMISSOR

25588748856
PB027739139

DETRAN PB - PARAIBA

PROIBIDO PLASTIFICAR

894161447

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

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 10494508

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.988/94)



ASSINATURA DO PORTADOR

Maria Cinthia Grilo da Silva

OBSERVAÇÕES



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DO ADVOGADO

NOME
MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA

RELACAO
JOSE EDUARDO DA SILVA
KATIA DE LOURDES FERREIRA GRILLO

NATURALIDADE
SANTA RITA-PB

DATA DE NASCIMENTO
07/07/1988

CPF
051.690.444-28

EXPIRACAO
05/05/2012

POSSESSOR DE ORCÃO E TERCIO
NÃO

QUINZEZENA CAVALCANTI SOBRINHO
PRESIDENTE

17295

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013929474017
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 0096809694-8 R.N.T.R.C. 20180000040691-4 EXERCÍCIO 2018

NOME
ANTONIO INACIO FERREIRA

CPF / CNPJ
91750156415

PLACA
MOA1985/PB

PLACA ANT / UF
NOVO PB

CHASSI
9C2KD03308R047105

ESPÉCIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO-FELIC

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2008

CAP / POT / CIL
2 P/149 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA
00/00/0000

VENC. COTA ÚNICA

VENC / COTAS

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS
0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

P A G O

31/01/2018

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMINIO

LOCAL
ALHANDRA - PB

LOCAL

DATA

31/01/2018

14811

7003781

PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

18 JUL. 2018

COMPREV

OMIEV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

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

PB Nº 013929474017 BILHETE DE SE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 CPF / CNPJ 91750156415 EXERCÍCIO 2018

RENAVAM 00968096948 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS

ANO FAB. 2008 CAT. TARIF. 9 Nº CHASSI 9C2KD03308R047105

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) ***** DENATRAN (R\$) ***** CUSTO DO BILHETE (R\$) *****

IOF (R\$) ***** TOTAL A SER PAGADO *****

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO

DATA 31/01/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

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 FERREIRA **Data do acidente:** 01/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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 GRILO DA SILVA, inscrita na OAB/PB nº 17.295 e **RAFAELA MARIA E SILVA FERREIRA**, inscrita na OAB/PB sob o nº 20.228.

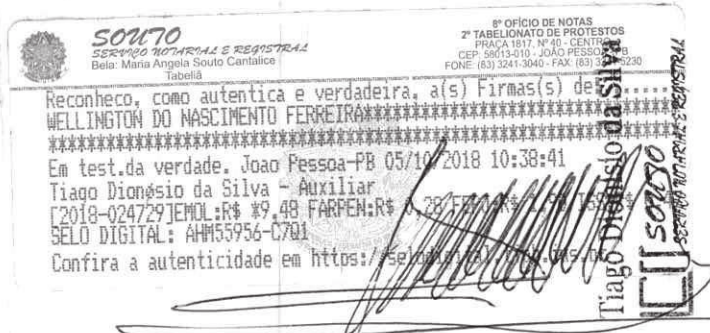
PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário **WELLINGTON DO NASCIMENTO FERREIRA**, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido(a) procurador(a) dar 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.



OUTORGANTE

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380021/18

Vítima: WELLINGTON DO NASCIMENTO FERREIR

CPF: 096.633.924-01

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 01/04/2018

Titular do CPF: WELLINGTON DO
NASCIMENTO FERREIRA

CPF de: Próprio

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

MARIA CINTHIA GRILO 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 GRILO DA SILVA
CPF: 051.690.444-29

MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA