
Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190280414

Vítima: JOILSON SOARES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 04/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOILSON SOARES DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190280414

Vítima: JOILSON SOARES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 04/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOILSON SOARES DE OLIVEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **JOILSON SOARES DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **000003487**

Conta: **0000024560-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 043.904.282-75	Nome completo da vítima Joilson Soares de Oliveira
---------------------------	---------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Joilson Soares de Oliveira		CPF titular da conta	043.904.282-75	Profissão	Recluso	
Endereço	Rua Josias Barbosa Ferreira		Número	86	Complemento	Casa	
Bairro	Luiz	Cidade	João Pessoa	Estado	PB	CEP	58075-693
Email					Telefone (DDD)	(83) 9870.8872	

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 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
3487		24560	6
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

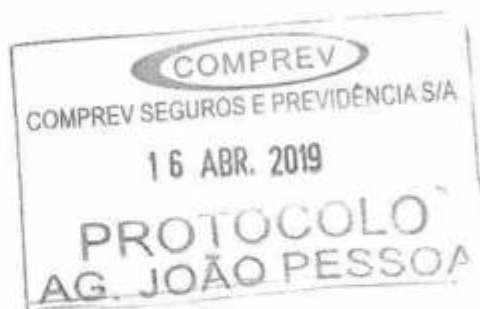
☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
16 ABR. 2019 BANCO COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 16 ABR. 2019 PROTOCOLO AG JOÃO PESSOA			
BANCO Nome	NRO	BANCO Nome	NRO
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar 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 16 de Abril de 2019
Local e Data

Joilson Soares de Oliveira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
Gerência Executiva de Polícia Civil
8ª DELEGACIA DISTRITAL DA CAPITAL

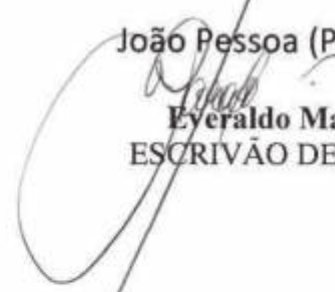
Av. Parque, SN, Distrito Industrial, João Pessoa-PB, CEP: 58082-030 João Pessoa/PB, telefone: (83) 3218-5357

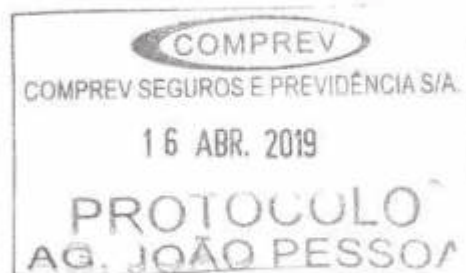


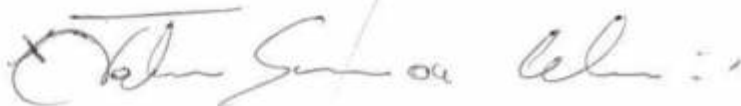
CERTIDÃO.
479/2019

CERTIFICO que revendo o livro destinado a registro de ocorrências desta Unidade Policial, precisamente a ocorrência nº 479 /2019, na mesma continha o seguinte teor: Aos doze dias do mês de abril do ano de dois mil e dezenove, nesta cidade de João Pessoa/PB e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Jorge Rodrigues da Costa, compareceu o Sr. **Joilson Soares de Oliveira**, brasileira, casado, natural de Niteroi/RJ, nascido aos 31/08/1982, filho de Antonio Farias de Oliveira e de Josefa Soares de Oliveira, portador da cédula de identidade nº 2 522 659 Seds./PB, e CPF nº 043.904.484 - 71, residente (na) **Rua Josias Barbosa Ferreira nº 186, Cuiá, nesta capital**, identificado pelo CEP 58.075-693, e notificou que, na tarde do dia 04 de outubro do ano de 2018, por volta das 15:00 horas aproximadamente, precisamente em frente ao Restaurante " Peixada do Amor " na praia do Seixas, foi alvo de atropelamento por parte de um ônibus da localidade, porém de placas e Condutor não identificado, fato verificado quando objetiva adentrar em seu veículo e assim, aproximou-se do veículo **Toyota -Corolla XLI** de placas **MOR 4857 - PB**, cadastrado em nome de **Max Wayne Barbosa da Silva**, identificado pelo chassi nº 9BR53ZEC188570124 e, ao abrir a porta, não sabendo explicar como, foi atingido pelo mesmo, que após o impacto, evadiu-se do local, consequentemente, foi socorrido ao Complexo Hospitalar Mangabeira, conforme Laudo Médico apresentado. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 12 de abril de 2019.


Everaldo Martins da Costa
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL.





Joilson Soares de Oliveira

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

Gilson Soares de Oliveira

CPF da Vítima

043.904.484-73

Data do Acidente

04/30/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão ou lesões, para os fins do 5º 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 MAR 2019
PROT. 1119
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa 26 de Abril de 2019.

Local e Data

Gilson Soares de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PREFE MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 169702 Atd: Nao Regulado
Data: 04/10/2018
Hora: 20:05:41
Recepcionista: GABRIELA DA COSTA SERRA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOILSON SOARES DE OLIVEIRA
CNS: 700005129342504 Sexo: M IDENTIDADE: 2522659 Fone: 986860493
Natural: NITEROI/RJ Data Nasc.: 31/08/1982 Id: 36 ano(s)
End.: RUA JOSIAS BARBOSA FERREIRA (CUIA), 186
Bairro: ERNESTO GEISEL Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: JOSEFA SOARES DE OLIVEIRA Pai: ANTONIO FARIAS DE OLIVEIRA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: OFFICE-BOY Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:

Resp.: JOILSON SOARES DE OLIVEIRA
Tel/Doc. Responsavel: 986860493 / IDENTIDADE: 2522659
P. edencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO
Vitima de acidente por: NAO
Vitima de violência por: NAO
☐ Caso Policial



PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: ER:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: INC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Observacao

Q. xa Principal

PACIENTE APRESENTA TRAUMA EM MAO D E CORTE EM
DEDO MINIMO

NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS (SIC)

Truza 6x10cm D 5º Dígito

História - Exame Físico - (hora do atendimento medico)

Dito
Do Lado Direito

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicação

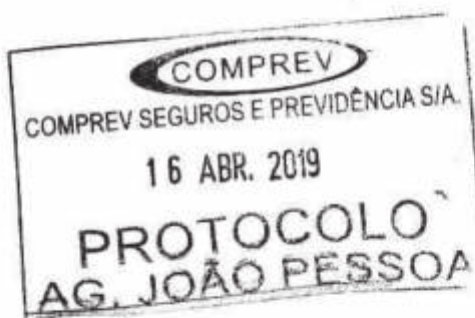
Carla Augusta Rara
CRM-706973

Dr. Tótho Lemes Pereira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-534

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao



Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

A handwritten signature in dark ink, appearing to be a stylized 'A' or similar character.

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

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: 03/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOILSON SOARES DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000024560-6

Nr. da Autenticação D558E148DC3F101C

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolinho para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : N° 022.294.770

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 236, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 06.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 18.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

EVANDRO FERREIRA DE FRANCA
RUA JOSIAS BARBOSA FERREIRA 185
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1134908-1

REFERÊNCIA

MAR/2019

APRESENTAÇÃO

22/03/2019

CONSUMO

455

VENCIMENTO

29/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 420,49

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AZUL

EVANDRO FERREIRA DE FRANCA

Roteiro: 14-002-809-3060

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 09/04/2019

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
29/03/2019	R\$ 420,49	1134908-2019-03-3



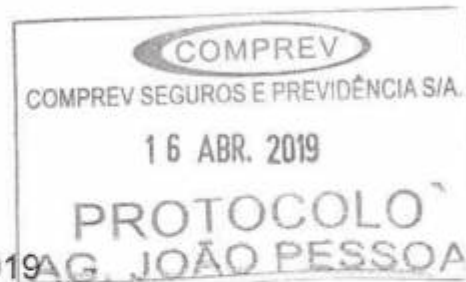
CERTIDÃO

Nº. 0201/2019

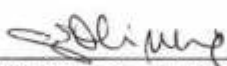
Atendendo solicitação de RENAN DE CARVALHO PAIVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº169702 e prontuário de Nº2018.10.000637 pertencentes a **JOILSON SOARES DE OLIVEIRA** que foi atendido dia 04/10/2018 às 20H05min, apresentando trauma em 5º quirodáctilo direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta do 5º quirodáctilo direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 04/10/2018 com alta médica dia 06/10/2018.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.



João Pessoa, 25 de Março de 2019


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Joilson S. de Oliveira</u>				Registro:	
Idade: <u>36</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <u>04/10/18</u>	Cirurgião: <u>Dr. Kava</u>			1º Assistente: <u>Dr. Leo B.</u>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<u>Fim de uma hérnia Medial</u>					
<u>extorção do S. ABD</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<u>Lmc com SF</u>					
<u>Deshidratação</u>					
<u>Redução de hernia</u>					
<u>Passagem de fio.</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico			1 () Sim	Descreva:	
			2 () Não		
Biópsia de Congelação:			1 () Sim		
			2 () Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Incisão:

Achados:

Conduta:

- Lmc com SF 0,9l.
- Desbridamento.
- Redução incruenta +
de fio K.
- curativo.
- Tala.

Fechamento:

OBS:

Data:

04/10/18

Dr. Aurélio de Sá Pinto
CRM: 9743/PB.

MÉDICO/CR

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome:

Teilson Soares

Data da Admissão:

04.12.13

Prontuário:

Idade:

Enfermaria:

Leito:

Nome da Mãe:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

Estado:

Fone:

Profissão:

Sexo: F () M ()

Cor:

Estado Civil:

Religião:

Escolaridade:

Data de Nascimento:

QPD:

Permanente em S. QDD

HDA:

*Tratado em S. QDD com
ferimentos*

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 ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

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

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

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

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

[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

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:

Fratura Exposta e
Folange média do 5º ddt

Conduta:

- Frac com 5º 9.91
- Fratura média
- Fratura média + Fratura
de 5º ddt

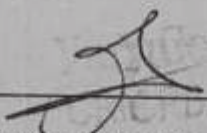
- Fratura média + Fratura
de 5º ddt



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a)
JOILSON SOARES DE OLIVEIRA portador(a) da identidade
RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) nesta unidade no dia
de hoje, portador(a) da patologia CID10: **S.62.6** devendo permanecer
afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de **_60 (SESSENTA)**
dias, a partir desta data.

João Pessoa: _____ 04/10/2018 _____



Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME

JOILSON SOARES DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2522659 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO
043.904.484-71 31/08/1982

FRACÇÃO

ANTONIO FARIAS DE
OLIVEIRA
JOSEFA SOARES DE
OLIVEIRA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

03599453411

VALIDADE

18/09/2022

1ª HABILITAÇÃO

31/05/2005

OBSERVAÇÕES

Joilson Soares de Oliveira

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO

19/09/2017

Joilson Soares de Oliveira

ASSINATURA DO EMISSOR

14085166934
PB035393009

PARAÍBA



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1497842381

PROIBIDO PLASTIFICAR
1497842381



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014200932667

VIA 1 0093750414-9 00/00000000 2018

NOME
MAX WAYNE BARBOSA DA SILVA

CNPJ / CNPJ 92242286153 PLACA MOI4857/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB 9BR53ZEC188570124

EDICION TIPO PAS/AUTOMOVED/ COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO TOYOTA/COROLLA XLII16VVT ANO FAB 2007 ANO MOD 2008

CAP / POT / CV 5 P/110 /CV CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTIZACAO VENC. COTA UNICA VENC. COTAS
I P 00/00/0000 1º
V 2º
A 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) JCF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 21/08/2018

OBSERVAÇÕES
A.F. BV. FINANCEIRA S.A.

JOAO PESSOA - PE DATA 21/08/2018

32280



Assinatura

19925

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

PB Nº 014200932667 BILHETE DE SEGURO

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
2018

VIA 1 92242286153 MOI

PL. NAVAM 00937504149 MARCA / MODELO TOYOTA/COROLLA XLII

ANO FAB 2007 CATEG 1 9BR53ZEC188570124

PRÊMIO TARIFÁRIO

TAB (R\$) DENATAM (R\$) CUSTO DO BILHETE (R\$)

***** SEGURO P A

PAGAMENTO 5 COTA UNICA PARCELADO DATA 21/08/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

19925-1319395-20180821



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS BÁSICOS - D

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CE DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE H
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORM TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO

DOCUMENTOS COMPLEMEN

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = R\$ 13.500,00
 - DESPESAS MÉDICAS = R\$ 13.500,00
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTANDO A PARTIR DA DATA DE RECEBIMENTO DO PEDIDO COMPLETO
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÁ SER PAGADO O VALOR MÁXIMO DE R\$ 13.500,00, LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, É NECESSÁRIO APRESENTAR OS DOCUMENTOS EXIGIDOS NESTE FORMULÁRIO, SEM CUSTO PARA O SEGURADO. GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190280414 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOILSON SOARES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/10/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações: PAG 2,3

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190280414 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOILSON SOARES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/10/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações: PAG 2,3

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0130856/19

Vítima: JOILSON SOARES DE OLIVEIRA

CPF: 043.904.484-71

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 04/10/2018

Titular do CPF: JOILSON SOARES DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOILSON SOARES DE OLIVEIRA : 043.904.484-71

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: 16/04/2019
Nome: JOILSON SOARES DE OLIVEIRA
CPF: 043.904.484-71

JOILSON SOARES DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2019
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE