
Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190082683

Vítima: OLAVO NUNES DA SILVA

Data do Acidente: 01/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), OLAVO NUNES DA SILVA

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, 17 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190082683

Vítima: OLAVO NUNES DA SILVA

Data do Acidente: 01/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), OLAVO NUNES DA SILVA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: OLAVO NUNES DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000237

Conta: 00000675-1

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	092.723.484-00	OLAVO NUNES DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:	CPF:
OLAVO NUNES DA SILVA	092.723.484-00
Profissão:	Endereço:
VIADEIRO	R. INJETADA
Bairro:	Cidade:
CARABUS	CONDE
Estado:	CEP:
PB	58322-000
E-mail:	Tel. (DDD):
CONSULTAUS.ADVOCADOS@GMAIL.COM	83 4343-2336

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

RENDA MENSAL:

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0237-00000675	AGÊNCIA: 00000675
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

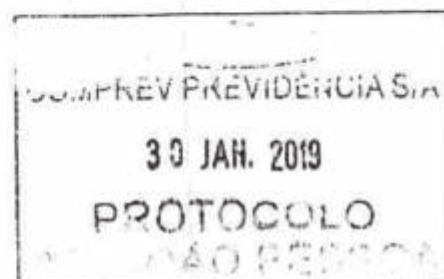
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a quem apresentar e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento devido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:	TESTEMUNHAS
Nome:	1º Nome:
CPF:	CPF:
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	30 JAN. 2019
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	PROTOCOLADO
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura
Assinatura do Procurador (se houver)	2º Nome:
	CPF:

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



ag 0237
013
675-1





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 08934.01.2018.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 08934.01.2018.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 18:04 horas do dia 26 de novembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Olavo Nunes da Silva**, CPF nº 042.721.484-00, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Vidraceiro, filho (a) de Maria Soares Nunes e Jose Nunes da Silva, natural de Conceição/PB, nascido(a) em 28/05/1981 (37 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº SN, complemento CARAPIBUS, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Casa Roso, na cidade de Conde/PB, telefone(s) para contato (83) 98673-8047.

Dados do(s) Fatos:

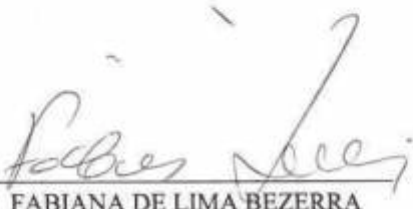
Local: Pb 008, Carapibus, Perto da Casa Roso, Conde/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 01/05/18 15:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/NXR160 BROS ESDD, VERMELHA, 2015/2015, PLACA QFR3578/PB, CHASSI 9C2KD0810FR474684, registrada em nome de Antonio Nunes da Silva Neto, quando bateu na traseira de um CARRO NÃO IDENTIFICADO; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1223/2018, EXPEDIDO PELA DRª ROSSANA DE FATIMA DE ARAUJO BARBOSA, CRM/PB 3533, DATADO DE 12.09.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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.

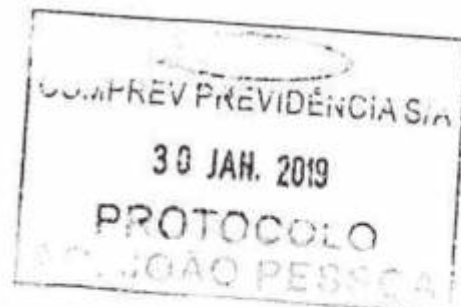
João Pessoa/PB, 26 de novembro de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação


OLAVO NUNES DA SILVA

Noticiante



Procedimento Policial: 08934.01.2018.1.00.401



REGIONAL JOÃO PESSOA

SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



REGIONAL JOÃO PESSOA

SAMU
192

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58055-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 811/005, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2059355, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **OLAVO NUNES DA SILVA** idade 37 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 01/05/2018, na PB 008, nas proximidades da Casa Rosa, Bairro: Carapibus - Conde - aproximadamente às 15:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 05 de Novembro de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREI 5ª Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125

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: 11/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: OLAVO NUNES DA SILVA

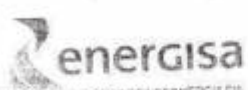
BANCO: 104

AGÊNCIA: 00237

CONTA: 000000000675-1

Nr. da Autenticação 512B4AA0B49783B7

OLAVO NUNES DA SILVA
RUA PROJETADA, 5111 - QD 8 LT 159 - CARAPBUS
COIDE / PB CEP 59222000 (AG-1)
Emissão: 17/12/2018 Referência: Dez/2018
Classe/Subclasse: COMERCIAL / COMERCIAL TRFÁSICO
Retro: 10-21-472-5130 Nº medidor: 0300948601



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
31230, KM 25 - Cx. Postal Retenitor - João Pessoa/PB - CEP 54071-490
CNPJ: 08.846.102/0001-42 - Muc Ed: 15.015.10250

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 017 249 364
Cód. para D.O.B. Automático: 0001857396-4

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 - Atenda: www.energisa.com.br

Controle referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	Valor CNPJ/RANI
Dez/2018	17/12/2018	17/01/2019	042.721.484-00

UC (Unidade Consumidora): 5/1857396-4

- Exercício de apuração da Reserva 2018 de dezembro de 2018.
Reservista, apresente-se na sua Organização M

TERM 00009376 AGENTE 701662 AUTE 45644
CORAN: 050494 LOJA: 007136 PDV: 009376
23/01/2019 BANCO DO BRASIL 14:12:03
350136796 CORRESPONDENTE BANCARIO 1023

COMPROVANTE PAGAMENTOS COM CDD.BARRA

Data	Leitura	Data	Leit
19/11/18	1798	17/12/18	194

CD	Descrição	Quantidade
080	Consumo em kWh	157.000
080	Adc. E Amarelo	
0901	CONTRIBUIÇÃO LIM. PÚBLICA	
0904	JUROS DE MORA 10/2018	
0901	MULTA 10/2018	
0901	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018	

CONVENIO: ENERGISA PARAIBA
83650000001 42248054003 18573962018
12900021019 71.369.376
NR. DOCUMENTO 82.867-X
NR. CONVENIO 23/01/2019
DATA DO PAGAMENTO 142.24
VLR DO PAGAMENTO
NR. AUTENTICACAO 8.FC1.A51.86F.279.F44

CCF Código de Classificação do Item	TOTAL	142.24	131.12	52.18	131.12	1.42	8.55
Medida últimos meses (kWh)							
150							

24/12/2018 R\$ 142.24

RESERVADO AO FISCO 08d2.03be.3f1b.e7e9.d46d.0ea8.71bb.3392

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia	31.08	21.88
Imposto de Transmissão	4.99	3.51
Imposto de Renda	7.55	5.33
Imposto de Renda e Encargos	51.81	36.43
Outros Serviços	0.00	0.00
Total	142.24	100.00

ATENÇÃO
REAVISO DE VENCIMENTO: Caso não seja pago a unidade consumidora (ou o titular) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 01/01/2019. Condição: Realização 4-14 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a suspensão da unidade consumidora do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou se, caso o pagamento não estiver na unidade consumidora para comprovação. Caso a unidade consumidora não pague a fatura, a mesma será considerada em atraso e a unidade consumidora poderá sofrer a suspensão do fornecimento. Fatura que não é paga em atraso de proteção ao crédito no caso de inadimplência.

PREVIDÊNCIAS S.A.
33 JAN. 2019
PROTOCOLO
Nov/18 - 168.36

TIM Celular S.A.
Av. Pres. Epitácio Pessoa, 3160-SL6
Tambauzinho - João Pessoa - PB
CNPJ: 04.206.050/0085-99 - I.E.: 16.143.665-0
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11

--TIM

Página 1 de 6

R\$ 49,90

VENCIMENTO

10/11/2018

EMIÇÃO: 19/10/2018

POSTAGEM: 29/10/2018

FATURA: 3559269888

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

CLIENTE: 1.65481214

CPF/CNPJ: 02932540440

ACESSO: 83 4141-2316

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000165481214012

IMPORTANTE PARA CASSIO

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

RESUMO DA SUA CONTA DE 19/SET A 18/OUT

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

MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

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

TIM Portal CONTEUDO GOLD

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Ilimitada	481m06s	1	30	19/09 a 18/10	49,90
-	-	1	30	19/09 a 18/10	Incluído
Total de Mensalidades					49,90

CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM

Todas as suas ligações de voz realizadas na área coberta pela Rede TIM

Chamadas Locais de Fixo para Celulares TIM

Chamadas Locais de Fixo para Outros Celulares

Chamadas Locais de Fixo para Outros Telef. Fixos

Chamadas Longa Distância de Fixo: TIM LD 41

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	37m18s	23	-	-	0,00
-	429m54s	227	-	-	0,00
-	02m06s	1	-	-	0,00
-	11m48s	2	-	-	0,00
Total de Chamadas Dentro da Rede TIM					0,00

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no Site Meu TIM. Para acessá-la, visite www.meutim.com.br. Central de Atendimento: 10341

CONTA DIGITAL TIM

Mude para Conta Digital! Você receberá sua fatura por e-mail, SMS e ainda poderá visualizá-la, a qualquer momento, pelo Site Meu TIM. Visite meutim.com.br para mudar para Conta Digital!

IMPOSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST: R\$ 0,23
ICMS	30%	R\$ 35,00	R\$ 10,50	FUNTEL: R\$ 0,12
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 aos tarifas

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)
 Incluídos no(s) Plano(s)

Franquia(s)	R\$ 35,00
SVA	R\$ 14,90
Desconto(s) Franquia(s)	R\$ 0,00
Desconto(s) SVA	R\$ 0,00



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 a central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE
CASSIO ASSIS ESPINOLA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000000165481214012

MÊS DE REFERÊNCIA
OUT/2018

DATA DE EMISSÃO
19/10/2018

DATA DE VENCIMENTO
10/11/2018

VALOR
R\$ 49,90

VIA BANCO

84650000000 - 1

49900109011 - 1

00355926988 - 5

80119257526 - 5

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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.

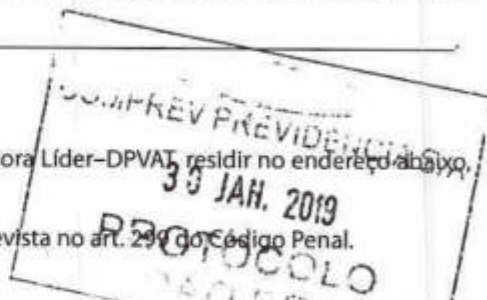
Pelo exposto, eu Maria Cinthia Silva da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 061690449 / 25 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Olavo Nunes da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 042721484 / 100 do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima Olavo Nunes da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 042721484 / 100, 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 Jori Pinos</u>		Número <u>602</u>	Complemento <u>206-06</u>
Bairro <u>Jaguaripe</u>	Cidade <u>José Pinos</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58045</u>
Email <u>consult.pis.advogados@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83) 9141 2316</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 98663 0588</u>

José Pinos de 25 de janeiro de 2019
Local e Data

Maria Cinthia Silva da Silva
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo


Eu, Antonio Nunes da Silva Neto,
RG nº 2173792, data de expedição 1/1/,
Órgão SSP, portador do CPF nº 024435424-32 com
domicílio na cidade de Santa Rita, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Ricardo Luciano, Tibiri II, nº 68,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima OLAVO NUNES DA SILVA, cujo o condutor era
OLAVO NUNES DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA/NXR160 BROS
Ano: 2015
Placa: EFI 3578/PB
Chassi: 9C2KD0830FR474684
Data do Acidente: 01/05/2018
Local e Data: JOÃO PESSOA/PB, 23/01/2019

DOURADO
DE AZEVEDO

Antonio Nunes da Silva Neto
Assinatura do Declarante

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

 **Serviço Notarial e Registral**
DOURADO DE AZEVEDO
1º Tabelionato de Protesto de Letras
1º Ofício de Notas

Rua São João, nº 100
CEP: 58300-150
Fone/Fax: (83) 3229-2252
Santa Rita - PB
C.N.P.J.: 09.308.229/0001-22



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(s) _____
ANTONIO NUNES DA SILVA NETO
Em test. da verdade, Santa Rita-PB 23/01/2019 09:04:22
Gerlane Ribeiro da Costa - Escrevente Substituta
[2019-000717]ENOL:R\$ 19,91 FARPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 ISS:R\$ 0,50
SELO DIGITAL: AIC12486-VRYH
Confira a autenticidade em <http://calindigital.tinn.ind.br>

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 JAN. 2019
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

CERTIDÃO

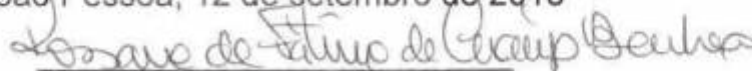
Nº. 1223/2018

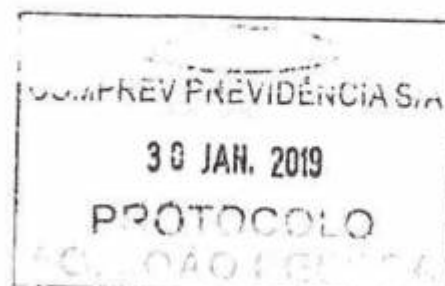
Atendendo solicitação de **OLAVO NUNES DA SILVA** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento nº 124630 e Prontuário de Nº 2018.05.0086, pertencente ao requerente que foi atendido dia 01/05/2018 às 16H55min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em perna esquerda.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de 1/3 distal de tíbia esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 01/05/2018, 15/05/2018 e 23/05/2018 com alta médica dia 25/05/2018.

E para constar eu, Rossana de Fátima de Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 12 de setembro de 2018


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533



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

Ficha Nr: 124630 Atd: Nao Regulada
Data: 01/05/2018
Hora: 16:55:03
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE A
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: OLAVO NUNES DA SILVA

Num. Prontuario: 2018.05.000086

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 54614757 Fone: 87966120

Natural: CONCEICAO/PB Data Nasc.: 28/05/1981 Id: 36 ano(s)

End.: CARAPIBUS, 0

Bairro: JACUMA Cidade: CONDE UF: PB

Mae: MARIA SOARES NUNES

Pai: JOSE NUNES DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: OLAVO NUNES DA SILVA

/Doc. Responsavel: 87966120 / IDENTIDADE: 54614757

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COL.MOTOXCARRO AA TARDE PROX

Vitima de violencia por: DE CASA/COND

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[X] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

CARRO E MOTO COM ESCRICOES COM TRAUMA NEGA DESMAIO SIC
EMMS E MI

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Entre exposto dos ossos de fêmur.
Realizada Lença e obstrução
fina de fêmur.

Diagnostico

Na pré-hospitalar externa distúrbio
no hospital parte contrito do de no.

Prescrição

COMPLEXO PREVIDENCIA S/A

Horario da medicacao

30 JAN. 2013

PROTOCOLO

Dr. Toribio Gomes Pereira
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM: 4350

09/05/18 Psicóloga

Paciente consciente, orientado, contactante, conteúdo psicológico, sentindo muita dor. Fica com a sua acompanhante, esposa Maria Aline. Dado após 1ª orientação.

Atana Gomes
Psicóloga
CRP-134139

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

COMPREV PREVIDENCIA S/A

30 JAN. 2019

PROTOCOLO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☒ Transferido
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria

☐ Desistencia ☐ UTI

Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Maria Aline da Silva

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em 1/3 distal da perna esquerda

Dissecção por planos + hemostasia com eletrocautério

Acesso entre músculo tibial anterior e face lateral de diáfise da tíbia

Achados:

Visualização de foco de fratura da tíbia

Conduta:

Realizada manobra de redução

Aposição de 01 Placa Trevo Ø 4.5mm + Parafusos corticais + parafusos esponjosos

Limpeza exhaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%

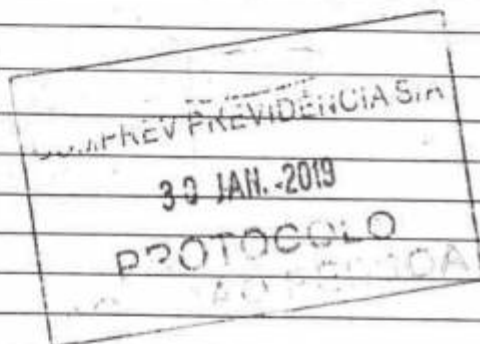
Realizado RX controle

Fechamento:

Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo

OBS:



Data:

23/05/2018

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9128 / SBO 9603

MÉDICO/CRM



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Olavo Nunes da Silva Data da Admissão: 01/05/18
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Data de Nascimento: 1/1/
Escolaridade: _____

QPD: _____

HDA: _____

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

AR e ACV: ☐ Dor ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispneia ☐ 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-reposu ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

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



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Olavo Nunes da Silva Data da Admissão: 01/05/18
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

QPD: _____

HDA: _____

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: ☐ Cefaleia ☐ Espirros ☐ Rinorreia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispneia ☐ 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 PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade _____
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Olavo Nunes da Silva</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>36 anos</i>	SEXO <i>Mas</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>01/05/2018</i>		DATA DE ALTA <i>25/05/2018</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>24 dias</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Terço Distal da Tíbia Esquerda</i>					CID <i>S82.4</i>
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de perna demonstrando solução de continuidade óssea da Tíbia</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO [HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES]

Paciente portador(a) de fratura do 1/3 distal da Tíbia foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese. Recebe alta em boas condições clínicas. Recebeu orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombotica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

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

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:

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

MEDICAÇÕES PARA CASA: Ciprofloxacina, Tramadon (cloridrato de tramadol), Pradaxa.

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9128 - SBT 9603

25.05.2018

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

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

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

NOME
OLAVO NUNES DA SILVA

LOCALIDADE / ÓRGÃO EMISSOR / UF
34614757 SSP/SP

CPF
042.721.484-00

DATA NASCIMENTO
28/05/1981

FILIAÇÃO
JOSE NUNES DA SILVA
MARIA SOARES NUNES

PERMISSÃO
AB

ACC
AB

CAT. HABIL
AB

SP REGISTRO
03583619027

VALIDADE
23/09/2020

1ª HABILITAÇÃO
09/05/2005

RESERVAÇÃO

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
POA, SP

DATA EMISSÃO
03/11/2015

48615608032
SP689368178

DETRAN-SP (SAO PAULO)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1186580717

MOBILIDADE PLASTIFICAR
1186580717

COMPREV PREVIDENCIA S/A
30 JAN. 2019
PROTOCOLO
00 050 PESSOA

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 10494508

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 12 da Lei nº 9.504/97)



ATIVIDADE DO PORTADOR

Maria Cinthia Grilo da Silva

038894008



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA

FILIAÇÃO
JOSE EDUARDO DA SILVA
KATIA DE LOURDES FERREIRA GRILLO

RESIDÊNCIA
SANTA RITA-PB

RG
2911924 - SSP/PB

DATA DE NASCIMENTO
07/07/1988

CPF
051.690.444-29

DATA DE EMISSÃO
06/08/2012

VALIDADEZ
NÃO

ASSINATURA
Maria Cinthia Grilo da Silva

LOCAL EMISSÃO
JOÃO BEZERRA CAVALLANTI SOBRINHO
PRESIDENTE

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 JAN. 2013

PROTOCOLO

PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB Nº 013931067884
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA - CDD-RENTAL 013931067884 EXERCÍCIO 2017
1 0106074449-7 00/00000000 2017

ANTONIO NUNES DA SILVA NETO



02443542432 QFI3578/PB
PLACA ANT / UF NOVO PB 9C2KD0810FR474684

PAS/MOTOCICLETA/NOVO
MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDD
CAP / POT / CIL 2 P/162 / CI
CATEGORIA PARTIC
COR PREDOMINANTE VERMELHA
COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL
ANO FAB 2015
ANO MOD 2015

1 P V A
COTA UNICA 00/00/0000
FAIXA IRVA 0
VENC. COTA UNICA 1
VENC. COTAS 2
3

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0
CUSTO DO BILHETE (R\$) 0
CUSTO DO SEGURO (R\$) 0
TOTAL A SER PAGUELO (R\$) 0
DATA DE PAGAMENTO 11/05/2018

SEGURO P A G O
OBSERVAÇÕES
A.E. BV FINANCEIRA S.A. - OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

DATA 11/05/2018
LOCAL BAYEUX - PB
369944 16144

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

PB Nº 013931067884 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 11/05/2018

VIA 1 QFI3578/PB
QFI3578/PB
RENAVAM 01060744497
MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDD
ANO FAB 2015
ANO MOD 2015
COTA UNICA 9
COTA UNICA 9

PRÊMIO TARIFÁRIO
FMS (R\$) 0
DENATRAM (R\$) 0
CUSTO DO SEGURO (R\$) 0
TOTAL A SER PAGUELO (R\$) 0

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0
CUSTO DO SEGURO (R\$) 0
TOTAL A SER PAGUELO (R\$) 0
DATA DE QUITAÇÃO 11/05/2018

SEGURO P A G O
COTA UNICA 0
PARCELADO 0
DATA DE QUITAÇÃO 11/05/2018

SEGURO P A G O
COTA UNICA 0
PARCELADO 0
DATA DE QUITAÇÃO 11/05/2018

COMPREV PREVIDENCIA S.A.
30 JAN. 2019
PROTOCOLO
16144

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190082683 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OLAVO NUNES DA SILVA **Data do acidente:** 01/05/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos

complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190082683 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OLAVO NUNES DA SILVA **Data do acidente:** 01/05/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2019
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DA TÍBIA ESQUERDA.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA.
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.
Sequelas: Com sequela
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.
Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



GRILLO ADVOCACIA

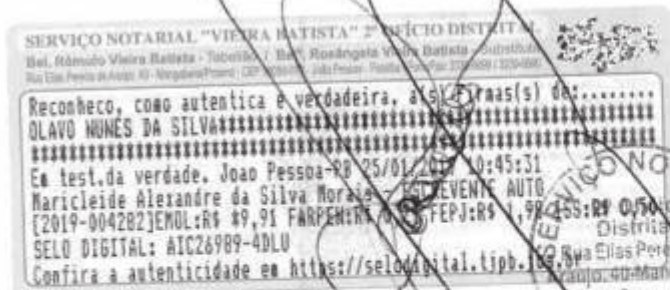
PROCURAÇÃO

OLAVO NUNES DA SILVA, brasileiro, união estável, vidraceiro, inscrito no RG de n.º 54614757 SSP/SP e CPF de n.º 042721484-00, residente e domiciliado a Rua Projetada, sem n.º, Carapibus, Conde/PB. Telefone 99699 9362- 98673 8047

OUTORGADO(S): MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA, brasileira, casada, advogada, OAB/PB 17.295, portadora do RG 2.911.924 SSP/PB, CPF 051.691.444-29, com endereço profissional situado na Av. Capitão José Pessoa, 602 – Jaguaribe – João Pessoa-PB. Telefones 83 4141-2316/98663-0588.

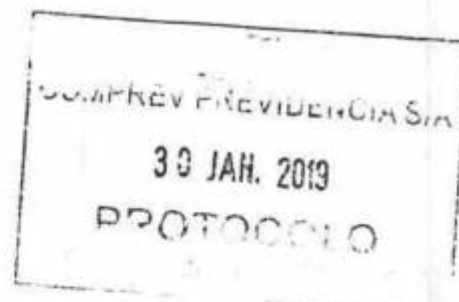
PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário OLAVO NUNES DA SILVA, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido(a) procurador(a) dar entrada no processo, 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/PB, 09 de janeiro de 2019




CARTORIC
VIEIRA BATISTA
OUTORGANTE

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0035477/19

Vítima: OLAVO NUNES DA SILVA

CPF: 042.721.484-00

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 01/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: OLAVO NUNES DA SILVA

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

OLAVO NUNES DA SILVA : 042.721.484-00

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: 30/01/2019
Nome: MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA
CPF: 051.690.444-29

MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/01/2019
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA