

Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2017

Carta nº: 10773139

A/C: MARIA JOSE ROCHA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170183245 ASL-0126730/17
Vítima: MARIA JOSE ROCHA DA SILVA
Data Acidente: 19/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2017

Carta nº: 10774062

A/C: MARIA JOSE ROCHA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170183245 ASL-0126730/17
Vitima: MARIA JOSE ROCHA DA SILVA
Data Acidente: 19/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **28/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **19/06/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2017

Carta nº 11742901

a/c: MARIA JOSE ROCHA DA SILVA

Sinistro: 3170183245 ASL-0126730/17
Vitima: MARIA JOSE ROCHA DA SILVA
Data Acidente: 19/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.seguradoralider.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **MARIA JOSE ROCHA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170614606**

Vitima: **MARIA JOSE ROCHA DA SILVA**

Data do Acidente: **19/06/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **DEODORO BERNADINO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170614606**.

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 11995127



Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: MARIA JOSE ROCHA DA SILVA
Nº Sinistro: 3170614606
Vitima: MARIA JOSE ROCHA DA SILVA
Data do Acidente: 19/06/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: DEODORO BERNADINO DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170614606**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 11995295



Rio de Janeiro, 08 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA JOSE ROCHA DA SILVA**

Sinistro: **3170614606**
Vítima: **MARIA JOSE ROCHA DA SILVA**
Data do Acidente: **19/06/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **DEODORO BERNADINO DA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170614606** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 27 de Março de 2018

Carta nº: 12573485

A/C: MARIA JOSE ROCHA DA SILVA

Nº Sinistro: 3170614606
Vítima: MARIA JOSE ROCHA DA SILVA
Data do Acidente: 19/06/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: DEODORO BERNADINO DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **MARIA JOSE ROCHA DA SILVA**

Valor: **R\$ 945,00**

Banco: **237**

Agência: **000005776-2**

Conta: **000006444-0**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 =	R\$	945,00
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

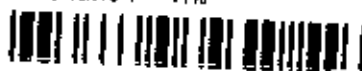
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, MARIA JOSÉ ROCHA DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 3216174 - 2ª VIA EXPEDIDO POR SSDS/PB EM 02/02/2017 ECPF 061387574-59 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO PELANTE

E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA A PRÓPRIA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

DOCUMENTO 1 *T10*



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO 237 AGÊNCIA SFG-2 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 864460-8

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL NOVA FLORESTADATA 20/03/2017ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) x Maria José Rocha da Silva

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

SEGURADORA LÍDER DPVAT 62 2017-03-17 04:06:59 1/1



Bradesco

**DESBLOQUEIE seu cartão no
Autoatendimento Bradesco
- Dia & Noite.**



**Sacar Pra Quê?: faça compras
na função débito sem
cobrança de tarifa.**

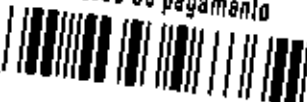
4004 9577 6864 4600

01/22 5776 2 884460 8 01 00
VALIDO ATÉ: ANOS MÊS DIA. CONTAS: DÍG. VIA: TIPO

MARIA JOSE ROCHA DA SILVA
615881800-0 MES PROVA VIDA:01

VISA
Electron

SEQUEMOS LINES PRINT 6 & 20-10-2017 16:17 040665-1/1



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

Nome completo da vítima

061.387.574-59

MARIA JOSE ROCHA DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>MARIA JOSE ROCHA DA SILVA</u>		CPF titular da conta <u>061.387.574-59</u>		Profissão <u>RECLUSO</u>
Endereço <u>RUA GOV. PEDRO LONDIM</u>		Número <u>390</u>	Complemento <u>CASA</u>	
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>NOVA FLORESTA</u>	Estado <u>PARANÁ</u>	CEP <u>98178000</u>	
Email			Telefone (DDD) <u>93 991778336</u>	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome <u>BRADESCO</u> NRO <u>237</u> AGÊNCIA NRO. <u>5776</u> D/V <u>6444</u> ON <u>0</u> (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.

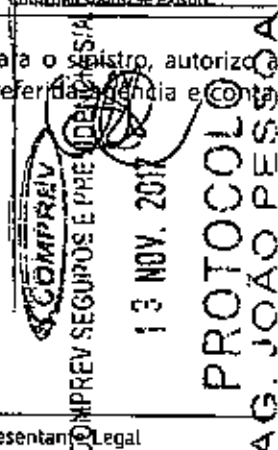
NOVA FLORESTA PA 16 de OUTUBRO de 2017

Local e Data

Maria José Rocha da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Data: 17/10/2017 Hora de Brasília: 15:24

Deposito em Conta Corrente

Favorecido

Banco : 237

Agencia: 05776 - CUITE

Conta : 00000000006444-0

Nome : MARIA JOSE ROCHA DA SILVA

Depositante : O PROPRIO

FAVORECIDO

Valor em dinheiro :

Valor em cheque :

Valor total :



Av. Bradesco : 5776 - CUITE

Corresp. Banc.: 071 - CASA DE CARNES

NOVA FLORESTA

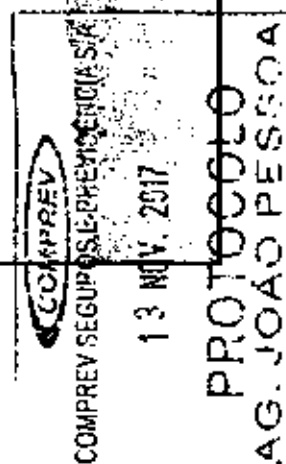
NSU: 028277275231 Autenticacao: 595273

O EVANUALDO PEDRO DA SILVA ME atua
como Correspondente Bancario do Banco
Bradesco S/A.

Conserve este Recibo

OUVIDORIA BRADESCO

0800 121 9933



Despesa em Conta Corrente

```

Name: ...
Email: ...
Vol. ...
Vol. ...
...

```

Como Correspondente Senador do Barão
Brachet, S.A.

[illegible]

40

OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 66/2016

Aos 23 de agosto de 2016, nesta cidade de **CUITÉ-PB**, Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil**, quando encontrava-se presente o Bel(a) **ELIAS J. RODRIGUES SILVA**, Delegado de Polícia Civil, comigo **ANTONIO DA SILVA BEZERRA**, ao final assinado, ai, por volta das **17:58** horas, compareceu **JOSE LUIZ DA SILVA**, conhecido(a) por **SEVERINO**, nacionalidade **BRASILEIRA**, estado civil **SOLTEIRO**, profissão **AGRICULTOR**, grau de instrução **ANALFABETO**, com **63** anos de idade, nascido(a) aos **31.05.1953** em **NOVA FLORESTA - PB**, filho(a) de **MARIA JOANA DA CONCEIÇÃO** e **PAI NÃO DECLARADO**, portador(a) de Cédula de Identidade Nº **1510484**, expedido pela **SSP-PB** e C.P.F. de Nº **770.603.004-06**, residindo no seguinte endereço **RUA SÃO SEVERINO, 22**, cidade de **NOVA FLORESTA - PB**, telefone: () -, celular: **(83) 999009466**, a(o) qual, ciente das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, Declarou que:

NA DATA DE 19.06.2016, POR VOLTA DAS 16: HORAS, NAS PROXIMIDADES DO SÍTIO GAMELA, NA BR 104, HOVE UMA COLISÃO ENVOLVENDO UMA MOTOCICLETA HONDA/CG 125, FAN KS, COR PRETA, ANO/MODELO 2011, PLACA NNS - 2991/RN, CHASSI: 9C2JC4110BR434267, LICENCIADO EM NOME DE JOSE RAIMUNDO DE MOURA, SENDO O OUTRO VEICULO CAMIONETE FIAT/STRADA TREK FLEX, ANO 2006/2007, COR PRETA, CHASSI: 9BD27802A72529335, PLACA: MUZ-8146/PB. LICENCIADO EM NOME DE JOSILENE CARDOSO PEREIRA, TENDO COMO VITIMA MARIA JOSE ROCHA DA SILVA, COM 30 ANOS, NASCIDA EM 06.02.1986, NATURAL DE NOVA FLORESTA PB, FILHA DE JOSE LUIZ DA SILVA E DE MARIA LUCIA ROCHA, RG: 3216174 - SSP/PB, CPF: 061.387.574-59, RESIDENTE NA RUA S. SEVERINO, 22, CENTRO, NOVA FLORESTA-PB, ELA VINHA NA GARUPA DA CITADA MOTOCICLETA, E FOI ATINGIDA PELA CAMIONETE CITADA, SENDO SOCORRIDA PELA SAMU, ONDE FICOU INTERNADA NO HOSPITAL DO TRAUMA NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE-PB, FOI SUBMETIDA HÁ TRES CIRURGIAS.

TESTEMUNHAS:

RODOLFO FIUZA SOUZA NUNES, COM 21 ANOS, RG: 3.960.925 -SSP/PB, CPF: 110.855.884-40, RESIDENTE NA RUA PEDRO FLORA DE OLIVEIRA, 107, NOVA FLORESTA-PB.

ARIELE ROCHA DOS SANTOS, COM 19 ANOS, RG: 003.687.768 -SSP/RN, CPF: 712.515.744-06, RESIDENTE NA RUA SÃO SEVERINO, 26, NOVA FLORESTA-PB.

Nada mais havendo a tratar, depois de lido e achado conforme, vai por mim e pelo(a) noticiante assinada.

Cuité/PB, 23 de agosto de 2016.

AUTENTICAÇÃO
Esta Fotocópia está conforme
o Original. Dou Fé.
Nova Floresta - PB 08/08/2016
ADW36332 - OTFO
Consulte a autenticidade em: <https://seledigital.tpb.jus.br>

JOSE LUIZ DA SILVA
NOTICIANTE

ANTONIO DA SILVA BEZERRA
COMISSARIO(O) DE POLÍCIA

SEI/2016/0001 LITEX IMPRT 6 e 20-08-2017 16:17 040559 1/1



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 71/2017

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os registros de ocorrências policiais deste órgão, encontramos a ocorrência de Nº **66/2016**, registrada em 23.08.2016, sendo o noticiante o Sr JOSE LUIZ DA SILVA, (como consta xerox em anexo) que sendo procurado por **DEODORO BERNADINO DA SILVA**, onde vamos a transcrever na íntegra: Aos 15/05/2017, nesta cidade de , Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil de Nova Floresta-PB**, quando encontrava-se presente o Bel(a). **Elias J. Rodrigues Silva**, Delegado de Polícia Civil, comigo **Antonio da Silva Bezerra**, Comissário de Polícia Civil, ao final assinado, ai, por volta das **09:45** horas, compareceu , **DEODORO BERNADINO DA SILVA**, nacionalidade **BRASILEIRO**, **UNIÃO ESTAVEL, AGRICULTOR, SABENDO ASSINAR O NOME**, nascido aos **03.05.1973**, filho(a) de **JOSE BERNARDINO FILHO E DE RITA SUZANA DA CONCEIÇÃO**, natural de **CORONEL EZEQUIEL/RN**, portador de Cédula de Identidade Nº **1.843.360**, expedido pela **SSP/RN**, com C.P.F. de Nº **028.682.004-86**, residindo na rua **OLHO D'AGUA, Nº 21, BAIRRO DO TOA** , na cidade de **NOVA FLORESTA - PB**, telefone: **0 XXXXXXXX**, celular: **(83) 99811-1399**, a(o) qual, *ciente das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro*, Declarou que:

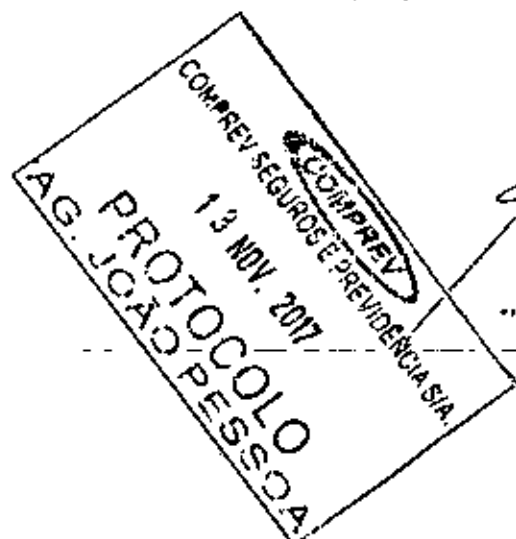
QUE, na data de 19.06.2016, o noticiante vinha no assalto BR 104, pilotando uma motocicleta Honda/cg 125, Fan Ks, cor preta, ano/modelo 2011, placa NNS - 2991/rn, chassi: 9C2JC4110BR434267, licenciado em nome de Jose Raimundo de Moura, e entre Cuite e Nova Floresta-PB, na garupa da moto citada vinha a vitima MARIA JOSE ROCHA DA SILVA, foram atingido por um veiculo Camionete Fiat/Strada Trek Flex, Ano 2006/2007, Cor Preta, Chassi: 9BD27802A72529335, Placa: MUZ-8146/PB, Licenciado Em Nome de Josilene Cardoso Pereira, a senhora Maria Jose, foi atingida na perna, sendo socorrida pela SAMU, tanto o noticiante como o condutor do outro veiculo não ficaram feridos.

OBS: esta ocorrência tem base em uma ocorrência já registrada nesta delegacia sobre o nº 66/2016, digitada por mim. **Nada mais havendo a tratar, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. A referido é verdade e dou FÉ.**

Nova Floresta/PB, 15 de maio de 2017.

Deodoro Bernadino da Silva

**DEODORO BERNADINO DA SILVA
NOTICIANTE**



Antonio da Silva Bezerra
Comissário de Polícia Civil
Mat. 96.443-3



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MARIA JOSE ROCHA DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 3216174 ^{2ª VIA} SSDG/PB e inscrito no CPF/MF sob o nº 06138757459, residente e domiciliado na RUA OLHO D'ÁGUA, 21 - CASA - CENTRO, Cidade NOVA FLORESTA, Estado PARAIBA, 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:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOCUMENTO 2 *T2%



X Maria José Rocha da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

NOVA FLORESTA, 20 DE MARÇO DE 2017.

Local e data

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, MARIA JOSÉ NOCHA DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 3.216.174 e inscrito no CPF/MF sob o nº 061.387.574-59, residente e domiciliado na RUA GOV. PEDRO GOMES, Cidade NOVA FLORESTA, Estado PARAIBA, 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:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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.

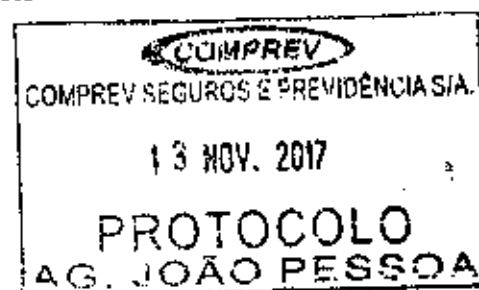
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Maria José Nocha da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

NOVA FLORESTA PB 16-10-2017

Local e data



00000000000000000000000000000000

HORA	PROTÓCOLO AG. JOVEM PRESSOA	TERAPÉUTICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	RUBRICA
	COMPREVE COMPREVE SEGUROS E PREVIDENCIA SIA 13 NOV. 2017		19.06.2016 às 16:30hrs Paciente é admitida na- ta unidade, trazendo de macas, consistente; prien- tado em TER. Segundo de informações do departamento de testes, o nome, selinto entre outros e mãe. A me- ma apresenta escuridão no MIE, pedindo que tenha do MIE, tendo lace- rando no pé E (dorso) com atenção para de manuseio e tudo devido. Foram ma- nhas os seguintes socor- ros e os curativos locais, regulados o SAMU, que chegou por volta das 14.00 horas e hemostase e saída da unidade. SAC: 98% bpm: 91 PR: 44x SOO monitor R: 44 bpm.	

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA JOSE ROCHA DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05776-2

CONTA: 000000006444-0

Nr. Autenticação

BRDESCO230320180500000000002370577600000000644494500 PAGO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARIA JOSÉ ROCHA DA SILVARG nº 3216741-2 VIA, data de expedição 02/02/17, Órgão SSDS/PB

CPF nº 061 387 574 59, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA OLHO D'ÁGUA
Número	21
Apto / Complemento	CASA
Bairro	CENTRO
Cidade	NOVA FLORESTA
Estado	PB
CEP	58 178 000
Telefone de Contato	(83) 998257307
E-mail	-

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: NOVA FLORESTA, 20/03/2017Assinatura do Declarante: x Maria José Rocha da Silva

MARIA DE LOURDES DOS SANTOS
RUA JOAO DA SILVA, 21 - CENTRO
NOVA FLORESTA / PB CEP: 58176-000 (AG: 80)

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-230, Km 25 - Centro Residencial - João Pessoa (PB) CEP: 58071-680
Referência: Mar / 2017
Emissão: 09/03/2017

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ: 08.086.183/0001-40 Ins. Est. 15.015.822-0
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000.265.634
Código para Débito Automático: 0008880299

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/585059-9

Canal de contato

Mar / 2017

Apresentação

« Aquecimento da Bandeira Amarela »
A bandeira Laranja aplicada no mês de Março/17 será a amarela, com custo de R\$ 2,00 a cada 100 quilowatts-hora (kWh) consumidos. A medida se deve às condições tecnológicas menos favoráveis, a que determinou o aquecimento de usinas termelétricas, com custo de geração mais caro.

09/03/2017

Data prevista da próxima leitura

08/04/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

1253582102

Faturas em atraso

18/01/2018 42,08

Histórico de Consumo (kWh)

Fev/17	4
Jan/17	13
Dez/16	11
Nov/16	0
Out/16	3
Set/16	4
Ago/16	0
Jul/16	55
Jun/16	105
Mai/16	107
Abr/16	164
Mar/16	97

Média dos últimos meses

RESERVADO AO FISCO

0985.3b40.df1a.55c9.4801.165d.b1be.b650.

Indicadores de Qualidade 1/2017 - Cód

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,55	
DIC TRIMESTRAL	11,10	
DIC ANUAL	22,21	
FIG MENSAL	3,38	
FIG TRIMESTRAL	6,72	
FIG ANUAL	13,45	
CHUC	3,20	
CHCA	12,72	
	0,00	MOANAL 270
	0,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202
	0,00	LIMITE SUPERIOR 231

Composição do valor total da sua cont.

Descrição	Valor (R\$)	%
Benefício da Diferença de Energia	0,85	13,88
Compra de Energia	0,94	17,35
Serviço de Transmissão	0,04	0,85
Encargos Setoriais	0,26	5,56
Impostos Oletivos e Encargos	1,02	21,79
Outros Serviços	1,87	39,98
Total	4,88	100,00

Valor do US\$ (Ref 1/2017) R\$ 3,01

ATENÇÃO

AVISO: Permanecendo em atraso os DEBITOS ANTERIORES, a reinscrição, a suspensão do fornecimento poderá ocorrer, a qualquer momento até o decurso do prazo de 30 (trinta) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
- Leitura confirmada

ENERGISA PARABÁ

Roteiro: 4 - 106 - 305 - 2070
Matr. cda: 585059-2017-03-5

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

16/03/2017

R\$ 0,00

FATURA COM VALOR ZERO, NÃO É NECESSÁRIO AUTENTICAR

Este mês você está recebendo sua conta apenas para demonstração. O valor de R\$ 4,88 será lançado na sua próxima conta sem cobrança de multa e juros.
Caso queira receber esta fatura para pagamento, entre em contato com o 0800 da ENERGISA.

SEMPRE LIBERAR O CARTÃO 6 & 28-MAR-2017 16:17 049564 1/1

Emissão: 09/10/2017 Referência: Out/2017
Class/Subcl: RESIDENCIAL/RENTA WONDASH
Página: 4 - LOS 305 - 1120 - Nº medidor: 00000240639

Energisa

PARAIBA, DES. 293 JORNAL DE ENERGIA S/A
25 - Caixa-Redentor - Jato Paranaíba - 28 - CEP 55671-500
CNPJ 09.085.182/0001-40 Ins. Ecl. 16.615.820-0

Atos Financial Center de Energia S/A - CNPJ nº 07.960.284/3-14
Cadastrado QI's Automotiva: D70025-1472

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800.083.0196 - Acesso: www.energisa.com.br

Comarca referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
09/11/2017	09/10/2017	09/11/2017	2868200486

UC (Unidade Consumidora) 57351412-2

Canal de contato

1. Para solicitação de emissão de TSEI, o candidato deve enviar para o TSEI, no prazo de 10 (dez) dias úteis, contados a partir da publicação da Portaria de abertura do processo de inscrição, o seguinte documento:

CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL

2. O CANDIDATO DEVERÁ ENTREGAR AOS JORNALISTAS E GRATUITAMENTE AOS MEMBROS DA JUSTIÇA ELEITORAL DA SEARA ALENTADA, QUANTO AOS JORNALISTAS, A CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL, E QUANTO AOS MEMBROS DA JUSTIÇA ELEITORAL, A CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL, E QUANTO AOS MEMBROS DA JUSTIÇA ELEITORAL, A CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Disb
14915	14915	14915	14915	14915

[illegible]

DRC - 0000-15.18; 9.15

C.C. do Curso de Ciências Sociais do Ibmec		TOTAL	
C.C. do Curso de Ciências Sociais do Ibmec		VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
C.C. do Curso de Ciências Sociais do Ibmec		17/10/2017	R\$ 5.72

Historical de Consumo (KWH)

RESERVADO AO FISCO
1c6a.d9e9.6d3c.fe02.cb00.35b1.3122.7cd5.

[illegible]

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dst. de Energia Elétrica	1,73	3,22
Comunicação e Energia	2,27	4,25
Serviço de Transporte	6,48	12,05
Aluguel de Imóveis	0,97	1,80
Impostos Diretos e Encargos	0,00	0,00
Dados Serviços	0,00	0,00
Total	5,72	100,00

Fonte: EVSD (Rel. 9/2017) p.13.22

ATENÇÃO

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

13 NOV. 2017

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



energisa

DEODORO BERNARDINO DA SILVA
RUA GOV. PEDRO GOMES, 220 - CENTRO
NOVA FLORESTA / PB CEP: 59170-000 (AG-00)

Empresa PARABÁ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Cidade Pedra Branca, Km 25 - Centro Pedra Branca, Paraíba/PB - CEP: 56671-600
CNPJ: 09.095.189/0001-40 - Insc. Est. 18.015.8230

Medidor: 4 - 100 - 305 - 1180 SP medidor: 00000240209

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 000 264.714
Cód. para Cód. Automático: 0000264714

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Out / 2017	09/10/2017	09/11/2017	2868200486

OCUPANTE

Canal de contato

Tela Bônus de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.

CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL - CADASTRO BIOMÉTRICO.

A IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA É OBRIGATORIA E GRATUITA. O TRIB. REGIONAL ELEITORAL DA PARÁIBA ALERTA QUANTO AO CADASTRAMENTO, PROCURE UM CARTÓRIO ELEITORAL MAIS PRÓXIMO PARA EFETUAR O SEU CADASTRO.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
11/09/17	14815	09/10/17	14822		7	28

Demonstrativo											
Cód.		Descrição		Quantidade	Taxa	Valor	Base Calc.	Base Calc. Parcela	Parcela		
				Tributos (Tabela 1) kWh/m³, kWh/s		Parcela (Parcela 1) (Parcela 2) (Parcela 3)		Parcela (Parcela 1) (Parcela 2) (Parcela 3)			
0801	Consumo de 30kWh-SR		20,000	0,183280	4,83	0,00	0	0,00	4,83	0,35	0,33
0801	Adc. B. Ambréa				0,14	0,00	0	0,00	0,14	0,00	0,01
0801	Adc. B. Verônica				0,11	0,00	0	0,00	0,11	0,00	0,00
0813	Substância				16,00	0,00	0	0,00	16,00	0,10	0,48
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS											
0808	Geração Substância				9,42	0,00	0	0,00	9,42	0,00	0,00

Cód. Código de Classificação do Item TOTAL 5,72 0,00 0,00 15,18 0,15 0,12

17/10/2017 R\$ 5,72

Histórico de Consumo (kWh)

3	15	12	15	13	12	14	12	13	11	12	11
Set/17	Ago/17	Jul/17	Jun/17	Maio/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16	Out/16

RESERVADO AO FISCO
1c6a.d9e9.6d3c.fe02.cb00.35b1.3122.7cd5.

Indicadores de Qualidade			efeito-Cum	
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		
DIÁRIOS	5,45	0,00		
DIÁRIOS	11,13			
DIÁRIOS	22,21			
DIÁRIOS	33,32	0,00		
DIÁRIOS	44,43			
DIÁRIOS	55,54			
DIÁRIOS	66,65			
DIÁRIOS	77,76			
DIÁRIOS	88,87			
DIÁRIOS	99,98			
DIÁRIOS	111,09			
DIÁRIOS	122,20			

Composição do Consumo		
Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Energia Elétrica	1,73	30,25
Consumo de Energia	2,37	41,43
Serviço de Transmissão	0,72	12,62
Serviço de Distribuição	0,48	8,39
Serviço de Iluminação	0,57	9,81
Serviço de Aquecimento	0,30	5,24
Serviço de Outros	0,00	0,00
Total	5,72	100,00

REAVISO: Caso o consumidor não compareça ao atendimento, o mesmo poderá ser suspenso a partir de 30/10/2017. Conforme Resolução da ANEEL, o pagamento da conta de energia elétrica é obrigatório e não pode ser suspenso, caso o mesmo não seja quitado ou assinado pelo consumidor em unidade consumidora.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
13 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE RAIMUNDO DE MOURA
 RG nº 1.252.588, data de expedição 16/10/1986
 Órgão 448 PB, portador do CPF nº 031.15.214-78, com
 domicílio na cidade de CURRAL NOVO, no Estado de
RIO GRANDE DO NORTE onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA 76 DE 6019, nº 121,
 complemento 099, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima MARIA JOSE ROCHA DA SILVA cujo o condutor era
DEODORO BERNARDINO DA SILVA
 Veículo: MOTO
 Modelo: HONDA CG 125 FAN K9
 Ano: 2011
 Placa: NN9 2991
 Chassi: 9C2JC4110BR434267
 Data do Acidente: 19-06-2016
 Local e Data: _____

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDÊNCIA S/A.
 RECEBI 01 MAR 2018
 Nome: _____

JOSE RAIMUNDO DE MOURA
 Assinatura do Declarante

Reconheço
 Cartório

Deodoro Bernardino da Silva

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

1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - ZONA NORTE - CUITÉ/PB
 Av. Senador Maranhão de Carvalho, 581 - 2ª de Janeiro CEP: 55175-000 - Fone: (81) 3372-1123
 Tabelião Substituto: Noraneide Marinho Nascimento
 Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de DEODORO BERNARDINO DA SILVA comparecido em 19/01/2018
 Cuité-Paraíba
 Noraneide Marinho Nascimento
 São Digital de facelização: Tipo Normal: 9-A0H28178-99SU
 Confira os dados do ato em: <https://asiadigital.tpb.jus.br>
 EMOLUM: R\$: 11,38. FAREN: R\$: 0,28. OUTROS R\$: 0,00

Primeiro Cartório de Notas
 Noraneide Marinho Nascimento
 Tabelião Substituto

2º CARTÓRIO DE NOTAS
 Cuité-Paraíba
 Tabelião Substituto: Noraneide Marinho Nascimento
 Reconheço a (s) firma (s) de JOSE RAIMUNDO DE MOURA
 por autenticidade dos fô.
 Cuité-Paraíba, 26 DEZ 2017



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-253



Maria José Rocha da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.216.174 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 02/02/2017

NOME MARIA JOSÉ ROCHA DA SILVA

FILIAÇÃO JOSÉ LUIZ DA SILVA
MARIA LÚCIA ROCHA

NATURALIDADE NOVA FLORESTA-PB DATA DE NASCIMENTO 06/02/1986

DOC ORIGEM CERT. NASC. Nº 6.453 - LIV. A-7 - FLS. 165 - CARTÓRIO NOVA FLORESTA-PB

061.387.574-59
Júlio Pereira - PE

CAPIATA DE REGISTRO
CARTÃO A. E. L. 1000-10
UNIVERSIDADE DE 28/08/83

DOCUMENTO 4 "T4%"



SEB R00000 L1000 00001 6 & 28-MAR-2017 16:17 040662 1/1

 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

061.387.574-69

Nome

MARIA JOSE ROCHA DA SILVA

Nascimento

06/02/1986



 **BR 100**

Cartão de uso pessoal e intransferível
Devo ser apresentado junto com um documento de identidade

Emissão

06/02/2009

 **CORREIOS**
www.correios.gov.br

SEMPRE COM LIDER POINT 6 & 28-NOV-2017 16:17 040665 1/1

Nome Maria José Regina da Silva
 Loc. Nasc. BR Est. PR Data 06/02/1956
 Filiação João Carlos da Silva e Maria da
 Doc. Nº 453-PR-15-15-PR-17

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em 1 / 1 / 1 Doc. Ident. Nº 1
 Exp. em 1 / 1 / 1 Estado 1
 Obs. 1
 Data Emissão 30/09/2003 DRT PR-17/09/2003-PR
1
 Assinatura do Funcionário
 Lira Batista Ferreira
 Matrícula nº 018

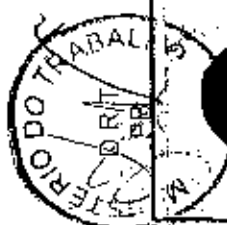
ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE
 (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Nascimento
 Doc.

Você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.
 Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.
 Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.
 Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.
 Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.
 Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.
 Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.
 As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.
 Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.
 Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.
 Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.
 Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.
 Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.
 Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.
 Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.
 Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.
 Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



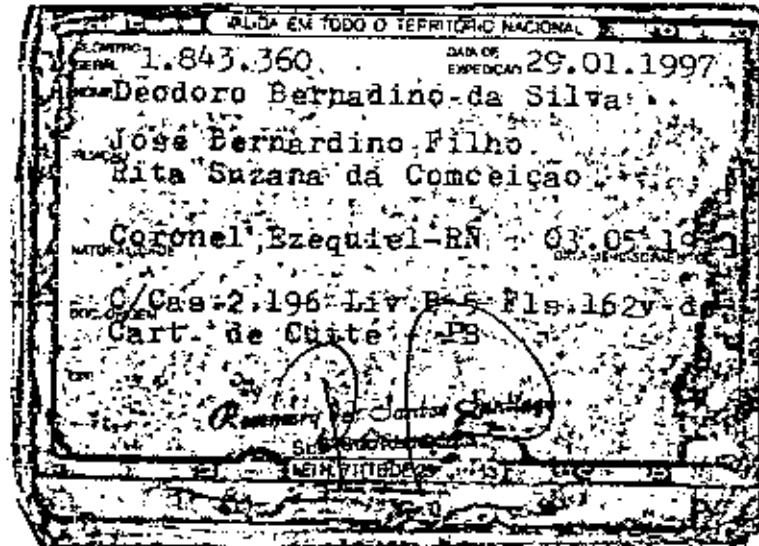
MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



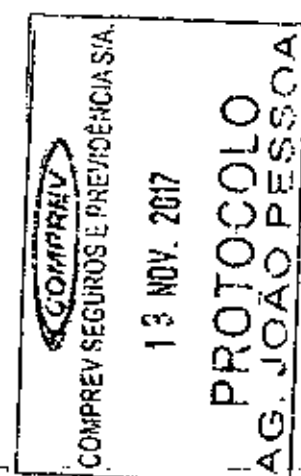
Número 96.625 Série 00098-PR



Maria José Regina da Silva
 ASSINATURA DO PORTADOR



Documentos de Identificacao



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 8790540032
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 285955786 CONTRA EXERCÍCIO 2011

NOME JOSE RAIMUNDO DE MOURA

CPF/CNPJ 031.115.214-78 PLACA NNS2991

PLACA ANT./UF NNS2991/RN CHASSI 9C2JC4110BR434267

ESPECIE TIPO PASSEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVEL CASOLINA COMBUSTIVEL

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN KS ANO FAB 2011 ANO MOD 2011

CAP/PCIT/CIL 0CV/124 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE PRETA

	COTA UNICA	ENG. COTA UNICA	VENC./COTAS
1º	RS 10	28/02/2011	PAGO
2º	RS 2844,3K	PARCELAMENTO/COTAS	PAGO
3º	RS *****		PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) *** TAXAS DETRAN: PAGO *** IOP (R\$) *** PRÊMIO TOTAL (R\$) *** DATA DE PAGAMENTO 13/02/2011

ALIANÇA FID. EM FAVOR DE 09/07/2011 99670001-50

BANCO BRADESCO FINANCIAMENTOS S.A.

MOTOR: JC41E1B434267

CUERAS NOVOS 28/02/2011

DUT



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

13 NOV. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 010099891473
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 0089227327-2 000/00000000 2013

NOME DO PROPRIETÁRIO JOSILENE CARDOSO PEREIRA

PLACA 97849197453 MUZ8146/PB

DATA DE EMISSÃO 22/08/2013

DATA DE VENCIMENTO 22/08/2013

DATA DE EXPIRAÇÃO 22/08/2013

DATA DE CANCELAMENTO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE SUSPENSÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

PBNº 010099891473 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2013

DATA 22/08/2013

PLACA 97849197453 MUZ8146/PB

DATA DE EMISSÃO 22/08/2013

DATA DE VENCIMENTO 22/08/2013

DATA DE EXPIRAÇÃO 22/08/2013

DATA DE CANCELAMENTO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

DATA DE REATIVAÇÃO 22/08/2013

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
13 NOV 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170614606 **Cidade:** Nova Floresta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JOSE ROCHA DA SILVA **Data do acidente:** 19/06/2016 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR E DOS OSSOS DA PERNA À ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA REFERE DOR NA COXA E PERNA. AO EXAME, APRESENTA EDEMA NO MEMBRO INFERIOR, HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DA COXA E PERNA ASSOCIADA À REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. RECEBEU ALTA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 12/03/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Marcio Alberto de Lima Cavalcanti

CRM do médico: 6508

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0126730/17
Vítima: MARIA JOSE ROCHA DA SILVA
CPF: 061.387.574-59

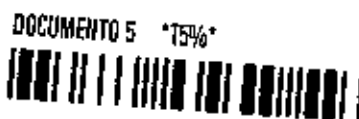
CPF de: Próprio

Data do Acidente: 19/06/2016
Titular do CPF: MARIA JOSE ROCHA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros



MARIA JOSE ROCHA DA SILVA : 061.387.574-59

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.

Portador da documentação entregue

Data: 29/03/2017
Nome: MARIA JOSE ROCHA DA SILVA
CPF/CNPJ: 061.387.574-59

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 29/03/2017
Nome: KELLY DA SILVA FERNANDES
CPF: 076.679.887-90

MARIA JOSE ROCHA DA SILVA

KELLY DA SILVA FERNANDES

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA MARA JOSE ROCHA DA SILVA
 DATA DO ACIDENTE 19.06.2016 CPF DA VÍTIMA _____
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA OLMO DAGUA, BAIRRO CENTRO
 Nº 21 COMPLEMENTO CASA UF PB CEP 58138000
 CIDADE NOVA FLORESTA TELEFONE (83) 998253307
 E-MAIL _____

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 CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☒ 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)
☒ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (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 CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 20/03/2017 SSS/SFB
 IDENTIDADE 3216174 2ª VÍ

ASSINATURA X Maria José Rocha da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 20/03/17 MATR. CORREIOS 84788925
 NOME KELVIN DA SILVA DANTAS

ASSINATURA Kelvin da Silva Dantas

SAC DPVAT 0800 022 12 04



Twitter.com/igpratesofficial

Blog: www.viverseguroontransito.com.br

NOME/NOME DA MÃE		TELEFONE / Phone Number
MARIA JOSE RODRIGUES DA SILVA		(83)99825-7307
ENDEREÇO / Address		
Rua Olavo Diniz, 21 - CASA - CENTRO		
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State
58178000	NOVA FLORESTA	PB
		PAÍS / Country

RECICLAR MATERIAIS E PRESERVAR O MEIO AMBIENTE

PROCESSO DE LICENCIAMENTO Nº 000/000-000

RECYCLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0439335/17
Vítima: MARIA JOSE ROCHA DA SILVA
CPF: 061.387.574-59

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 19/06/2016
Titular do CPF: MARIA JOSE ROCHA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros



DEODORO BERNADINO DA SILVA : 028.682.004-86

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

MARIA JOSE ROCHA DA SILVA : 061.387.574-59

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/11/2017
Nome: DEODORO BERNADINO DA SILVA
CPF/CNPJ: 028.682.004-86

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2017
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

DEODORO BERNADINO DA SILVA

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

Outros



REMETENTE:

MARIA JOSE ROCHA DA SILVA

ENDEREÇO: RUA GOV. PEDRO GOMNDIM -- 390, CENTRO

NOVA FLORESTA/PB

CEP: 58.178-000

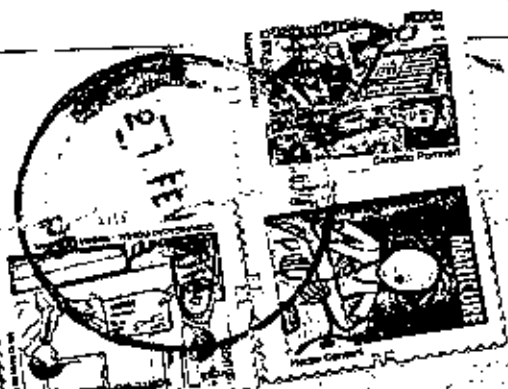
DESTINATÁRIO:

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

ENDEREÇO: AV. MEIM DE SÁ, N° 247, 1° ANDAR – PARTE-CENTRO

RIO DE JANEIRO, RJ

CEP: 20230-151



TRADO URGENTE
REGISTERED PRIORITY

25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170614606 **Cidade:** Nova Floresta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JOSE ROCHA DA SILVA **Data do acidente:** 19/06/2016 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIÁFISE DE FÊMUR E TÍBIA DIREITO

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SEM RELATÓRIO MÉDICO DE RESULTADO DE CONDIÇÃO CLÍNICA ATUAL. RESULTADO NÃO DEFINIDO ENCAMINHADO PARA PERÍCIA PARA ANÁLISE DE SEQUELAS DEFINITIVAS CASO EXISTAM

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

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: Fernanda Cardoso Guerra Fonseca

CRM do médico: 5253342-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Procuração



OUTORGANTE:

Nome: MARIA JOSÉ ROCHA DA SILVA, brasileiro(a),
estado civil: SOLTEIRA Profissão: ADULTERA, portador(a) do RG
3.216.174, órgão expedidor SSP PB e do CPF: 061.387.594-59, residente
no(a) RUA GOV. PEDRO LOPES nº 390,
bairro: CENTRO, município: NOVA FLORESTA / PB.

OUTORGADO:

Nome: REODORO MARADINO DA SILVA
brasileiro(a) estado civil: SOLTEIRO Profissão: AGRICULTOR, portador(a) do
RG 1.943.360, órgão expedidor SSP AL e do CPF: 028.692.004-86
residente no(a) RUA GOV. PEDRO LOPES nº 390,
bairro: CENTRO, município: NOVA FLORESTA / PB.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



CUITE PB 16-10-2017

Local e Data

Maria José Rocha da Silva

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



Reconheço supra-assinada por autenticidade a firma de MARIA JOSÉ ROCHA DA SILVA. PROCURAÇÃO PARTICULAR. Em Test. da verdade. CUIE-PB, 16/10/2017, 14:27:48, XXXXV33F3

Marilene de Melo Silva
PROCURAÇÃO PARTICULAR - Tabellia
Selo Digital de Fiscalização do tipo (Normal B) = AFM88642-SJSZ

Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Evoluentes: R\$ 9,23 - FEPI: R\$ 1,85 - FAPEN: R\$ 0,27 - TOTAL: R\$ 11,81

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

13 NOV. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

2º Serviço de Notas e Registros

Marilene de Melo Silva
Tabellia

Comarca de Cuite-PB

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3170614606**

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA JOSE ROCHA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA GOV PEDRO GONDIM , 390, CASA - CENTRO - Nova Floresta - PB - CEP 58178000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **3216174**

Data e local do acidente: [**19/06/2016**] **Campina Grande - PB**

Data e local do exame: [**12/03/2018**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DO FÊMUR E DOS OSSOS DA PERNA À ESQUERDA.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CIRÚRGICO. RECEBEU ALTA.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

VÍTIMA REFERE DOR NA COXA E PERNA. AO EXAME, APRESENTA EDEMA NO MEMBRO INFERIOR, HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DA COXA E PERNA ASSOCIADA À REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E MARCHA CLAUDICANTE.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

(☐) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

(☐) "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior esquerdo

% do dano: (☒) 10% residual (☐) 25% leve
(☐) 50% médio (☐) 75% intensa (☐) 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (☐) 10% residual (☐) 25% leve
(☐) 50% médio (☐) 75% intensa (☐) 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (☐) 10% residual (☐) 25% leve
(☐) 50% médio (☐) 75% intensa (☐) 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (☐) 10% residual (☐) 25% leve
(☐) 50% médio (☐) 75% intensa (☐) 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Marcio Alberto de Lima Cavalcanti - CRM: 6508 - PB