
Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180598202

Vítima: ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA

Data do Acidente: 06/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA

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, 07 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180598202

Vítima: ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA

Data do Acidente: 06/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

Beneficiário com 16 ou 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
	097 337 084-02	Roberto José Guedes de Paula

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Roberto José Guedes de Paula	097 337 084-02	porteiro
Endereço	Número	Complemento
R. Justiniano Monteiro, n.º 3	333	
Bairro	Cidade	Estado
qto de Bdo Vitor	Bayeux	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
	583000-000	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00			
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
1911		058812	9
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT mediante o crédito na referida agência.

3911 013 58812-9

Espace reservado para preenchimento do número da conta

Obs.: Em breve você estará recebendo o seu
Cartão magnético de Poupança.

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101

Reclamações,
sugestões e elogios.

0800-726 2492

Atendimento a pessoas
com deficiência auditiva
ou de fala.

0800-725 7474

Ouvidoria

37 158 v003

45.000.001/51-2014

COMPREV PREVIDENCIA S/A

23 OUT. 2013

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

Beneficiário com 16 ou 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
	097 337 084-02	Roberto José Guedes de Paula

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Roberto José Guedes de Paula	097 337 084-02	porteiro
Endereço	Número	Complemento
R. Justiniano Monteiro, n.º 3	333	
Bairro	Cidade	Estado
qto de Bdo Vitor	Bayeux	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
	583000-000	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00			
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> 1911 <input type="text"/> D/V <input type="text"/>	CONTA NRO. <input type="text"/> 058812 <input type="text"/> D/V <input type="text"/>	BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/>	AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/>
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT mediante o crédito na referida agência.

3911 013 58812-9

Espace reservado para preenchimento do número da conta

Obs.: Em breve você estará recebendo o seu
Cartão magnético de Poupança.

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101

Reclamações,
sugestões e elogios.

0800-726 2492

Atendimento a pessoas
com deficiência auditiva
ou de fala.

0800-725 7474

Ouvidoria

37 158 v003

45.000.001/51-2014

COMPREV PREVIDENCIA S/A

23 OUT. 2013

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



POLÍCIA CIVIL DA PARAÍBA

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
PRIMEIRA SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
QUARTA DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
5ª DELEGACIA DISTRITAL – BAYEUX – PB



NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

Data e Hora do Registro do B.O: 05.10.2018 às 15h45min.

Local do fato: BAYEUX/PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL nº 3513/2018

NOTICIANTE

ROBERTO JOSÉ GUEDES DE PAIVA, brasileiro, natural de Bayeux/PB, filho de José Roberto de Paiva e Maria José Guedes de Paiva, com 25 anos, nascido em 22.01.1993, solteiro, com médio, porteiro, RG 3.688.023-2ª via/SSP/PB e CPF 097.337.084-02, residente a rua Justiniano Monteiro 333, Alto da Boa Vista, Bayeux-PB, CEP.: 58.308-450, fone 98834-8058.

HISTÓRICO DO FATO.

AFIRMA A NOTIFICANTE: QUE, por volta das 23h36min., do dia 06.06.2018, conduzia a MOTO marca HONDA CG 125 FAN KS, cor preta, ano e modelo 2010/2010, placa PET-7336/PB, chassi 9C2JC4110AR027692, em nome de SILVIA CRISTINA ARAÚJO ANDRADE, CPF 062.823.574-70, próximo ao Restaurante Popular, Av. Liberdade, centro, Bayeux-PB, quando foi trancado por um veículo e condutor não identificados, tendo o notificante caído com a moto, sendo acidentado; QUE, o notificante foi socorrido numa ambulância do CORPO DE BOMBEIROS e deu entrada no HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DA CAPITAL, tendo sido submetido a avaliação médica e cirurgia; QUE, o notificante não DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE contra o motorista infrator, apenas registrar este BO a fim de dar entrada no SEGURO DPVAT. Por este motivo veio notificar o fato.

Assinatura da Notificante:

Roberto José Guedes de Paiva

Assinatura do Policial Josenildo de Lima Cardoso, escrivão, mat. 135.662-3

Autoridade Policial:

ATENÇÃO: Art. 299 do CPB: "Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, de 01 (um) a 05 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular."

23 OUT. 2018

PROTOCOLADO

AC. JOAO PEREIRA



POLÍCIA CIVIL DA PARAÍBA

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
PRIMEIRA SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
QUARTA DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
5ª DELEGACIA DISTRITAL – BAYEUX – PB



NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

Data e Hora do Registro do B.O: 05.10.2018 às 15h45min.

Local do fato: BAYEUX/PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL nº 3513/2018

NOTICIANTE

ROBERTO JOSÉ GUEDES DE PAIVA, brasileiro, natural de Bayeux/PB, filho de José Roberto de Paiva e Maria José Guedes de Paiva, com 25 anos, nascido em 22.01.1993, solteiro, com médio, porteiro, RG 3.688.023-2ª via/SSP/PB e CPF 097.337.084-02, residente a rua Justiniano Monteiro 333, Alto da Boa Vista, Bayeux-PB, CEP.: 58.308-450, fone 98834-8058.

HISTÓRICO DO FATO.

AFIRMA A NOTIFICANTE: QUE, por volta das 23h36min., do dia 06.06.2018, conduzia a MOTO marca HONDA CG 125 FAN KS, cor preta, ano e modelo 2010/2010, placa PET-7336/PB, chassi 9C2JC4110AR027692, em nome de SILVIA CRISTINA ARAÚJO ANDRADE, CPF 062.823.574-70, próximo ao Restaurante Popular, Av. Liberdade, centro, Bayeux-PB, quando foi trancado por um veículo e condutor não identificados, tendo o notificante caído com a moto, sendo acidentado; QUE, o notificante foi socorrido numa ambulância do CORPO DE BOMBEIROS e deu entrada no HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DA CAPITAL, tendo sido submetido a avaliação médica e cirurgia; QUE, o notificante não DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE contra o motorista infrator, apenas registrar este BO a fim de dar entrada no SEGURO DPVAT. Por este motivo veio notificar o fato.

Assinatura da Notificante:

Roberto José Guedes de Paiva

Assinatura do Policial Josenildo de Lima Cardoso, escrivão, mat. 135.662-3

Autoridade Policial:

ATENÇÃO: Art. 299 do CPB: "Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, de 01 (um) a 05 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular."

23 OUT. 2018

PROTOCOLADO

AC. JOAO PEREIRA

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima Roberto José Guedes de Paula CPF da Vítima 07337084-02 Data do Acidente 06/06/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

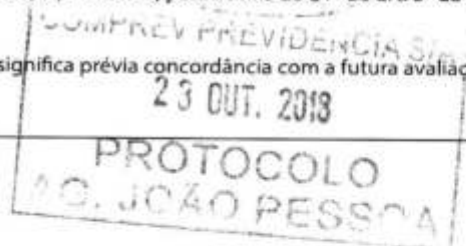
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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



João Pessoa de 10 de 2018
Local e Data

Roberto José Guedes de Paula
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima Roberto José Guedes de Riva CPF da Vítima 07337084-02 Data do Acidente 06/06/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

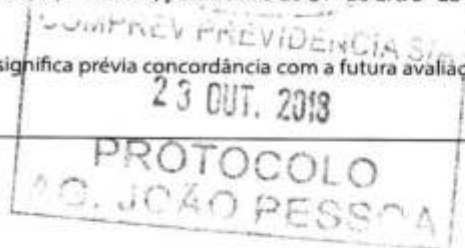
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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



João Pessoa de 10 de 2018
Local e Data

Roberto José Guedes de Riva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



VISTO EM 25/09/2018

Comandante de BAPH
KATY SARDINHA DE M. SILVA

TEN. CEL. 003M. 521.290-6

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 25 de Setembro de 2018

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 0374/2018

Certifico que havendo as fichas de ocorrência atendidas no dia 06/06/2018, conforme requerimento nº 0000000 solicitada pelas pessoas interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 08h36min (a Sr(a) **ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA**, CPF nº 097.037.084-02, vítima de acidente de trânsito de moto), ocorrido na Av. Liberdade, Centro - Bayeux/PB. Que a guarnição da Viatura de pronto atendimento como chefe o **CABO BM JOHNATAMACIEL DA CRUZ**, Matrícula 522.768-6. Vítima consciente e orientada, com corte-contuso na região da boca. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Trauma General Humberto Lucena.

Para constar, eu André Vieira de Sousa, CB BM 141.423.618-9, Auxiliar da 3ª Seção/BAPH, emitio a presente certidão que vale assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

André Vieira de Sousa

CB BM 141.423.618-9



GOVERNO
DA PARAÍBA

Secretaria de Segurança Pública
Batalhão de Atendimento Pré-Hospitalar



VISTO EM: 25/05/2017

Kelly Sabrina Lynn Sava

TEN CEL 002M 521.220 4

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES

João Pessoa-PB, 25 de Setembro de 2018

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 0374/2018

Certifico que revendo as fichas de observação e atendidas no dia 06/06/2018, conforme requerimento nº 001/18, solicitado pela pessoa interessada, constata-se foi socorrido(a) por volta das 08:36min, pelo Sr(a) **ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA**, CPF nº 087.637.084-02, vítima de acidente de trânsito (de moto), ocorrido na Av. Liberdade, Centro - Bayeux/RN. Que a guarnição da viatura de prefixo AP-14300, como chefe o **CABO BM JOHNNATAMACIEL DA CRUZ**, Matrícula 522.768-6. Vítima consciente e orientada, com corte-contuso na região da boca. Que após os procedimentos de investigação a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergência e Trauma, Sargento Humberto Lucena.

Para constar, eu André Vieira de Souza, CB BM 140.423.518-9, [assinatura] auxiliar da 3ª Seção/BAPH, dirotei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

MARIA JOSE GUEDES DA SILVA
RUA JUSTIANO MONTEIRO, 323 - ALTO BELA VISTA
BAVELUX / PB CEP: 58300000 (AG: 1)

Emissão: 16/08/2018 Referência: Ago / 2018

Classificação: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA / AGUAFÁSICOS/220, Km 26 - Grupo Residencial - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
Roteiro: B - 2 - 710 - 5800 Nº medidor: 00000058938

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.065.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.922-9

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 011.004.952
Cód. por Débito Automático: 00054194981

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Ago / 2018	16/08/2018	14/09/2018	3139416458

UC (Unidade Consumidora): 5/419498-1

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

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 7/07/18	Leitura 32270	Data 16/08/18	Leitura 32442	1
				170
				20

Demonstrativo				
Descrição	Quantidade	Valor	Base de Cálculo	Valor
0011 Consumo até 30 kWh-BR	30.000	0,263280	7,89	7,89
0014 Consumo - 31 a 100 kWh-BR	70.000	0,434210	30,39	30,39
0017 Consumo - 101 a 220 kWh-BR	70.000	0,881230	45,59	45,59
0018 Adic. B Vermetá			8,82	8,82
0010 Subsidio			48,14	48,14
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0017 CONTRIBUIÇÃO ILUM.PUBLICA			7,41	7,41
0014 JUROS DE MORA 08/2018			2,12	2,12
0019 MULTA 08/2018			2,84	2,84
0014 COMPENSAÇÃO POR INDICADOR-DMIC 08/2018			-3,24	-3,24
0015 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018			1,57	1,57
0018 Devolução Subsidio			-30,88	-30,88

CCI Código de Classificação de Item TOTAL 118,16 139,23 37,34 139,23 1,50 6,91

Média últimos meses (kWh) 159
VENCIMENTO 23/08/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 118,16

Histórico de Consumo (kWh)											
171	169	127	156	187	178	120	154	188	157	154	173
Agos/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18

MARIA JOSE GUEDES DA SILVA
RUA JUSTIANO MONTEIRO, 323 - ALTO BELA VISTA
BAVELUX / PB CEP: 58300000 (AG: 1)

Emissão: 16/08/2018 Referência: Ago / 2018

Classificação: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA / AGUAFÁSICO 220, Km 26 - Grupo Residencial - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
Roteiro: B - 2 - 710 - 5800 Nº medidor: 00000058938

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.065.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.922-9

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 011.004.952
Cód. por Débito Automático: 00054194981

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Ago / 2018	16/08/2018	14/09/2018	3139416458

UC (Unidade Consumidora): 5/419498-1

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

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 7/07/18	Leitura 32270	Data 16/08/18	Leitura 32442	1
				170
				20

Demonstrativo				
Descrição	Quantidade	Valor	Base de Cálculo	Valor
0011 Consumo até 30 kWh-BR	30,000	2,253280	7,59	27
0014 Consumo - 31 a 100 kWh-BR	70,000	0,434210	30,39	27
0017 Consumo - 101 a 220 kWh-BR	70,000	0,881230	45,89	27
0018 Adic. B Verbetes			8,82	27
0010 Subsidio			48,14	27
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0017 CONTRIBUIÇÃO ILM PÚBLICA			7,41	0,00
0014 JUROS DE MORA 08/2018			2,12	0,00
0019 MULTA 08/2018			2,84	0,00
0014 COMPENSAÇÃO POR INDICADOR-DMIC 08/2018			-3,24	0,00
0015 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018			1,57	0,00
0018 Devolução Subsidio			-30,88	0,00

CCI Código de Classificação de Item TOTAL 118,16 139,23 37,34 139,23 1,50 6,91

Média últimos meses (kWh) 159
VENCIMENTO 23/08/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 118,16

Histórico de Consumo (kWh)											
171	169	127	156	167	176	198	154	188	157	154	173
Apr/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Roberto José Guedes de Paiva
Nacionalidade: brasileiro Est. Civil: solteiro
Profissão: porteiro
Identidade: 3.688.023 CPF: 097.337.084-02
Endereço: R. Jostimano Monteiro, 33, Alto da Boa Vista

OUTORGADO:

Nome: Flamiana da Silva Câmara
Nacionalidade: brasileira Est. Civil: solteira
Profissão: advogada
Identidade: 267.119-0 CPF: 048.079.624-69
Endereço: Rua da República,

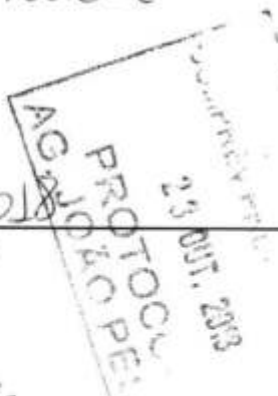
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Roberto José Guedes de Paiva


f. Perroa, 11/09/2018
Local e data

* Roberto José Guedes de Paiva

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....
ROBERTO JOSÉ GUEDES DE PAIVA.....
Ea test da verdade. Bayeux-PE 21/09/2018 11:35:43
Joseaneide Gonçalves da Costa Santos - Escrivente
C2018-004526 JENL: 08 09 48 FARECHAS 0,28 FEP: 08 1,90 ISS: 08 0,47
SELO DIGITAL: A8B042B-3D4F
Confira a autenticidade de www.tribuna.tribuna.br


CARTÓRIO ÂNGELA CAETANO
2º Ofício Notarial
Angela Marques C. Caetano
Tribunal do Estado do Rio de Janeiro
Notária Pública do Estado do Rio de Janeiro
Av. Liberdade 455, BAYeux-PE, CENTRO/PE CEP: 55.008-001 - Tel: (85) 3232-2505

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Roberto José Guedes de Paiva
Nacionalidade: brasileiro Est. Civil: solteiro
Profissão: porteiro
Identidade: 3.688.023 CPF: 097.337.084-02
Endereço: R. Jostimano Monteiro, 33, Alto da Boa Vista

OUTORGADO:

Nome: Flamara da Silva Câmara
Nacionalidade: brasileira Est. Civil: solteira
Profissão: advogada
Identidade: 267.119-0 CPF: 048.079.624-69
Endereço: Rua da República,

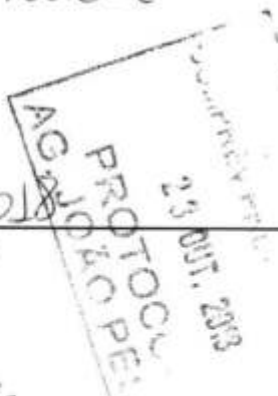
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Roberto José Guedes de Paiva


f. Perroa, 11/09/2018
Local e data

* Roberto José Guedes de Paiva

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....
ROBERTO JOSÉ GUEDES DE PAIVA.....
Ea test da verdade. Bayeux-PE 21/09/2018 11:35:43
Joseaneide Gonçalves da Costa Santos - Escrevente
C2018-004526 JENL: 08 09 48 FARECHAS 0,28 FEP: 08 1,90 ISS: 08 0,47
SELO DIGITAL: A8B042B-3D4F
Confira a autenticidade de certificado@tribl.pb.gov.br


CARTÓRIO ÂNGELA CAETANO
2º Ofício Notarial
Angela Marques C. Caetano
Tribunal do Estado do Rio Grande do Norte
Rua da República, 100 - Centro - 59000-001 - Natal - RN
Fone: (85) 3232-2505

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

INFORMAÇÕES 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 Flaviano da Silva Camara inscrito (a) no CPF/CNPJ 48079624,69
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Roberto Jose Guedes de Paiva inscrito
(a) no CPF sob o nº 017.337.084,02 do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da Vítima
Roberto Jose Guedes de Paiva inscrito (a) no CPF sob o nº 017.337.084,02, 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>Rua da República</u>		Número <u>340</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CER <u>58010-180</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

J. Pessoa 02 de 01 de 2019
Local e Data

Flaviano da Silva Camara
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Silvia Cristina Araújo Andrade,
RG nº 3.062.606, data de expedição 17/08/2011
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 062.823.574-70, com
domicílio na cidade de Bayeux, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Engenheiro Edgar Scagger, nº 642,
complemento case 09, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Roberto José Guedes de Paiva cujo o condutor era
Roberto José Guedes de Paiva

Veículo: nota FAN KS
Modelo: FAN KS
Ano: 2010
Placa: PET 7336
Chassi: 9C25C4110A R027692
Data do Acidente: 06/06/2018
Local e Data: Bayeux, 21/09/2018

X Silvia Cristina Araújo Andrade
Assinatura do Declarante

X Roberto José Guedes de Paiva

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

 **CARTÓRIO ÂNGELA CAETANO**
2º Ofício Notarial
Angela Moreira C. Caetano
Titular
Rosângela C. Caetano
Substituto
Av. LIBERDADE, 436 BAYEUX - PB CENTRO / CEP: 58106-001 - Tel: (83) 3232-2209

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....
ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA.....
Em test.da verdade. Bayeux-PB 21/09/2018 11:35:42
Joseneide Gonçalves da Costa Santos - Escrevente
[2018-004525]EMOL:R\$ 19,48 FARPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AHM04427-70M1
Confira a autenticidade em <https://selo.digital.br>

COMPREV PREVIDENCIA S/A
23 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Silvia Cristina Araújo Andrade,
RG nº 3.062.606, data de expedição 17/08/2011
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 062.823.574-70, com
domicílio na cidade de Bayeux, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Engenheiro Edgar Scagger, nº 642,
complemento case 09, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Roberto José Guedes de Paiva cujo o condutor era
Roberto José Guedes de Paiva

Veículo: nota FAN KS
Modelo: FAN KS
Ano: 2010
Placa: PET 7336
Chassi: 9C2JC4110A R027692
Data do Acidente: 06/06/2018
Local e Data: Bayeux, 21/09/2018

X Silvia Cristina Araújo Andrade
Assinatura do Declarante

X Roberto José Guedes de Paiva

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

 **CARTÓRIO ÂNGELA CAETANO**
2º Ofício Notarial
Angela Moreira C. Caetano
Titular
Rosângela C. Caetano
Substituto
Av. LIBERDADE, 436 BAYEUX-PB CENTRO / CEP: 58106-001 - Tel: (83) 3232-2209

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....
ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA*****

Em test.da verdade. Bayeux-PB 21/09/2018 11:35:42
Joseneide Gonçalves da Costa Santos - Escrevente
[2018-004525]EMOL:R\$ 19,48 FARPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AHM04427-70M1
Confira a autenticidade em <https://selo.digital.br/vl/selo>

COMPREV PREVIDENCIA S/A
23 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA
DATA DE NASCIMENTO	22/01/93
NOME DA MÃE	MARIA JOSE GUEDES DE PAIVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.086.691
DATA DO ATENDIMENTO	07/06/18
HORA DO ATENDIMENTO	00:16
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO-MAXILAR DIREITO
CID 10	S02.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, apresentando ferimentos corto-contusos na face, escoriações nos membros inferiores e superiores. Nega perda da consciência. Glasgow 15. Torax e abdomen sem queixas. TCC evidencia fratura do osso maxilar e do complexo zigomático direito.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX dec coluna cervical
RX de torax
RX de bacia

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura do complexo zigomático-maxilar direito.

TRATAMENTO:

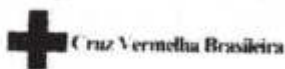
Tratamento conservador da fratura. Medicado.

ALTA HOSPITALAR: 07/06/18
DATA DA EMISSÃO: 31/08/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 OUT. 2018
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332166700

Boletim de Atendimento: 1086691



Identificação do paciente

ID 647856	Nome ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 22/01/1993	Idade 25 anos 4 meses 16 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)
Mãe MARIA JOSE GUEDES DE PAIVA	Religião CATOLICA	Prontuário
Escolaridade MEDIO COMPLETO	Pai JOSE ROBERTO DE PAIVA	
DDD Móvel	Fone Móvel	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
Tipo documento NAO INFORMADO	DDD Fixo 83	Fone Fixo 32537848
Local de procedência BAYEUX	Número documento	Nº Cns 203341167610002
Email	Naturalidade BAYEUX	Tipo MUNICIPIO
		UF PB
		CBO/R

Endereço

CEP 58308450	Município de residência BAYEUX	UF PB	Logradouro Rua Justiniano Monteiro
Número 327	Complemento BOMBEIROS AR 47		Bairro Alto da Boa Vista

Admissão

Data e Hora 07/06/2018 00:16:44	Número da pulseira 1000005173388	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura
--------------------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA

Imprimir

COMPREV PREVIDENCIA S	CID
23 OUT. 2018	Tempo 18seg
PROTOCOLO AO JOÃO PESSOA	



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA		BAE 1006691	Data/Hora Entrada 07/06/2018 00:16:44	Data Baixa
Data de nascimento 22/01/1993	Idade 25a 4m 16d	Sexo Masculino	CNS 203341167610002	Telefone de Contato (83) 32537648
Mãe MARIA JOSE GUEDES DE PAIVA				Prontuário
Endereço Rua Justiniano Monteiro, 327 - BOMBEIROS AR 47		Bairro Alto da Boa Vista	Município BAYEUX	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO		Nº Cons. Regional 4417/PB
Data/Hora Classificação 07/06/2018 00:16:44		Data/Hora Prescrição 07/06/2018 01:00:26		

Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ CERCA DE 40MIN (QUEDA), APRESENTA FERIMENTO CONTUSO EM SUPERCÍLIO D, LÁBIO SUPERIOR + EDEMA EM LÁBIO SUPERIOR + ESCORIAÇÕES EM FACE, JOELHO E E D, PERNA E E D, PÉ D, MÃO E E D. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS E TONTURA. GLASGOW 15. NEGA CERVICALGIA. NEGA QUEIXAS TORÁCICAS; NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. NEGA QUEIXAS ABDOMINAIS. NÃO TEM SINAIS DE FRATURAS EM MEMBROS. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, PATOLOGIAS PRÉVIAS E USO REGULAR DE MEDICAÇÃO. NEGA VAT. AO EXAME= EGR, EUPNEICO, CORADO, ACIANÓTICO, LOTE, ESTÁVEL. ABDOME= PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR Á PALPAÇÃO. CONDUTA= 1º ATENDIMENTO CIRÚRGICO + SOLICITO TC DE CRÂNIO + SOLICITO RX DE TÓRAX, BACIA E COLUNA CERVICAL + SOLICITO PARECER DO NEURO E BMF + PRESCREVO SAT.

MEDICAÇÃO

TETANOGAMMA, ADMINISTRAR 1,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0.0 (MGTSM)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 8ML)

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100ML DE SF)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA)

RADIOGRAFIA DE BACIA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

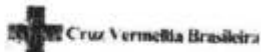
Em observação

23 OUT. 2018
PROTOCOLADO
AC. JOAO PESSOA

ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA

ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO
(: 4417/PB)

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 07/06/2018 00:17:02



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

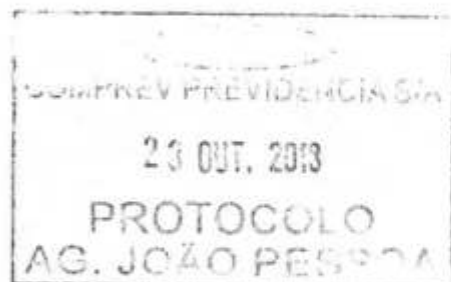
CNES: 6121221

Paciente ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA		BAE 1088691	Data/Hora Entrada 07/06/2018 00:16:44	Data Saída
Data de nascimento 22/01/1993	Idade 25a 4m 18d	Sexo Masculino	CNS 203341187610002	Telefone de Contato (83) 32537648
Mãe MARIA JOSE GUEDES DE PAIVA		Prontuário		
Endereço Rua Justiniano Monteiro, 327 - BOMBEIROS AR 47		Bairro Alto da Boa Vista	Município BAYEUX	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCISCO NEUTON DE O MAGALHAES	Nº Cons. Regional 5914/PB	
Data/Hora Classificação 07/06/2018 00:16:44		Data/Hora Prescrição 07/06/2018 01:58:54		
<p>Anamnese</p> <p># NEUROCIRURGIA</p> <p># TCE LEVE</p> <p>VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ 40 MINUTOS DA ADMISSÃO, SEM PERDA DA CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS.</p> <p>NEGA CERVICALGIA.</p> <p>GLASOWQ 15, SEM DÉFICITS FOCAIS.</p> <p>TAC DE CRÂNIO: FRATURA DO OSSO MAXILAR E COMPLEXO ZIGOMÁTICO.</p> <p>AUSÊNCIA DE FRATURAS DOS OSSOS DO CRÂNIO</p> <p>AUSÊNCIA DE LESÕES FOCAIS INTRACRANIANAS</p> <p>ALTA DA NEUROCIRURGIA</p> <p>AOS CUIDADOS DA BMF</p>				
<p>Conduta</p> <p>Paciente encaminhado com sucesso para a seção</p>				

ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA

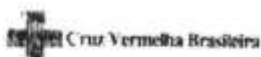
FRANCISCO NEUTON DE O MAGALHAES
(CRM 5914/PB)

Dr. Francisco Neuton de O Magalhães
Especialista em Neurocirurgia
CRM PB 5914 / CRM PE 15528
CNS 203341187610002



07/06/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=308506&pesquisa=S&pe...

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAIBA

AREA VERMELHA

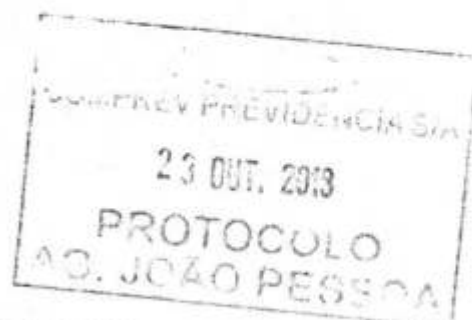
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA		BAE 1086691	Data/Hora Entrada 07/06/2018 00:16:44	Data Baixa 2018-06-07 04:20:44.0
Data de nascimento 22/01/1993	Idade 25a 4m 16d	Sexo Masculino	CNS 203341167610002	Telefone de Contato (83) 987511379 / (83) 32537648
Mãe MARIA JOSE GUEDES DE PAIVA			Prontuário	
Endereço RUA JUSTINIANO MONTEIRO, 327 - BOMBEIROS AR 47		Bairro ALTO DA BOA VISTA	Município BAYEUX	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LEONALDO TORRES DINIZ	Nº Cons. Regional 10647/PB	
Data/Hora Classificação 07/06/2018 00:16:44		Data/Hora Prescrição 07/06/2018 04:20:48		
Anamnese PACIENTE EVOLUI SEM QUEIXAS CLÍNICAS. ABDOME FLÁCIDO E INDOLOR À PALPAÇÃO; TÓRAX COM EXPANSIBILIDADE SIMÉTRICA, SEM ENFISEMA OU CREPITAÇÃO À PALPAÇÃO; MOBILIDADE DOS 04 MEMBROS PRESERVADA. RADIOGRAFIA DE TÓRAX SEM SINAIS DE PNEUMOTÓRAX OU DERRAME PLEURAL. RADIOGRAFIA DE BACIA E COLUNA CERVICAL SEM ALTERAÇÕES TRAUMÁTICAS. CONDLTA: ALTA HOSPITALAR				
Conduta Alta médica				
Alta Hospitalar				
Usuário LEONALDO TORRES DINIZ		Data e Hora 07/06/2018 04:20:44		
Motivo de Alta ALTA HOSPITALAR		Observações		

ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA

LEONALDO TORRES DINIZ
(CRM: 10647/PB)



Cruz Vermelha Brasileira HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome		Data de		Idade		Sexo		Nº		Nº Prontuário		Data Prescrição	
ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA		22/01/1993		25a 4m 16d		MASCULINO		1086691				07/06/2018 01:00:26	
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito											
Convenio		Validade da Prescrição											
SUS		07/06/2018 01:00:00 - 08/06/2018 01:00:00											
Matricula												Senha	

Data: 07/06/18 01:00

Usuário: ANA VIRGINIA

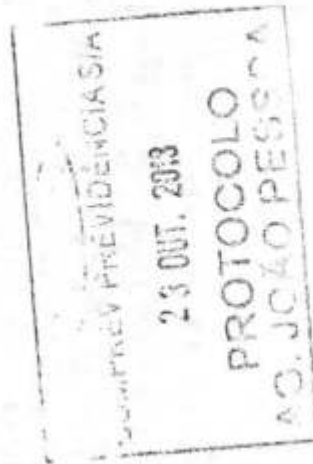
Boletem 1086691



Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprezamento
1 TETANOGRAMINA	1.0	UI		INTRAMUSCUL AR			AGORA
2 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	1.0	ML	Observação:DILUIR EM 8ML	E.V.			AGORA
3 CETOPROFENO 100 MG	1.0	MG	Observação:DILUIR EM 100ML DE SF	E.V.			AGORA
4 SOLICITAÇÃO DE PARECER B.M.F	0.0						
5 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0						

ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO
CRM: 4417

07 de Junho de 2018
Assinatura de Ana Virginia Lima da Costa
Assinatura e Carimbo do Profissional





Ministério da Saúde



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

REQUISICÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA		
Data de 22/01/1993	Nº Boletim Emergência 1086691	Prontuário
Material a examinar		

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO
RADIOGRÁFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL
RADIOGRÁFIA DE TORAX (PA)
RADIOGRÁFIA DE BACIA *em AP*

Tipo
DATA
HORA
NOME TEC. R.D.

07/10/18
13:35
GIA

07/06/18
01:35
GIA

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 OUT. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ma Virgínia da Costa
Cirurgia Geral

07 de Junho de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) apresentar cópias separadas para Inspeção e Interação médicos clínicos



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831357898

Data Nasc: 22/01/1993 - 25 anos

Paciente: ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA

Data Exame: 07/06/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.


Hemossinus

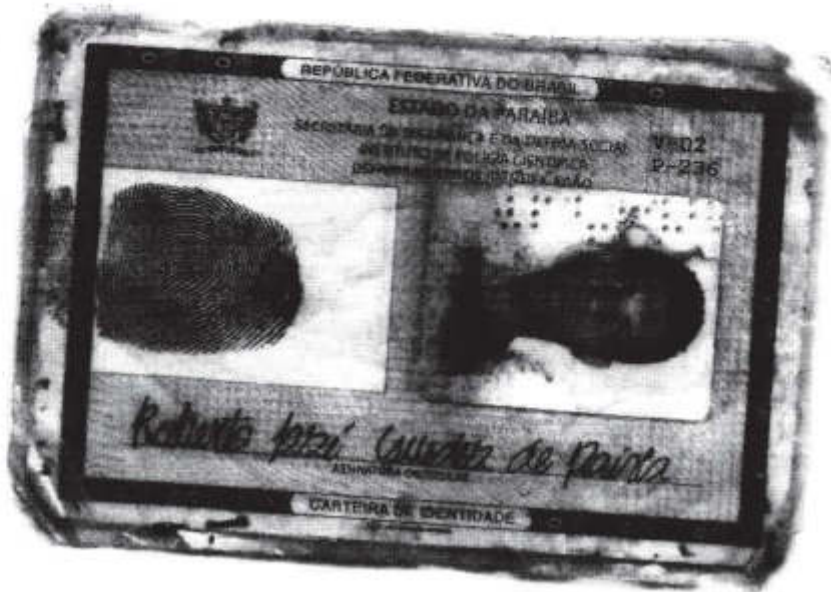
Múltiplas fraturas envolvendo os ossos da hemiface à direita.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 07/06/2018 14:30.


Dr. Leonardo Franco Felipe
CRM: 5263- PB



COMPROVANTE PREVIDENCIÁRIO
23 OUT. 2013
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA

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

NOME
 FLAVIANA DA SILVA CÂMARA

FUNÇÃO
 CARLOS ALBERTO DA SILVA CÂMARA
 ANA GLÓRIA DA SILVA CÂMARA
SUBSTITUIÇÃO

DATA DE NASCIMENTO
 15/08/1984

CPF
 048.079.624-69

NO
 2671190 - SSP/PB

DATA DE EMISSÃO E VALIDADE
 01/12/2009

SIM

ASSINATURA
 JOSE MARCO PORTO JARRON
PROCURADOR

14540

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL **07841734**

USO OBRIGATÓRIO
 IDENTIDADE CIVIL PARA TUDO QUE FOR LEGAL
(Art. 1º da Lei nº 8.137/94)

ASSINATURA DO PORTADOR
 Flávia da Silva Câmara

RECEBIMENTO

BARCODE

COMPREY PREVIDENCIA SIM
23 OUT. 2013
PROTOCOLO
10. JOÃO PESSOA



23 OUT. 2013
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA

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

NOME
 FLAVIANA DA SILVA CÂMARA

FUNÇÃO
 CARLOS ALBERTO DA SILVA CÂMARA
 ANA GLÓRIA DA SILVA CÂMARA
SUBSTITUIÇÃO

DATA DE NASCIMENTO
 15/08/1984

CPF
 048.079.624-69

NO
 2671190 - SSP/PB

DATA DE EMISSÃO E VALIDADE
 01/12/2009

SIM

ASSINATURA
 JOSE MARCO PORTO JARRO
PROCURADOR

14540

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL **07841734**

USO OBRIGATÓRIO
 SE ENTREGAR EM PAZ (CÓPIA) PARA LEGALIZAÇÃO (ART. 13 DO LCP Nº 8.112/94)

FOTO

ASSINATURA AO PORTAL
 Flaviana da Silva Câmara

ASSINATURA

BARCODE

COMPREVE PREVIDENCIA SIM

23 OUT. 2013

PROTOCOLO
 10.0040 PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETRAN

DETRAN - PB

94181670039

Nº 013176521579

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRY 20170000177375-0

1

0021169877-2

00/000000000

SILVIA CRISTINA ARAUJO ANDRADE
RUA EDGAR SEGEER 642 CASA 9
ALTO DA BOA VISTA
58308380 BAYEIR - PB

06282351410

PRY7336/PB

JOSE RODRIGUES DE SOUZA

PRY7336 PE 9C2JIC4110AR027692

PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC

GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS

2010 2010

2 F/124 /CI

PARTIC

PRETA

SEM RESERVA DE DOMINIO

DOCUMENTO VALIDO SOMENTE PARA
N.Motor : JC41E1A027692 0

BATEUX - PB
41793



09/06/2017

34584

COMPREV PREVIDENCIA SA

23 OUT, 2013

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETRAN

DETRAN - PB

94181670039

Nº 013176521579

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRY 20170000177375-0

1

0021169877-2

00/000000000

SILVIA CRISTINA ARAUJO ANDRADE
RUA EDGAR SEGEER 642 CASA 9
ALTO DA BOA VISTA
58308380 BAYEIR - PB

06282351410

PRY7336/PB

JOSE RODRIGUES DE SOUZA

PRY7336 PE 9C2JIC4110AR027692

PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC

GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS

2010 2010

2 F/124 /CI

PARTIC

PRETA

SEM RESERVA DE DOMINIO

DOCUMENTO VALIDO SOMENTE PARA
N.Motor : JC41E1A027692 0

BATEUX - PB
41793



09/06/2017

34584

COMPREV PREVIDENCIA SA

23 OUT, 2013

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180598202 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA **Data do acidente:** 06/06/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO-MAXILAR À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Roberto José Guedes de Paiva
Nacionalidade: brasileiro Est. Civil: solteiro
Profissão: porteiro
Identidade: 3.688.023 CPF: 097.337.084-02
Endereço: R. Jostimano Monteiro, 33, Alto da Boa Vista

OUTORGADO:

Nome: Flamara da Silva Câmara
Nacionalidade: brasileira Est. Civil: solteira
Profissão: advogada
Identidade: 267.119-0 CPF: 048.079.624-69
Endereço: Rua da República,

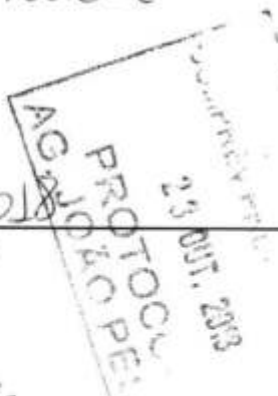
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Roberto José Guedes de Paiva

f. Perroa, 11/09/2018
Local e data

* Roberto José Guedes de Paiva

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....
ROBERTO JOSÉ GUEDES DE PAIVA.....
Fa test da verdade. Bayeux-PE 21/09/2018 11:35:43
Joseaneide Gonçalves da Costa Santos - Escrevente
(2018-004526) EML: 08 89.48 FARECHAS 0,28 FEP: 08 1,90 ISS: 08 0,47
SELO DIGITAL: A8B042B-3D4F
Confira a autenticidade de www.cartoriojbs.com.br

CARTÓRIO ANGELA CAETANO
2º Oficial Notarial
Angela Maria C. Caetano
Tribunal do Estado do Rio de Janeiro
Rua da República, 100 - Centro - Rio de Janeiro - RJ
CEP: 20040-001 - Tel: (051) 3232-2505

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458995/18

Número do Sinistro: 3180598202

Vítima: ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA

CPF: 097.337.084-02

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 06/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

Declaração Circular SUSEP 445/12

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: 02/01/2019
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCELA DO CARMO DE LIMA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0386813/18

Número do Sinistro: 3180499231

Vítima: ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA

CPF: 097.337.084-02

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 06/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROBERTO JOSE GUEDES
DE PAIVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

Declaração Circular SUSEP 445/12

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: 26/10/2018
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/10/2018
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0386813/18

Vítima: ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA

CPF: 097.337.084-02

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 06/06/2018

Titular do CPF: ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

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

ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA : 097.337.084-02

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: 23/10/2018
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2018
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458995/18

Vítima: ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA

CPF: 097.337.084-02

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 06/06/2018

Titular do CPF: ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

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

ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA : 097.337.084-02

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: 20/12/2018
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/12/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180598202 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA **Data do acidente:** 06/06/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO-MAXILAR À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura: