
Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190352361

Vítima: JOCIEL NUNES DE LIMA

Data do Acidente: 25/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOCIEL NUNES DE LIMA

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, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190352361

Vítima: JOCIEL NUNES DE LIMA

Data do Acidente: 25/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOCIEL NUNES DE LIMA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190352361 Vítima: JOCIEL NUNES DE LIMA

Data do Acidente: 25/08/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190352361

Vítima: JOCIEL NUNES DE LIMA

Data do Acidente: 25/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOCIEL NUNES DE LIMA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: JOCIEL NUNES DE LIMA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 00000109807-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 34242155468 Nome completo da vítima: Joel Nunes de Lima
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Joel Nunes de Lima CPF: 34242155468
Profissão: Recuso Endereço: Rua José Novais Número: 130 Complemento: _____
Bairro: Quitzeira Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58088-570
E-mail: _____ Tel (DDD): (83) 986634900

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATE R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATE R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATE R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATE R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4033 ☐ CONTA: 09807 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se o(a) vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 29/05/19
Nome: _____
CPF: _____

Joel Nunes de Lima (*) Assinatura de quem assina A RDO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
2ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
3ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
4ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
5ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
6ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
7ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
8ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
9ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
10ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
11ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
12ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
13ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
14ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
15ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
16ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
17ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
18ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
19ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
20ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
21ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
22ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
23ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
24ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
25ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
26ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
27ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
28ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
29ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
30ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
31ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
32ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
33ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
34ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
35ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
36ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
37ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
38ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
39ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
40ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
41ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
42ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
43ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
44ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
45ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
46ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
47ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
48ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
49ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
50ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
51ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
52ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
53ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
54ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
55ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
56ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
57ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
58ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
59ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
60ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
61ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
62ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
63ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
64ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
65ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
66ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
67ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
68ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
69ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
70ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
71ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
72ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
73ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
74ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
75ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
76ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
77ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
78ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
79ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
80ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
81ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
82ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
83ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
84ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
85ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
86ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
87ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
88ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
89ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
90ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
91ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
92ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
93ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
94ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
95ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
96ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
97ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
98ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
99ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
100ª | Nome: COMPREV
CPF: _____

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **342 421 554 68** Nome completo da vítima: **Joel Nunes de Lima**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: **Joel Nunes de Lima** CEP: **342 421 554 68**
 Profissão: **Recuso** Endereço: **Rua José Novais** Número: **130** Complemento: _____
 Estado: **PB** CEP: **580 88 - 570**
 Cidade: **João Pessoa** Tel (DDD): **(83) 9866 34900**
 Estado: **PB**

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

REDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ 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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **1033** ☐ CONTA: **001098076**
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, no minha totalidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, recebendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo acima citado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica no curso da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 139/74, artigo 1º, inciso II, desde que não haja qualquer sinal de cura ou recuperação que signifique previsão concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
 Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas aos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **João Pessoa - PB 29/05/19**
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

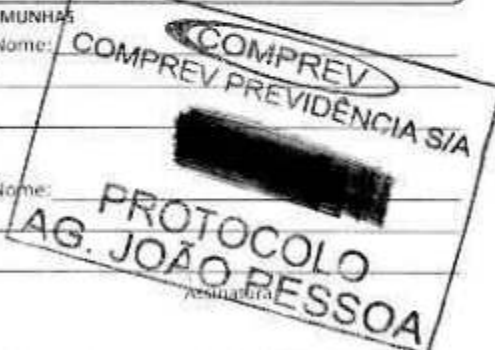
TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____



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



agência





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 04453.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04453.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:33 horas do dia 25 de abril de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Jociel Nunes de Lima**, CPF nº 342.421.554-68, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Feirante, filho(a) de Rita Nunes de Lima e Pai Não Declarado, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 10/09/1963 (55 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua José Novais, Nº 130, bairro Oitizeiro, tendo como ponto de referência Próximo Ao Posto de Gasolina Novais., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98846-9935.

Dados do(s) Fatos:

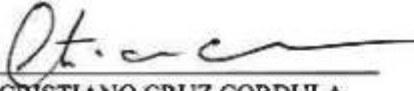
Local: Av. Cruz das Armas, Feira de Oitizeiro., João Pessoa/PB, bairro Oitizeiro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 25/08/18 03:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 2º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE O DECLARANTE FOI VÍTIMA DE ATROPELAMENTO, QUANDO O MESMO ESTAVA TRABALHANDO; DESCARREGANDO UM CAMINHÃO DE MACAXEIRA; NA FEIRA DE OITIZEIRO, AV. CRUZ DAS ARMAS, QUANDO UMA MOTO NÃO IDENTIFICADA VINHA EM ALTA VELOCIDADE E ATINGIU O DECLARANTE, QUE O DECLARANTE VEIO A CAIR AO SOLO E SE LESIONAR, sendo socorrido pelo SAMU - CONFORME DECLARAÇÃO DE Nº 810/010 - ao COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA SENADOR TARCÍSIO BURITY conforme CERTIDÃO DE Nº 0342/2019 onde foi diagnosticado FRATURA DE FÍBULA + LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES, CERTIDÃO, esta assinada pela médica SÔNIA MARIA ESCOREL PONTES DE OLIVEIRA CRM/PB 2959.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 25 de abril de 2019.


CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação


JOCIEL NUNES DE LIMA
Noticiante



Procedimento Policial: 04453.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 34242155468 Nome completo da vítima: Joel Nunes de Lima
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Joel Nunes de Lima CPF: 34242155468
Profissão: Recuso Endereço: Rua José Novais Número: 130 Complemento: _____
Bairro: Quitzeira Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58088-570
E-mail: _____ Tel (DDD): (83) 986634900

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4033 CONTA: 09807 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se o(a) vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, entendendo, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 29/05/19
Nome: _____
CPF: _____

Joel Nunes de Lima (*) Assinatura de quem assina A RDO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1ª | Nome: COMPREV CPF: _____
2ª | Nome: COMPREV PREVIDÊNCIA S/A CPF: _____
3ª | Nome: 29 MAIO 2019 CPF: _____
4ª | Nome: PROTOCOLO CPF: _____
5ª | Nome: AG. JOÃO PESSOA CPF: _____

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 34242155468 Nome completo da vítima: Joel Nunes de Lima
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Joel Nunes de Lima CPF: 34242155468
Profissão: Recuso Endereço: Rua José Novais Número: 130 Complemento: _____
Bairro: Quitzeira Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58088-570
E-mail: _____ Tel (DDD): (83) 986634900

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4033 ☐ CONTA: 09807 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se o(a) vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, entendendo, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 29/05/19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RDO:
Joel Nunes de Lima
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
2ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
3ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
4ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
5ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
6ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
7ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
8ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
9ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
10ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
11ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
12ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
13ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
14ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
15ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
16ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
17ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
18ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
19ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
20ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
21ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
22ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
23ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
24ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
25ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
26ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
27ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
28ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
29ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
30ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
31ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
32ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
33ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
34ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
35ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
36ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
37ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
38ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
39ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
40ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
41ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
42ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
43ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
44ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
45ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
46ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
47ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
48ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
49ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
50ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
51ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
52ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
53ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
54ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
55ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
56ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
57ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
58ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
59ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
60ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
61ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
62ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
63ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
64ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
65ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
66ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
67ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
68ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
69ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
70ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
71ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
72ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
73ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
74ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
75ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
76ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
77ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
78ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
79ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
80ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
81ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
82ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
83ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
84ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
85ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
86ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
87ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
88ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
89ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
90ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
91ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
92ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
93ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
94ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
95ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
96ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
97ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
98ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
99ª | Nome: COMPREV
CPF: _____
100ª | Nome: COMPREV
CPF: _____

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

CNPJ 03.806.754/0015-40

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Av. Diógenes Chianca, 1777

Água Fria - CEP 58053-900

João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 810/010, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2172758, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **JOCIEL NUNES DE LIMA** idade 55 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Atropelamento)** no dia 25/08/2018, na Av. Cruz das Armas, Bairro: Oitizeiro - João Pessoa - aproximadamente às 05:14 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 01 de Outubro de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS nº 10171

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



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOCIEL NUNES DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000109807-6

Nr. da Autenticação 4399972ECE5EBC01



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 55.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
DIKORRE ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

475432

REFERÊNCIA

FEV/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

DJANIRA NUNES DE LIMA
RUA JOSE NOVAIS, 130 - OITIZEIRO JOAO PESSOA PB
58088-570

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
001 016 025 0095 (NM)	(NM)	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
1158-678717	32/03/2016	JANUÁRIO LIGADO	POTENCIAL			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
1263	1295	32	29	11/03/2019		
HIST. CONS./ANOR. LEIT.		QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.				
JAN/2019	26	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
DEZ/2018	27	TURBIDEZ	268	268	268	
NOV/2018	28	CLORO	268	268	268	
OUT/2018	21	COL.TERMOT	0	0	0	
SET/2018	21	COR	73	103	103	
AGO/2018	13	COL.TOTAIS	268	268	268	
MEDIA(M)	21	DADOS REFERENTES A: DEZ/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 12/02/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 08:11:35

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	10 M3	37,91
ATE 10 M3 - R\$ 37,91 POR UNIDADE	10 M3	48,90
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	10 M3	64,50
21 M3 A 30 M3 - R\$ 6,45 POR M3	2 M3	17,52
ACIMA DE 30 M3 - R\$ 8,76 POR M3		
ESGOTO		
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 12/2018 01/2019		5,14
JUROS DE MORA 12/2018 01/2019		0,64

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 15,62 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

24/02/2019

Total a Pagar:

R\$ 174,61



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***

*** WWW.TRANSPARENCIA.PR.GOV.BR *** DECLARAMOS NÃO EXISTIR DÉBITO DE FATURAMENTO

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
29 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirino, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 55.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
DISSERTE ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

475432

REFERÊNCIA

FEV/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

DJANIRA NUNES DE LIMA
RUA JOSE NOVAIS, 130 - OITIZEIRO JOAO PESSOA PB
58088-570

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
001 016 025 0095 (NM)	(NM)	1	0	0	0	
Hidrómetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
1158-678717	32/03/2016	JANUÁRIO LIGADO	POTENCIAL			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
1263	1295	32	29	11/03/2019		
HIST. CONS./ANOR. LEIT.		QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.				
JAN/2019	26	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
DEZ/2018	27	TURBIDEZ	268	268	268	
NOV/2018	28	CLORO	268	268	268	
OUT/2018	21	COL.TERMOT	0	0	0	
SET/2018	21	COR	73	103	103	
AGO/2018	13	COL.TOTAIS	268	268	268	
MEDIA(M)	21	DADOS REFERENTES A: DEZ/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 12/02/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 08:11:35

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	10 M3	37,91
ATE 10 M3 - R\$ 37,91 POR UNIDADE	10 M3	48,90
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	10 M3	64,50
21 M3 A 30 M3 - R\$ 6,45 POR M3	2 M3	17,52
ACIMA DE 30 M3 - R\$ 8,76 POR M3		
ESGOTO		
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 12/2018 01/2019		5,14
JUROS DE MORA 12/2018 01/2019		0,64

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 15,62 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 24/02/2019 Total a Pagar: R\$ 174,61



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***
** WWW.TRANSPARENCIA.GOV.BR ** DECLARAMOS NÃO EXISTIR DÉBITO DE FATURAMENTO

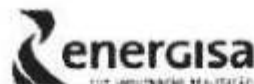
COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
29 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Recibo para sempre pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. Nº 023.711.731



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 23 - Grupo Residencial - João Pessoa / PB - CEP 58071-080
CNPJ 09.695.183 / 0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-6

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 05
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

REFERÊNCIA

ABR/2019

APRESENTAÇÃO

18/04/2019

CONSUMO

208

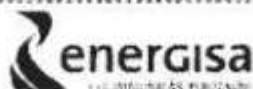
VENCIMENTO

26/04/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 182,90

Acesse: www.energisa.com.br



DETADES 4214

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Rotelro: 12-095-292-0459

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 07/05/2019

VENCIMENTO

26/04/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 182,90

MATRÍCULA

5/1698358-2019-34-7



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento [para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h]
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 82 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação do 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 SUSEP 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754, 74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jociel Nunes de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 342.421.554-68

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jociel Nunes de Lima

inscrito (a) no CPF sob o Nº 342.421.554, 68 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 Lider-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 Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Trangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____		CEP: <u>58056-384</u>
		Tel.(DDD): _____

Local e Data: João Pessoa - PB 29/05/2019

Alexandra Cesar Duarte
Assinatura do Declarante



CERTIDÃO

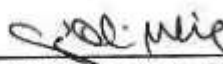
Nº. 0342/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº157338 e Prontuário nº 2018.06.002842 pertencentes a **JOCIEL NUNES DE LIMA** que foi atendido dia 25/08/2018 às 06H29min, vítima de atropelamento por moto, apresentando trauma em punho e mão esquerdas.

Submetido a avaliação médica, e exame de imagem que evidenciou fratura de fíbula + lesão extensa de partes moles. Realizado procedimento cirúrgico dia 25/08/2018 com alta médica dia 13/09/2018.

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

João Pessoa, 08 de Abril de 2019


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE SAL JOSE COSTA DUARTE S/N
8050-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
CNPJ:

Ficha Nr: 157338 Atd: Nao Regular
Data: 25/08/2018
Hora: 06:29:06
Recepcionista: DANIELE CAVALCANTE RII
Clinica: CIRURGICA

OS DO PACIENTE
Nome: JOAQUIM NUNES DE LIMA
CNS: 700002914449709 Sexo: M IDENTIDADE: 993856 Fone: 988469935
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 10/09/1963 Id: 55 ano(s)
End.: RUA JOSE NOVAIS, 130 CASA
Bairro: OITIZEIRO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: RITA NUNES DE LIMA Pai: NAO DECLARADO
Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: FEIRANTE Estado Civil: CASADO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: EDUARDO FILHO
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: RUA

T Transporte utilizado: SAMU
Vitima de acidente por: ATROPELAMENTO
Vitima de violência por: ATROPELADO POR UMA MOTO EM OITIZEIRO
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2t:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Queixa Principal

Observacao

Queixa de atropelamento trazido pelo SAMU.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Tatyta Confessor
Téc. de Enfermagem
COREN PB 70.383

Paciente internado de deslocamento por moto no dia 2h com
lesão em punho E com punho de mobilização amovido a dor
e limitação de movimento. Culata sendo des. em la. negl e,
Diagnostico Conduta

punho E e punho E. Algo variz e punho de com. em

Prescricao ABN: punho e mobiliz. EV @ 4/RX. Sem dor artro
Nao alugar

Horario da medicacao

Talab 20mg + AD EV

1/ Gabap. Rx

2/ Analgesico de out. p. de

Dr. Inmaria Chaves
Cirurgia Geral
CRM-PB 3014

OK

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
------	--------------	------	---------	----------

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia

[] Transferido

☐ Desistencia

[] UTI

[] Alta a pedido

[] Enfermaria

Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 25/08/11

Nome: Jaceli N. da Silva
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

QPD: _____

HDA: Part. interna de Apendicite aguda, apresentando ferida
aberta em pnc

Medicações em uso: Neg

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

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

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

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

Nome: JOCIEL NUNES DE LIMA				Registro:	
Idade: 55 ANOS	Sexo: M	Cor:	Clínica: Traumatologia	EMP:	LR:
Data: 25/08/2018			Cirurgião: DR ODILON		
1º Assistente: Jorge Augusto			2º Assistente:		
Anestesista: Luiz Eduardo Imbelloni			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
Fratura diafisária de fíbula + lesão extensa de partes moles.					S52.2
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
O mesmo					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
LMC + DESBRIDAMENTO + REPATO DE PLANO MUSCULAR E PELE.					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

*Paciente em decúbito dorsal sob anestesia**Assepsia + Antissepsia**Aposição de campos cirúrgicos estéreis*

Incisão:

Achados:

Realização de lesão extensa de partes moles.

Conduta:

*Limpeza exhaustiva com sfo,9 %**Reparo de plano muscular e pele.**Curativo estéril.**Solicitado rx de controle.**Verificar perfusão periférica.*

Fechamento:

OBS: CURATIVO DIÁRIO + ATB TERAPIA + AGUARDAR MELHORAS DE PARTES MOLES PARA ABORDAGEM SEGUNDARIA.
SOLICITADO IMOBILIZAÇÃO.

Data: ____/____/____

Dr. Felipe de Brito
MÉDICO
CRM-PB 11126

MÉDICO/CRM

25

08

16

2 - VIA AÉREA:

☒ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:

☒ Espontânea ☐ Asséptica ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:

☒ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHADOS:

☐ Crepitação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hólio Eflico

3 - CIRCULAÇÃO:

☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☒ Normal

3.1 - EDEMAS:

☒ Não ☐ Sim - Local: _____

3.2 - PERFUSÃO

☒ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

3.3 - PULSO

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☒ Cheio ☐ Ausente

3.4 - E.C.G.

☐ Normal ☐ Alterado ☒ Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

ECGL 15

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal _____ semanas

Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☒ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ outro: _____

Nível de Consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

PROCEDIMENTOS

☐ Bomba de Infusão	☐ DEA	☐ KED Adulto	☐ Sonda vesical
☐ Cânula Orofaríngea	☐ Desobstrução vias aéreas	☐ KED Infantil	☐ Sedação
☒ Colar cervical	☐ Drenagem torácica	☐ Massagem cardíaca externa	☐ Tólex / Tração
☐ Controle de hemorragia	☐ Desfibrilação / Cardioversão	☐ Orotraqueal	☐ Ventilação mecânica (manual / automática)
☐ Criolinfadectomia	☐ Entubação Orotraqueal	☒ Prancha Longa	☐ VMI
☐ Curativo	☐ Inalação de Oxigênio (O2)	☐ Punção venosa	☐ VMH
	☐ Imobilização de membros	☐ Sonda gástrica	☐ Outros:

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

PERTENCES DA VÍTIMA

☐ Não

☐ Sim

Objetos:

Entregues a / Local: _____

Assinatura com Carimbo do receptor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUCTOR: Samuelina MATRÍCULA: _____

TEC. ENFERMAGEM: _____ COREN: _____

ENFERMEIRO(A): Amelce COREN: 205603

MÉDICO(A): _____ CRM: _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME: _____ RG / CPF: _____

ASSINATURA (RUBRICA): _____ Observação: _____

TESTEMUNHA: _____ TESTEMUNHA: _____

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ [JHTF

Cirurgias: _____

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

[]Trauma []Neo []Tabagismo

[]Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas:

1. Ex exp de Falúela + Desão ext de partes
mols

Conduta:

2. AO Bloco cirurgico

C.D. Dr. Adelon.



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
SERIAL 993.856 -2 VIA DATA DE
EXPEDIÇÃO 17/06/2013

NOME JOCIEL NUNES DE LIMA

PLAÇÃO
RITA NUNES DE LIMA

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO
10/09/1963

END. CIVIL
MARC.N. 22863 FLS. 174 LIV. A-35

CARTÓRIO 4º JOÃO PESSOA-PB

CPF 342.421.554-68

ASSINATURA DO CONDUTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/93

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
29 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE



DOC. IDENTIFIC. - RG - BRASIL Nº 2627718 SSP YB

CPF 046.502.794-74 Data Nascimento 21/08/1982

NOME ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE MÃE MARCIA CESAR DUARTE

SEXO F AC C D

Nº HABILITAÇÃO 01851289660 Validade 16/01/2019 29/06/2021

Alexandra Cesar Duarte
Assinatura do Titular

LOCAL JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 17/01/2014

Rodrigo Carvalho 66580356744
Assinatura do Emissor 99027012595

DETRAN - PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
894056231

PERMISO PLASTIFICAR
894056231

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
29 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190352361 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOCIEL NUNES DE LIMA **Data do acidente:** 25/08/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÍBULA COM LESÃO EXTENSA AS PARTES MOLES. PG 5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REPARO DE PLANO MUSCULAR) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

**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: **3190352361**

Nome do(a) Examinado(a): **JOCIEL NUNES DE LIMA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA JOSE NOVAIS, 130 - OITIZEIRO - João Pessoa - PB - CEP 58088-570

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **993856**

Data e local do acidente: [**25/08/2018**] **JOÃO PESSOA -PB**

Data e local do exame: [**17/06/2019**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura diafisária da fibula esquerda

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

ACIDENTE EM 25-08-2018 AO EXAME : PACIENTE ACOMPANHADO DA FILHA ,DEAMBULANDO SEM AUXÍLIO PRESENÇA GRANDE CICATRIZ LATERAL EM TORNOZELO ESQUERDO +RETRAÇÃO DE PELE COM PERDA DE 50 % DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR .

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

[☒] Sim [☐] Não

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

REALIZOU SUTURA DE FERIMENTO SEM OSTEOSSÍNTESE DA FÍBULA . ALTA EM 13-09-2018 FEZ FISIOTERAPIA

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 MOTORA

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):

TORNOZELO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 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.



Umberto Jansen de Moraes Lima - CRM: 5769 - PB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190352361 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOCIEL NUNES DE LIMA **Data do acidente:** 25/08/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura diafisária da fíbula esquerda

Descrição do exame físico: AO EXAME: PACIENTE ACOMPANHADO DA FILHA, DEAMBULANDO SEM AUXÍLIO. PRESENÇA GRANDE CICATRIZ LATERAL EM TORNOZELO ESQUERDO + RETRAÇÃO DE PELE COM PERDA DE 50% DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR .

Resultados terapêuticos: REALIZOU SUTURA DE FERIMENTO SEM OSTEOSÍNTESE DA FÍBULA. ALTA EM 13-09-2018. FEZ FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/06/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190352361

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOCIEL NUNES DE LIMA

Data do acidente: 25/08/2018

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura diafisária da fíbula esquerda

Descrição do exame AO EXAME: PACIENTE ACOMPANHADO DA FILHA, DEAMBULANDO SEM AUXÍLIO.

físico: PRESENÇA GRANDE CICATRIZ LATERAL EM TORNOZELO ESQUERDO + RETRAÇÃO DE PELE COM PERDA DE 50% DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR .

Resultados terapêuticos: REALIZOU SUTURA DE FERIMENTO SEM OSTEOSÍNTESE DA FÍBULA.

ALTA EM 13-09-2018.

FEZ FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/06/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190352361 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOCIEL NUNES DE LIMA **Data do acidente:** 25/08/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÍBULA COM LESÃO EXTENSA AS PARTES MOLES. PG 5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REPARO DE PLANO MUSCULAR) 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.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

Outorgante: Joaciel Nunes de Lima, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Farmante, residente e domiciliado à Rua Jose Novais nº 130, bairro Citizano, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58088-570, portador(a) do Rg nº 993 856, SSP/PB e CPF nº 342.421.554-68

Outorgado: Alexandra Lúcia Duarte, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agemir F. Silva nº 154, bairro Alam. Gabriel, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58056-384, portador (a) do RG nº 2627713, SSP/PB e CPF nº 046.502.754-74

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Joaciel Nunes de Lima, ocorrido em 25/08/18, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza im validade

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa, 13 de maio de 2019.



CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

Reconheço por Autenticidade a firma de JOACIEL NUNES DE LIMA, [122264], J. Pessoa-PB, 13/05/2019 16:04:38 Enol R\$9,91 Farpem:R\$0,29 Fepj:R\$1,98, ISS:R\$0,50. Em test da verdade. Tabela CELEIDA COMO PEREIRA SILVA. Selo Digital AIP27229-1AFN Consulte em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Joaciel Nunes de Lima
Outorgante
CPF nº 342.421.554-68



Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0182331/19

Vítima: JOCIEL NUNES DE LIMA

CPF: 342.421.554-68

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOCIEL NUNES DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

JOCIEL NUNES DE LIMA : 342.421.554-68

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: 29/05/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/05/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0182331/19

Número do Sinistro: 3190352361

Vítima: JOCIEL NUNES DE LIMA

CPF: 342.421.554-68

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOCIEL NUNES DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOCIEL NUNES DE LIMA : 342.421.554-68

Autorização de pagamento

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: 04/06/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/06/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0182331/19

Vítima: JOCIEL NUNES DE LIMA

CPF: 342.421.554-68

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOCIEL NUNES DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

JOCIEL NUNES DE LIMA : 342.421.554-68

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: 29/05/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/05/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0182331/19

Número do Sinistro: 3190352361

Vítima: JOCIEL NUNES DE LIMA

CPF: 342.421.554-68

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOCIEL NUNES DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOCIEL NUNES DE LIMA : 342.421.554-68

Autorização de pagamento

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: 04/06/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/06/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA