
Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190326846

Vítima: ADEMILSON LUIZ DA SILVA

Data do Acidente: 03/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADEMILSON LUIZ DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190326846

Vítima: ADEMILSON LUIZ DA SILVA

Data do Acidente: 03/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ADEMILSON LUIZ DA SILVA

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

Comprovante de residência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

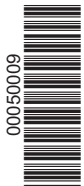
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190326846

Vítima: ADEMILSON LUIZ DA SILVA

Data do Acidente: 03/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADEMILSON LUIZ DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: ADEMILSON LUIZ DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000008210

Conta: 0000014535-8

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190326846 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADEMILSON LUIZ DA SILVA **Data do acidente:** 03/12/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: 0164137/14	CPF da vítima: 738.799.914-72	Nome completo da vítima: ADEMILSON LUIS DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: ADEMILSON LUIS DA SILVA		CPF: 738.799.914-72
Profissão: COMERCIANTE	Endereço: RUA FERNANDO VALTER DE OLIVEIRA	Número: 368
Complemento: CASA	Bairro: PAZ DE ZÉ	Cidade: JOÃO PESSOA
Estado: PB	CEP: 58026-040	Tel (DDD): (83) 98650-8289

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

RENTA MENSAL:
☒ RECURSO 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: **8210** CONTA: **34535**
(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, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 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 àqueles 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 16/05/2019**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

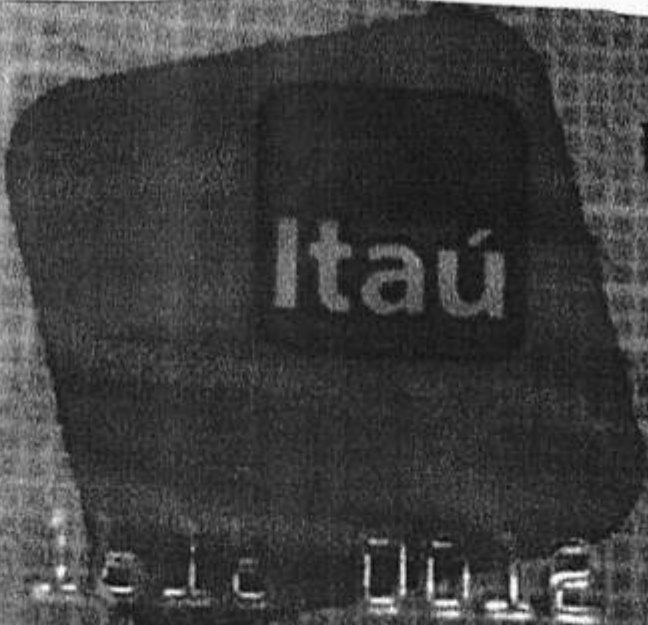
1ª | Nome: _____
CPF: _____

2ª | Nome: _____
CPF: _____



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



Poupança



5899 1010 0012 2363

80575

03/23 MasterCard

Valid only in Brazil

débito

agência

conta

8210 14535 8



Assinatura autorizada. Válida somente com assinatura

EDES 5100 0012 2363

ESNEO

30

Canais de atendimento

Atendimento, informações e serviços personalizados

acesse: itaunet.com.br

4004 4828

capitais e seguros especializados

0800 970 4828

serviços localizados

Qualquer dúvida, peça

SAC 0800 220 2728

selecione o idioma de atendimento

Ouvinte 0800 570 801

se não falar português, peça a tradução simultânea

em português

Dúvidas 0800 336 1721

atendimento 24 horas



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: 0169137/19 CPF da vítima: 738.799.914-72 Nome completo da vítima: ADEMILSON LUIS DA SILVA

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

Nome completo: ADEMILSON LUIS DA SILVA CPF: 738.799.914-72

Profissão: COMERCIANTE Endereço: RUA FERNANDO VALTER DE OLIVEIRA Número: 368 Complemento: CASA

Bairro: PADRE ZÉ Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB CEP: 58026-040

E-mail: Tel (DDD): (83) 98650-8289

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

RENDIA 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)

AGÊNCIA: 8210 CONTA: 345358

(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, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 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 àqueles 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 16/05/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

2ª Nome: _____
CPF: _____



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

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



SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
R. 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 812/062, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2275502, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **ADENILSON LUIZ DA SILVA** idade 47 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão Carro x Moto) no dia 03/12/2018, na Rua Presidente Getúlio Vargas, Bairro: Centro - João Pessoa - aproximadamente às 06:45 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.



João Pessoa, 19 de Dezembro 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

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADEMILSON LUIZ DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08210

CONTA: 000000014535-8

Autenticação:

D0D7F42B4E2B65B7462D9A973149A9257C340FC68D6815599CFA8E11E72B0BD7



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 05210.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 05210.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:59 horas do dia 15 de maio 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 **Ademilson Luiz da Silva**, CPF nº 738.799.914-72, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Comerciante, filho(a) de Francisca Lopes Galvão e Sebastião Luiz da Silva, natural de Santana do Matos/RN, nascido(a) em 01/12/1971 (47 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Fernando Valter de Oliveira, Nº 168, bairro Padre Zé, tendo como ponto de referência Próximo Ao Mercadinho de Cassiano, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98650-8289.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Getulio Vargas, Em Frente a Zeni., João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/12/18 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 2º: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 03/12/2018 por volta das 06:30 horas quando transitava, pela Av. Princesa Izabel, Centro, João Pessoa-PB; com o veículo tipo HONDA/CG 125 FAN KS ano e modelo: 2012/2013, de cor preta de placa: QFH1784/PB CHASSI: 9C2JC4110DR770576 pertencente ao Sr. José Rodrigues Alves; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto sentido TV Cabo Branco/Mercado Central quando ao estava atravessando o sinal verde e foi abalroado por um veículo não identificado que ultrapassou o sinal vermelho da Av. Getúlio Vargas com a Rua Princesa Izabel, QUE devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU conforme DECLARAÇÃO de nº 812/062 e conduzido ao COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY onde foi diagnosticado Fratura fechada de ossos da perna direita, de acordo com a CERTIDÃO de nº 0709/2019 assinado pela médica Christine Maria Batista de Brito Lyra CRM/PB: 3137.

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 fê.

João Pessoa/PB, 15 de maio de 2019.


CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação


ADEMILSON LUIZ DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 05210.01.2019.1.00.401

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Para obter serviços pagamos diretamente para a Companhia de Energia S/A

Nº 051.505.420



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Av. 232, Km 25 - Caixa Postal 170 - CEP 82871-420

CNPJ 09.955.193 / 000140 Inscrição Estadual 19.055.823-0

DADOS DO CLIENTE

ADEMILSON LUIZ DA SILVA

RUA FERNANDO WALTER DE OLIVEIRA 144

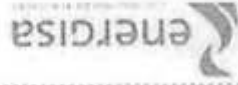
JOAO PESSOA

5/152375-2

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAI/2019	09/05/2019	144	16/05/2019	R\$ 131,51

Acesse: www.energisa.com.br



ADEMILSON LUIZ DA SILVA

Relatório: 05-001-328-2860

83650900001-0 31510149000-3 01523752019-0 05900001019-5



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRICULA
16/05/2019	R\$ 131,51	12375-2019-05-0



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE RODRIGUES ALVES,
RG nº 2486347, Data de Expedição: 17/03/1990, Órgão: SSP PB,
Portador do CPF nº 0332.7378.452-, com domicílio na cidade de
JOÃO PESSOA, no Estado de PARAIBA,
onde resido na (Rua/Av./Est.) FERNANDO WALTER OLIVEIRA,
nº 156, complemento: PADRE ZÉ, declaro, sob as penas da Lei,
que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima ADEMILSON LUIZ DA SILVA,
cujo o condutor era ADEMILSON LUIZ DA SILVA.

Veículo: MOTO CICLISTA
Modelo: FAN 125 KS
Ano: 2012
Placa: OFH 1784
Chassi: 9C2JC4110DR770576
Data do Acidente: 03/12/2018

Local e Data: AV. GETÚLIO VARGAS ÀS 06:20 MANHÃ

Jose Rodrigues Alves
Assinatura do Declarante

Cartório Azevedo Bastos

Ademilson Luiz da Silva
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
E TABELIONATO DE NOTAS - Código CNJ 06.870-0
Av. Presidente Epitácio Pessoa, 1143 - Bairro São Antônio - João Pessoa/PB - CEP 53035-000 - Tel: (33) 3244-1000 - Fax: (33) 3244-1001

Reconheço por Autenticidade a assinatura de
JOSE RODRIGUES ALVES
a qual confere com o padrão registrado nessa servente, dou fé.
João Pessoa, três de Janeiro de dois mil e dezanove
Em Teste da verdade.
Marcelo Timóteo de Oliveira: Escrevente - (Qtd: 1, Total: 12,7)

Selo Digital de Fiscalização Tipo AHY38163-BORS
Confira os dados do ato em: <https://selodigital.tjpb.ju.br>







CERTIDÃO

Nº. 0709/2019

Atendendo solicitação de GERSON LUCIANO SANTOS NETO e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº186889 prontuário 2018.12.000233 pertencente a **ADEMILSON LUIZ DA SILVA** que foi atendido dia 03/12/2018 às 07H41min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em perna direita.

Submetida a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura fechada de ossos da perna direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 17/12/2018 com alta médica dia 18/12/2018.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 30 de abril de 2019


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



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

Ficha Nr: 186889 Atd: Nao Reg
Data: 03/12/2018
Hora: 07:41:43
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER S/
Clínica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ADEMILSON LUIZ DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 0

Num. Prontuario: 2018.12.000233

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 01/12/1971 Id: 47 ano(s)

End.: RUA FERNANDO WALTER OLIVEIRA DA SILVA, 168

Bairro: PADRE ZE Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: FRANCISCA LOPES GALVAO

Pai:

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ADEMILSON LUIZ DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

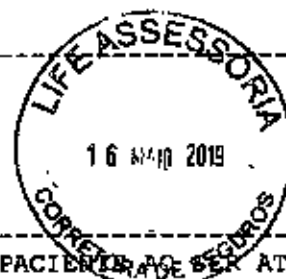
Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO CARROXMOTO NA GETULIO

Vitima de violência por: VARGAS MANHA CONDUTOR

[] Caso Policial



PRE-CONSULTA:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

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

Observacao

Queixa Principal

NTE VITIMA DE COLISAO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente trazido pelo SAMU em prancha rígida e com collar cervical, refere ter sido vítima de colisão moto-carro há 30 minutos. Queixa-se de dor em M.I.D. Mega dor em torax/abdome/pulso. Mega queixas cervicais. Mega perda de consciência, náuseas e vômito.

Diagnostico

Trauma contuso em M.I.D.

Conduta

- Solitário Rx de perna D
- Alta da cirurgia geral
- Por cuidados da ortopedia

Prescrição

Horario da medicacao

Dr. Pedro Eduardo de O. C.
Residência Cirurgia G.
CRM-PB 1078
Antes

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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rios [] 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:

Fx Fechada osso
da perna ①

Conduta:

① Internamento p/ Cirurgia
② Talão coxo - estabilizar



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Ademilson Luiz Data da Admissão: 03/12/13
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
QPD: Don + edema em Pernas

HDA: Colúmbio moto-carrão
Don + edema + deformação em
Pernas (D)



Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

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

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

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

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

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

2 - VIA AÉREA:

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

2.1 - VENTILAÇÃO:

☒ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:

☒ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHADOS:

☐ Creptação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hólio Estíco

3 - CIRCULAÇÃO:

☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Cuento ☐ 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 _____ 45

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
☐ Cânula Orofaríngea
☐ Colar cervical
☐ Controle de hemorragia
☐ Cricotireoidotomia
☐ Curativo

DEA

☐ Desobstrução vias aéreas
☐ Drenagem torácica
☐ Desfibrilação / Cardioversão
☐ Intubação Orotraqueal
☐ Inalação de Oxigênio (O2)
☐ Imobilização de membros

KED Adulto

☐ KED Infantil
☐ Massagem cardíaca externa
☐ Oritrqueal
☐ Prancha Longa
☐ Punção venosa
☐ Sonda gástrica

Sonda vesical

☐ Sedação
☐ Tala / Tração
☐ Ventilação mecânica (manual / automática)
☐ VMI
☐ VMNI
☐ Outros:
Descrição do(s) procedimento(s): SSVU + LU2 + IMOBILIZAÇÃO PADRAO + REMOÇÃO

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

02 MASCARAS + 04 PARIS DE LUVAS + 04 FOLHAS
18 + 01 COLAR + 01 SRL 5000 + 06 ALGODÕES

PERTENCES DA VÍTIMA

☐ Não
☐ Sim
 Objeto: _____


Entregues a / Local: _____

Assinatura com Carimbo do receptor: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: EDMILSON MATRÍCULA: _____

TEC. ENFERMAGEM: _____ COREN: _____

ENFERMEIRO(A): EMMANUELA COREN: 1997711

MÉDICO(A): _____ CRM: _____

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

NOME: _____ RG / CPF: _____

ASSINATURA (RUBRICA): _____ Observação: _____

TESTEMUNHA: _____ TESTEMUNHA: _____

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 03/12/2018	ID da Ocorrência: 2275502	USB USA MT	Nº/Equipe: 04	Plantão: Dia <input checked="" type="checkbox"/> Noite <input type="checkbox"/>	Hora de Saída da Base: 06:45 Hs	Hora de Chegada no Local: 06:56 Hs
Paciente / Usuário: Ademilson Luiz da Silva				Idade: 47	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Telefone:
Local da Ocorrência: <input checked="" type="checkbox"/> João Pessoa <input type="checkbox"/> Santa Rita <input type="checkbox"/> Bayeux <input type="checkbox"/> Cabedelo <input type="checkbox"/> Conde <input type="checkbox"/> Outro:				Bairro: Centro		Médico Regulador: F. S. P. S.
Logradouro:						
Quantidade de vítima(s) no local: <input checked="" type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> SPTRAN <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Tarcetos <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evacua-se do Local <input type="checkbox"/> Treta <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input checked="" type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
Destino (Unidade Hospitalar): Trauma				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo):		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☒ TRÁFICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO

Mobvel:

CAUSAS EXTERNAS

☒ Acidente de Trânsito

☐ Colisão carro x moto

☐ Queda de moto

☐ Atropelamento por:

☐ Colisão carro x carro

☐ Capotamento

☐ Outro:

☐ F.A.F.

☐ F.A.B.

☐ Agressão Física

☐ Afogamento

☐ Queda - Altura aproximada:

☐ Soterramento / Desabamento

☐ Choque Elétrico

☐ Outro:

☐ TRANSFERÊNCIA

Hospital de Origem:

Responsável:

Hospital de Destino:

Responsável:

ANTECEDENTES

☒ AIDS

☐ Alcoolismo

☐ AVC

☐ Convulsões

☐ Diabetes

☐ Doença Cardíaca

☐ Doença Infecto-contagiosa

☐ Qual?

☐ Doença Mental

☐ Doença Renal

☐ Droga

☐ Hipertensão Arterial

☐ Internamentos Anteriores

☐ Problemas Respiratórios

☐ Medicamentos de uso Contínuo

1. DADOS VITAIS

P.A:

FC: 114

FR: 20

HGT: -

SpO2 - S/O2: 96

SpO2 - C/O2: -

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

035 - CURIOSO RETORNOU CAPACETE E COLERA
(AIKA DE PARCELAR)

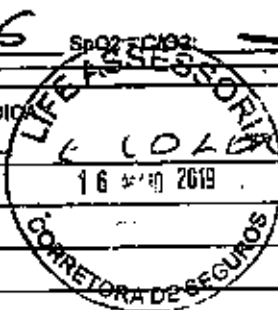
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem:

Intervenções:

Evolução do Enfermeiro:

DESCRIÇÃO CURATIVA DA DEVIÇÃO
LATERAL E NEGATIVA BASTÃO CAÍDA EM FAIXA
FELICIDADE DE POSSÍVEL TUBIA E FIBULA, SEM DURA
ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA
SSUV + MUO + IMOBILIZAÇÃO PADRÃO 192
D. NATAL



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Paciente em D.O.H. sob anestesia
2. Anestesia + ant. sepsis
3. Aspicção de campo estéril

Incisão:

4. Longitudinal Medial

Achados:

5. Ex. Ferida pigmentar do Tórax Direito

Conduta:

6. Redução anatômica, fechada
7. colocação de placa 16 furos longo (Cx 4,5m)
8. colocação de 06 pontos de sutura
9. fechamento por sequele
10. fechamento de pele + plastos
11. curativo estéril
12. Rx de controle
13. Imobilização Talo Bota

Fechamento:

OBS: Ato cirúrgico sem intercorrências



Data: 17/12/2019

Dr. Felipe Bezerra
Médico Dentista
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11126
MEDICO/CRM



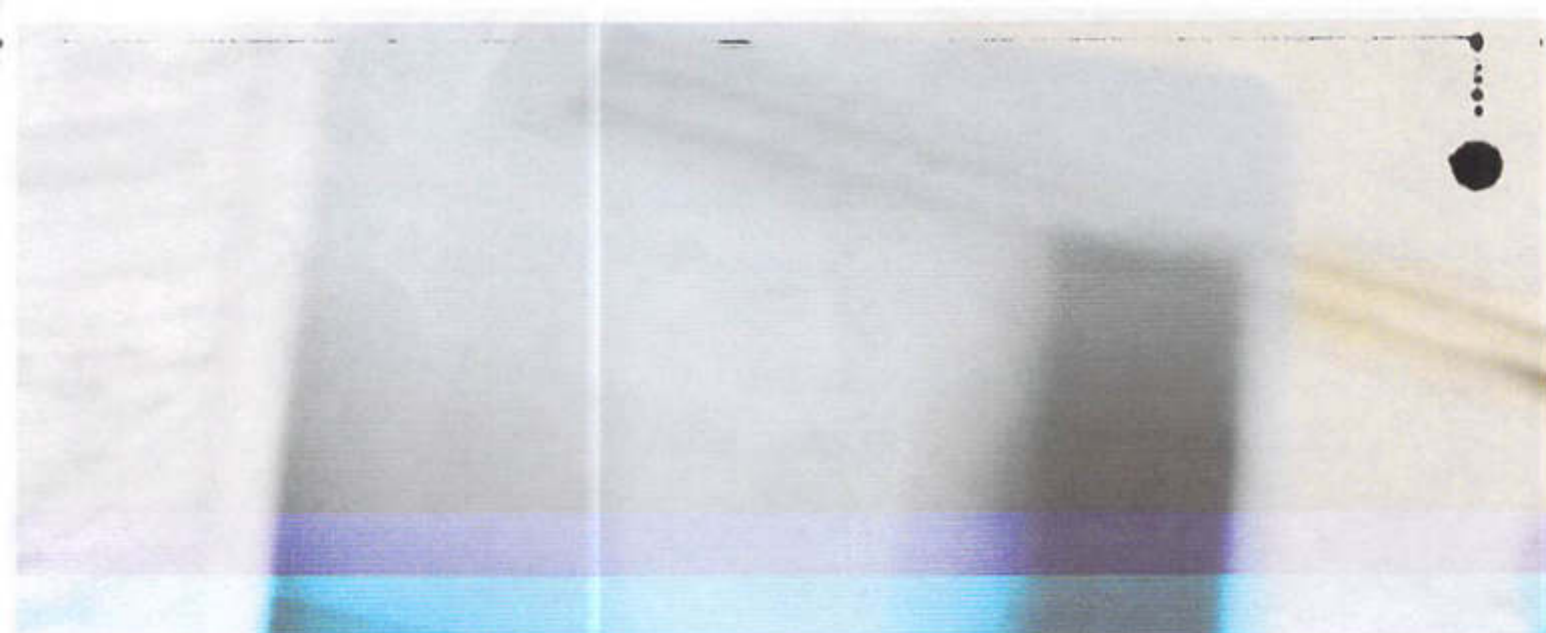
RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Admoldem Luiz do Silva</u>				Registro:	
Idade:	Sexo: <u>M</u>	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <u>Humberto Jozan</u>			1º Assistente: <u>Amorim La.</u>	
2º Assistente: <u>Edson Roberto La.</u>		3º Assistente: <u>-</u>		Instrumentador:	
Anestesista: <u>Tomélio</u>		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>1º F. 100 anos do pinto esquerdo cego devido</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>1º O mesmo</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>1º 110 Cirurgico</u>					
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					







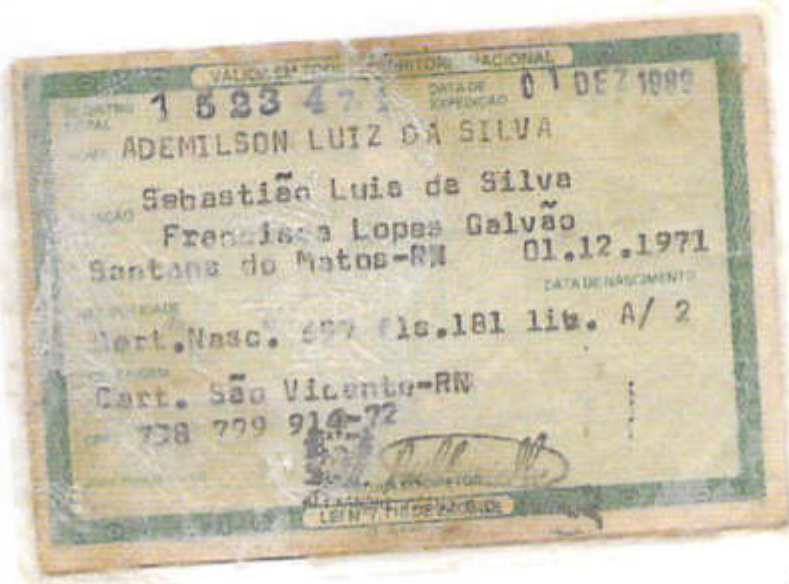












REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014200030078
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 0049881055-0 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME
JOSE RODRIGUES ALVES

CPF / CNPJ
03327378452

PLACA
OFH1784/PB

PLACA ANT. / LE NOVO PB 9C2JC4110DR770576

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA/CG 125 FAN K6

ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2013

CAP / POT / CIL
2 P/124 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS

00/00/0000

1*

PAGA I.P.V.A

PARCELAMENTO / COTAS

2*

0

3*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

P A G O

19/06/2018

OBSERVAÇÕES

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

DOCUMENTO DE PORTA OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

0

JOAO PESSOA - PB

DATA 20/06/2018

32280



Assinatura

69135





IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ADEMILSON LUIS DA SILVA
 DATA DO ACIDENTE 03/12/2018 CPF DA VÍTIMA 738.799.934-72
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA FERNANDO VALTEZ DE OLIVEIRA
 Nº 168 COMPLEMENTO CASA BAIRRO PAZ DO ZÉ
 CIDADE JOÃO PESSOA UF PB CEP 58026-040
 E-MAIL _____ TELEFONE (83) 98651-8367

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA JOÃO PESSOA 15/05/2019
 IDENTIDADE RG 1.523.471-SSAP
 ASSINATURA Ademilson Luis da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA SEGURADORA

DATA 16 MAIO 2019
 NOME _____
 ASSINATURA _____



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
JOSE RODRIGUES ALVES

Nº de inscrição

033273784-52

Data do Nascimento

11/09/79



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.10



Jose Rodrigues Alves

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

JOSE RODRIGUES ALVES
RUA FERNANDO WALTER DE OLIVEIRA, 156 - PADRE IE
JOÃO PESSOA / PB CEP: 59026-940 (AQ: 1)

Emissão: 08/11/2018 Referência: Nov/2018

Classif/Subcl: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO B2D0, kWh25 - Contratante: Jose Pessoa/PB - CEP 59011-000
Roteiro: S-1-328-2090 Nº medidor: 00008018438 CNPJ/09.095.193/0001-40 Inc. Est. 16.015.823-0

Nova Fatura/Conta de Energia Elétrica Nº 015.209.644
Cód. para Dtb. Automático: 0001322196

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Nov / 2018	09/11/2018	10/12/2018	033.273.784-52 Inc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1352319-6

Canal de contato

Informamos a não efetuação da leitura por impedimento do acesso à sua unidade, resultando no faturamento pela média. Eventual diferença será compensada no próximo faturamento. Ressaltamos a necessidade de desocupar o acesso ao local da medição. Para obter o impedimento o faturamento poderá ser suspenso por meio de e-mail de solicitação para faturar 144 174 Reg. 474 475.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
11/10/18	8911	09/11/18	8930	1	18	29

Demonstrativo

Cód	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc		Impostos (R\$)	Base Calc		Fórmula (R\$)
				Valor	ICMS (R\$)		Valor	ICMS (R\$)	
0601	Custo de Disponibilidade			18,11	0,00	0	0,00	18,11	0,17
0601	Adic. B. Vermelha			1,05	0,00	0	0,00	1,05	0,01
0601	Adic. B. Amarela			0,10	0,00	0	0,00	0,10	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0804	JUROS DE MORA 10/2018			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 10/2018			0,39	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0806	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018			0,02	0,00	0	0,00	0,00	0,00

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2156347 DATA DE EMISSÃO 17 MAR 2019

NOME JOSE RODRIGUES ALVES

FILIAÇÃO Severino Rodrigues da Silva
Maria de Lourdes Alves Rodrigues

NATURALIDADE Tacima PB 11.09.1979

Cert. Nasd. n.º 3.941, fls. 5v, Liv. 5-A-
DOC. CIVIL

Cart. Belém PB

CPF

Jose Pessoa - PB

ASSINATURA DO DETENTOR

ASSINATURA DO DETENTOR



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190326846 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADEMILSON LUIZ DA SILVA **Data do acidente:** 03/12/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PARAFUSOS)(PÁG.11) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0164137/19

Vítima: ADEMILSON LUIZ DA SILVA

CPF: 738.799.914-72

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 03/12/2018

Titular do CPF: ADEMILSON LUIZ DA SILVA

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
Outros

ADEMILSON LUIZ DA SILVA : 738.799.914-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/05/2019
Nome: ADEMILSON LUIZ DA SILVA
CPF: 738.799.914-72

ADEMILSON LUIZ DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/05/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0164137/19

Número do Sinistro: 3190326846

Vítima: ADEMILSON LUIZ DA SILVA

CPF: 738.799.914-72

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 03/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADEMILSON LUIZ DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

ADEMILSON LUIZ DA SILVA : 738.799.914-72

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: 21/05/2019
Nome: ADEMILSON LUIZ DA SILVA
CPF: 738.799.914-72

ADEMILSON LUIZ DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/05/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA