

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, 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



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, 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.

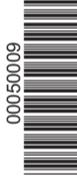
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



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, 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, retorno 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
Vítima: ADEMILSON LUIZ DA SILVA

Cidade: João Pessoa
Data do acidente: 03/12/2018

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/05/2019

Valorização 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: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 0169137/34	CPF da vítima: 738.799.954-72	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: 738.799.954-72	Número: 168	Complemento: CASA
Profissão: COMERCIANTES	Endereço: RUA FERNANDO VALER DE OLIVEIRA	Estado: PB	CEP: 58026-040	Tel. (DDD): (83) 98650-8289
Bairro: PADRE ZÉ	Cidade: JOÃO PESSOA			
E-mail:				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **8210** CONTA: **34535 8**

(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: Vivos: _____ Falecidos: _____ 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 16/10/2019 Nome: _____ CPF: _____	TESTEMUNHAS 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura _____
--	---

(* Assinatura de quem assina A ROGÓ

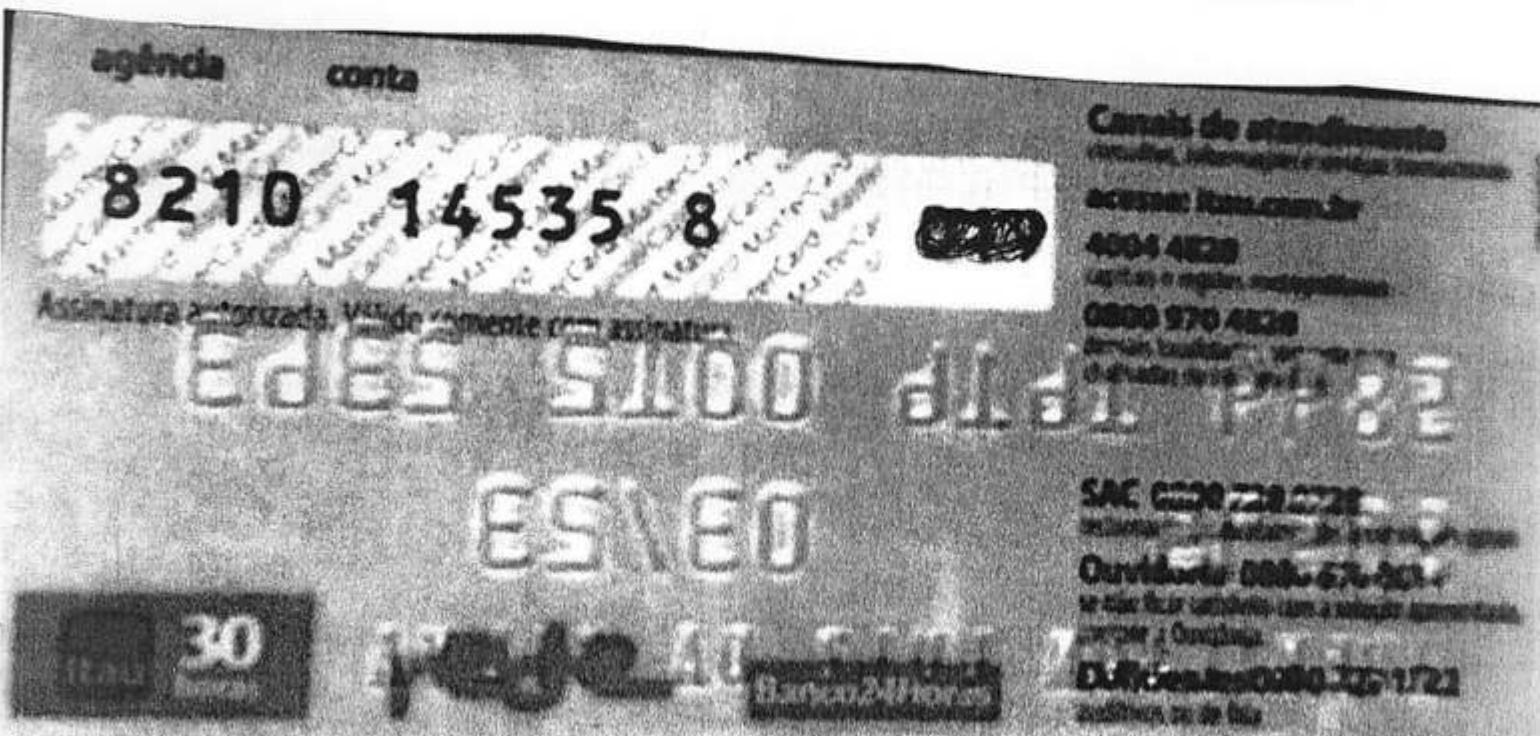
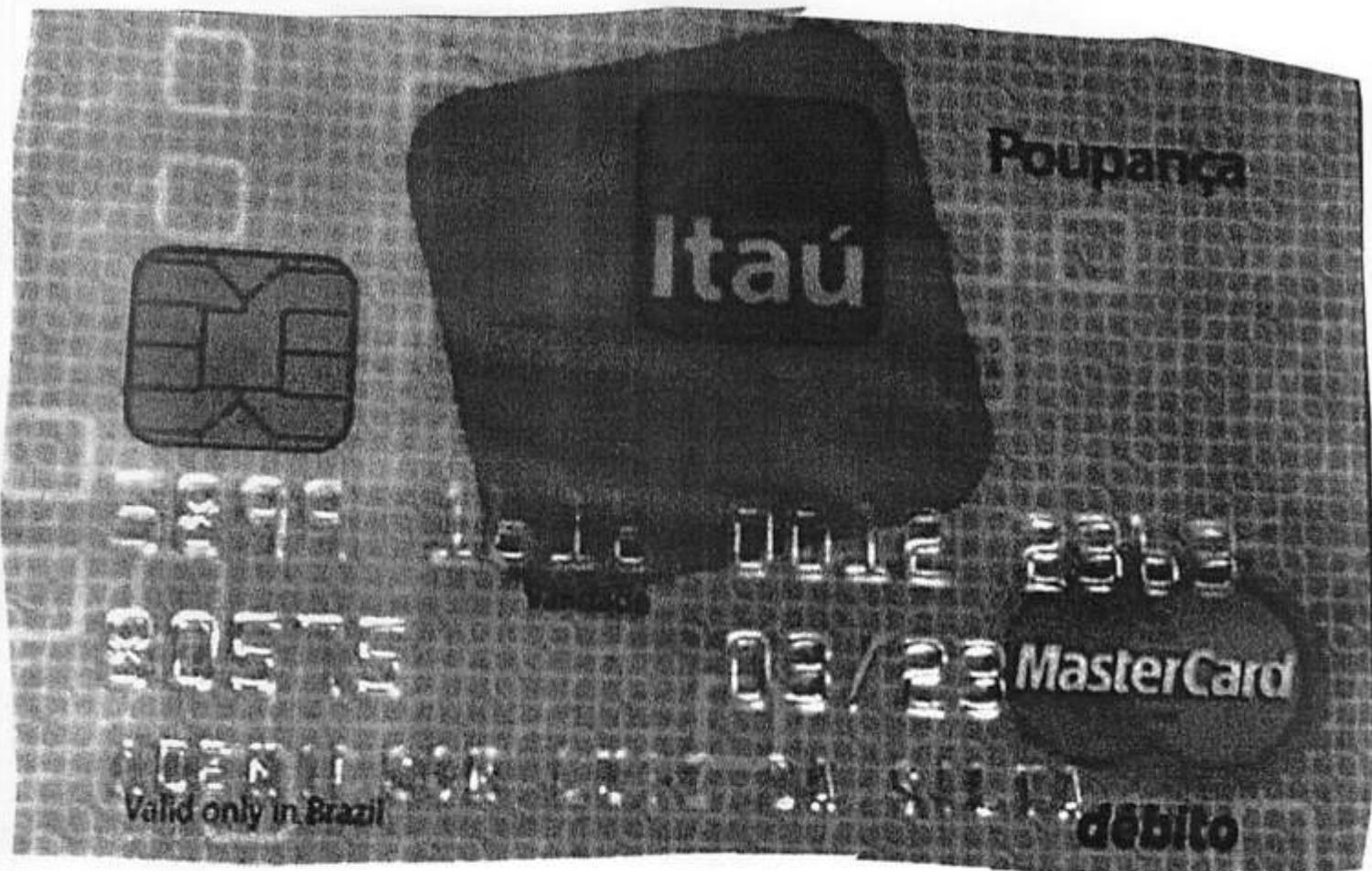
Além de Luis da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura _____	LIFE ASSESSORIA CORRETORA DE SEGUROS Assinatura _____
---	---







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: **738.799.954-72** Nome completo da vítima: **ADEMILSON LUIS DA SILVA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:	ADEMILSON LUIS DA SILVA	CPF:	738.799.954-72
Profissão:	COMERCIANTE	Endereço:	RUA FERNANDO VALTER DO OLIVEIRA 168 CASA
Bairro:	PADRE ZÉ	Cidade:	JOÃO PESSOA PB
E-mail:	(83)98650-8289		
CEP:	58026-040	Número:	168
Tel. (DDDI):	(83)98650-8289		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

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

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **8230** CONTA: **14535 8**

(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: Vivos: _____ Falecidos: _____ 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.

MORTE
Local e Data: **joão pessoa 16/10/2019**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGÓ
Ademilson Luis da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura _____

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura _____

Assinatura _____



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



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



NPI 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - João Pessoa - PB
Tel.: (83) 3218.9242; 3218.9125

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* Reg. 64510171

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

ITAU - 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. Getúlio 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 fé.

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

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 0332.7378.459-, com domicílio na cidade de
João Pessoa, no Estado de PARAÍBA,
onde resido na (Rua/Av./Est.) FERNANDO WALTER OLIVEIRA,
nº 156, complemento: PADRE BÉ, 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: MOTOCICLETA

Modelo: FAN 125 KS

Ano: 2012

Placa: OFH 1784

Chassi: 9C2JC4F10DR770576

Data do Acidente: 03/12/2018

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

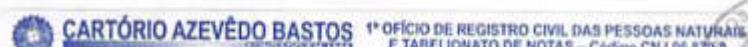
 Cartório Azvedo Bastos

Jose Rodrigues Alves

Assinatura do Declarante

Ademilson Luiz da Silva

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



Reconheço por Autenticidade a assinatura de
JOSE RODRIGUES ALVES

e qual confere com o padrão registrado nessa serventia, dou fé.
João Pessoa, trés de Janeiro de dois mil e dezenove

Em Teste de verdade.

Marcelo Timóteo de Oliveira, Escrivão - (Qtd: 1, Total: 12.7)

Selo Digital de Fiscalização: Tipo AHY38163-B0RS

Confira os dados do ato em: <https://selodigital.tjpb.jus.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 ás 07H41min, vitima 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, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 30 de abril de 2019


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137





Assessoria de Corretora de Seguros
Av. Presidente Vargas, 1000 - Centro
Cuiabá - MT - CEP 78000-000
Fone/Fax: (65) 3222-1000

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 Attd: Nao Reg
Data: 03/12/2018
Hora: 07:41:43
Recepctionista: ANA CLAUDIA XAVIER S
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: ADEMILSON LUIZ DA SILVA

Num. Prontuario: 2018.12.000233

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

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 LOPEZ GALVAO Pai:

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ADEMILSON LUIZ DA SILVA

TeleDoc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO/MOTO NA GETULIO

Vitima de violencia por: VARGAS MANHA CONDUTOR

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA:

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input checked="" type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
		<input type="checkbox"/> Vomito
Queixa Principal		Observacao

ENTRE VITIMA DE COLISAO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente trazido pelo SAMU em prancha rígida e com colar cervical, refere ter sido vítima de colisão moto-carro, há 30 minutos. Queixa-se de dor em MTD. Negador em tórax/abdome/pulso. Nega queixas crônicas. Nega perda de consciência, náuseas e vômitos.

Diagnóstico

Trauma contuso em MTD

I Conduta

- Solicitar Rx de pema
- Alta de emergência geral
- Fornecer atendimento de ortopedia

Prescrição

I Horário da medicacão

Dr. Mauro Eduardo de O. G.
Residente Cirurgia G.
CHIA-PB 1078

artas

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
1	(
1)			
1	{			
1	}			
1				
1				

! Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

A circular stamp with the text "LIFE ASSESSORIA" at the top and "CORRETORA DE SEGUROS" at the bottom. In the center, it says "16/01/2018".

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

- [] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IMI

Assistência de Pacientes (Resumo)

Assinatura e Carimbo do Médico

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]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: *Fx Fechada ossos**da Perna (D)**Conduta: ① Intervimento / Cirurgia**② Tratamento - Fisioterapia*



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

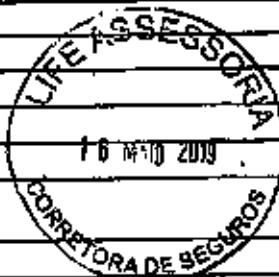
Anderson W. J.

Data da Admissão: 01/12/13

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

OPD: Dor + esterno em Pernas

HDA: Cobriria mato-cerro
Dor + esterno + dor no lado da
Perna (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 []Soluço []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-reposo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____
[]Amnésia []Líbido []Humor

2 - VIA AÉREA:
 Livre Obstruída parcialmente Obstruída totalmente Corpo estranho Edema de glote Bronco-espiração

2.1 - VENTILAÇÃO:
 Espontânea Assistida Rítmo irregular Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:
 Normal Superficial Regular Irregular

2.3 - ACHADOS:
 Crepitação Hemoptise Expectorado Enfisema subcutâneo Hálito Etílico

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 NEUROLOGICO

ECGL: 1/1

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO
 Abortamento Hemorragia vaginal Trabalho de parto Normal _____ semanas

Encontrado: Decúbito Dorsal Lateral Ventral Sentado Desambulando outro: _____
Nível de Consciência: Consciente Orientado Inconsciente Algo Desorientado Desorientado Sonolento Agitado

PROCEDIMENTOS	DEA	KED	Sonda vesical
<input type="checkbox"/> Bomba de Infusão	<input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas	<input type="checkbox"/> KED Adulto	<input type="checkbox"/> Sedação
<input type="checkbox"/> Câmla Orofaríngea	<input type="checkbox"/> Draining torácica	<input type="checkbox"/> KED Infantil	<input type="checkbox"/> Tetas / Tração
<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Defibrilação / Cardiopressão	<input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática)
<input checked="" type="checkbox"/> Controle de hemorragia	<input type="checkbox"/> Entubação Orotраqueal	<input type="checkbox"/> Orotраqueal	<input type="checkbox"/> VMI
<input type="checkbox"/> Cricotireotomia	<input type="checkbox"/> Inalação de Ozônio (O ₃)	<input type="checkbox"/> Punção venosa	<input type="checkbox"/> VMNI
<input type="checkbox"/> Curativa	<input type="checkbox"/> Imobilização de membros	<input type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Outros: _____

Descrição do(s) procedimento(s): SSVH + LVH + IMBILIZAÇÃO PADRÃO + REMOCIONAMENTO

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

02 MASCARAS + 04 PARIS P/ LARINGE + 04 GLOVES
18 + 01 COLAR + 01 SR L SODD + 06 ATADORES.

PERFECES DA VÍTIMA

Não

Sim

Objetos:



Entregues a / Local:

Assinatura com Carimbo do recebedor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: LIDWYLL SO **MATRÍCULA:** _____

TEC. ENFERMAGEM: _____ **COREN:** _____

ENFERMEIRO(A): FERNANDA ALVES **COREN:** 1993710

MÉDICO(A): _____ **CRM:** _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - Recusa Remoção Recusa Alimentação

NOME: _____ RG / CPF: _____

ASSINATURA (RÚBRICA): _____ Observação: _____

TESTEMUNHA: _____ TESTEMUNHA: _____



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



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data 03/12/2018	ID da Ocorrência 2275502	IS/USB □ USA □ MT	Nº Equipe 09	Plantão: □ Dia □ Noite	Hora de Saída da Base 06:45 Hs	Hora de Chegada no Local 06:56 Hs
Paciente / Usuário <i>Audemirson Luiz da Silveira</i>				Idade 47	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fam	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 <i>Centro</i>		Médico Regulador <i>Felipe</i>		
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: Apóio no Local: <input type="checkbox"/> IS/USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Tarcelos <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <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) <i>Treminho</i>		Responsável e Função (Assinatura e Carimbo) <i>Patrícia</i>				

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

TÉCNICO PSQUIÁTRICO GINECO-OBSTÉTRICO

Motivo:

TRANSFERÊNCIA

Hospital de Origem:

► CAUSAS EXTERNAS

Responsável:

- 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:
- Solarramento / Desabamento
- Choque Elétrico
- Outro:

Hospital de Destino:

Responsável:

ANTECEDENTES

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> AIDS | <input type="checkbox"/> Doença Mental |
| <input type="checkbox"/> Alcoolismo | <input type="checkbox"/> Doença Renal |
| <input type="checkbox"/> AVC | <input type="checkbox"/> Drogas |
| <input type="checkbox"/> Convulsões | <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores |
| <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca | <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios |
| <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa | <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo |

Qual?

1. DADOS VITAIS

P.A.: _____

FC: *114*

FR: *20*

HGT: _____

SpO2 - SPO2: *96*

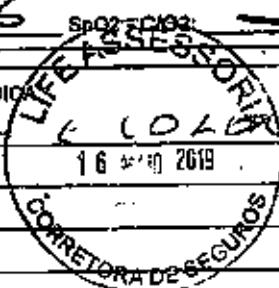
SpO2 - SPO2: *96*

EEG: *Normal*

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

*OBSS: LUPUSO RENAL CAPACIT E COLORADO
CAITA DE PARCIALA*

16/12/2019



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: *Mobilidade prejudicada M.I.D.
mobilização PADRÃO + REVISAO.*

Intervenções: _____

Evolução do Enfermeiro:

*22-011920, LUPUSO CO DE URG.
LACERDA E NEGRALES BATIDA CAVIADA SEM FRATURA
PERFURA DE POSSIVEL TIBIA E FIBULA, SEM DURA
ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA GUICHA
SSOU + MURO + IMOBILIZACAO PADRÃO, IREVISAO
D.J. NATAL*

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Paciente com D.O.H. naan anestesia.
2. Aspiração + antiseptico.
3. Aparação da esponja estéril.

Incisão:

4. longitutinal mediano

Achados:

5. Ex. fechado nárguilas do Testis Direito

Conduta:

6. Reduzido anastomose fechado
7. fallocação de placas 16 pias, borg (Cx 4,5m)
8. fotorreto de 06 parafuso colícos
9. tentar por seção
10. fechamento da pele + plomo
11. curativo interal
12. Rx de controle
13. Inabilitação Talo Rata.



Fechamento:

OBS: Até emergente sem intoxicação

Data: 17/12/2019

Dr. Felipe Bezerra
Médico Especialista em Traumatologia
CRM-PB 1126

MÉDICO/CRM



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Admilton Louiz do Silveira</u>				Registro:	
Idade:	Sexo: <u>m</u>	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <u>W. Henrique Júnior</u>	1º Assistente: <u>Órgão da</u>			
2º Assistente: <u>Eduardo Rego</u>	3º Assistente: <u>-</u>	Instrumentador:			
Anestesista: <u>José M. R.</u>	Tipo Anestesia:	Horário: I: <u>-</u>		T: <u>-</u>	

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

1º Fazendo anamnese com paciente devido

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

1º O mesmo

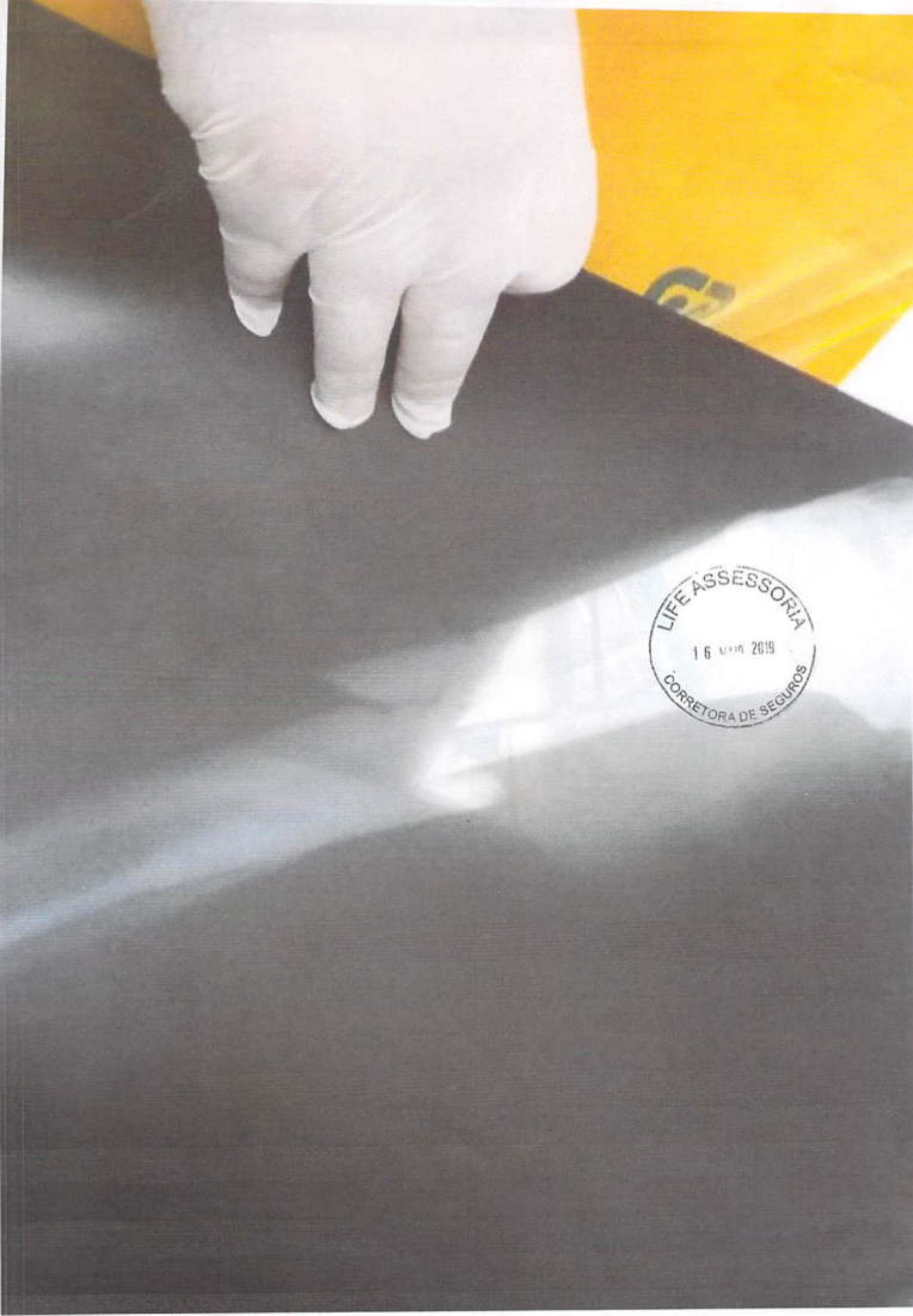


PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

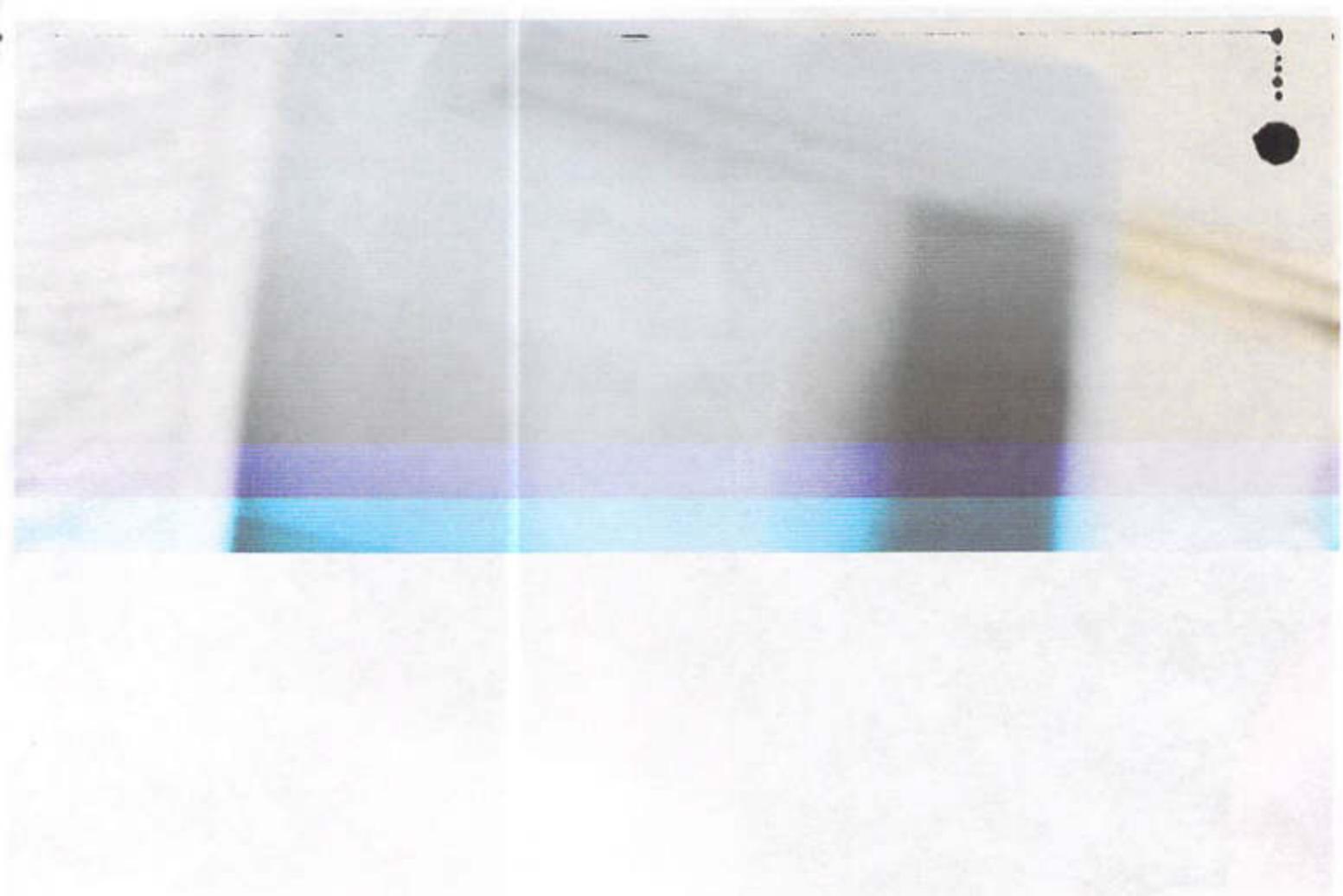
CÓDIGO

1º TMO Sangue

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

DETAN - PB		Nº 014200030078	
CERTIFICADO DE REGISTRO E DE PAGAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	0049881055-0	00/00000000	2018
JOSE RODRIGUES ALVES			
CPF / CNPJ	PLACA		
03327378452	OFH1784/PB		
PLACA ANT./IE	CHARSI		
NOVO	PB	9C2JC4110DR770576	
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		GASOLINA	
HONDA/CG 125 FAN KS		ANO/FAB	ANO/EMB
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	
2 P/124 /CI		PARTIC	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
I		00/00/0000	1 ^a
P			
V	FAIXA PVA	PARCELAMENTO / COTAS	2 ^a
A	*****	0	3 ^a
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)
*****		*****	SEGURADO PAGO 19/06/2018
OBSERVAÇÕES			
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA			
PROVAVIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
JOAO PESSOA-PB/CAL		DATA	
32280		20/06/2018	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 VALTER DE OLIVEIRA
Nº 168 COMPLEMENTO CASA BAIRRO PADRE ZG
 CIDADE JOÃO PESSOA UF PB CEP 58026-040
 E-MAIL _____ TELEFONE (83) 98651-8167

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, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS 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 10/05/2019
 IDENTIDADE RG 1.523.471-ssppg
 ASSINATURA Aleminha L. T. G.

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA 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

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.10



Jose Rodrigues Alves

ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDAD

JOSE RODRIGUES ALVES
PRA FERNANDO WALTER DE OLIVEIRA, 159 - PADRE JE
JOÃO PEIXOTO / PB CEP: 58026-940 (AG-1)

energisa

Emissa: 08/11/2018 Referência: Nov/2018 ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Endereço: RESIDENCIAL MONOFÁSICO Bk20, Km:25 - Distrito Residencial-José Pessoa/PB - CEP: 58271-020
Número: 5-1-328-2090 N° medidor: 00000019439 CNPJ:09.095.110/0001-40 Inf. Est: H 015.023-0

Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica N°015.202.644
Céd. para DBs Automáticas: 00013523198

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

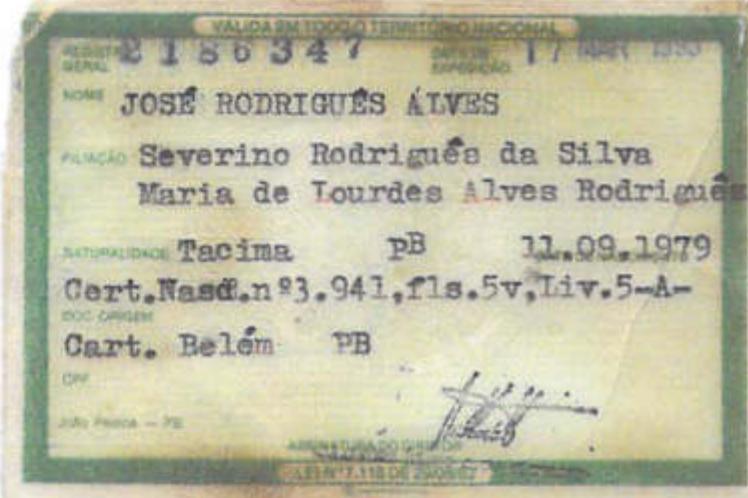
Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2018	09/11/2018	10/12/2018	033.273.784-52 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1352319-6

Canal de contato

Informamos que não é efetuada a leitura por imobilismo do acesso à sua unidade, resultando no faturamento pela média. Eventual diferença será compensada no próximo faturamento. Reafirmamos a necessidade de desengedrar o acesso ao local da medição. Ferramenta de imobilismo a fornecerá a concessionária para seu uso em todos os mês. Caso de suspeita de roubo faturar (031) 3151-4774/4775.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias		
Data	Lectura	Data	Lectura			
11/10/18	8911	09/11/18	8900	1 18 22		
Demonstrativo						
CC	Descrição	Quantidade	Tarifas	Valor Base Col. Ato. Ioma(RB) Base Col. Pto(RB) Colha(RB)		
			Tributos Total(RB) Xtar(RB) ICMS	Pto(Colha(RB)) (0,340%) Xtar(0,2%)		
9801	Custo de Disponibilidade		19,11 0,00 0 0,00	19,11 0,17 0,79		
9801	Adic. B Vermelha		1,05 0,00 0 0,00	1,05 0,01 0,24		
9801	Adic. B Amarela		0,10 0,00 0 0,00	0,10 0,00 0,02		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0804	JUROS DE MORA 10/2018		0,02 0,00 0 0,00	0,02 0,00 0,00		
0805	MULTA 10/2018		0,39 0,00 0 0,00	0,39 0,00 0,00		
0806	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018		0,02 0,00 0 0,00	0,02 0,00 0,00		



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

Valorização 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/12/2018

Titular do CPF: ADEMILSON LUIZ DA SILVA

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ADEMILSON LUIZ DA SILVA

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/12/2018

Titular do CPF: ADEMILSON LUIZ DA SILVA

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ADEMILSON LUIZ DA SILVA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA