

Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: MAURICIO MEIRELES DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180417706

Vitima: MAURICIO MEIRELES DE SOUZA

Data do Acidente: 30/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180417706**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13360924



Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **MAURICIO MEIRELES DE SOUZA**  
Nº Sinistro: **3180417706**  
Vitima: **MAURICIO MEIRELES DE SOUZA**  
Data do Acidente: **30/09/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180417706**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

122.200.664-28

Mauro Meireles de Souza

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Mauro Meireles de Souza	CPF titular da conta 122.200.664-28	Profissão Recuso
Endereço R. S. José Nascimento	Número 57	Complemento
Bairro Roger	Estado PB	CEP 58020-395
Cidade João Pessoa	Telefone (DDD) (83) 98663-4900	
Email		

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)  
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

**AGÊNCIA** NRO.  D.V.  **CONTA** NRO.  D.V.   
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

**BANCO** Nome  NRO.   
 Brasil 001  
**AGÊNCIA** NRO.  D.V.  **CONTA** NRO.  D.V.   
 3277 8 40659 7  
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa 10 de Setembro de 2018  
 Local e Data

MAURICIO MEIRELES DE SOUZA  
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

COMPREV  
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
 Campo 2 - Assinatura do Representante Legal  
 10 SET. 2018  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01649.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01649.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:37 horas do dia 29 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, comparecem **Maurício Meireles de Souza**, CPF nº 122.200.664-28, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, filho(a) de Geovana Nascimento de Souza e Antonio Cipriano Meireles, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 17/09/1996 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Severino José Nascimento, Nº 57, bairro Roger, tendo como ponto de referência Lixão do Roger, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99657-5937.

**Dados do(s) Fatos:**


Local: Gildo Nóbrega, Próximo Ao Mercadinho, São Miguel de Taipu/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 30/09/17 15:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, segundo o notificante, trafegava com o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/XRE 300, ano e modelo: 2017, de cor: preta e de placa: QFT 3005/PB, Chassi nº 9C2N1110HR005506, registrado em nome do notificante; QUE segundo o mesmo seguia normalmente em sua mão, quando a moto derrapou em uma elevação no asfalto, fazendo com que o notificante viesse a perder o controle da moto e caído ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0990/2018, EXPEDIDO PELA DRª SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 23.07.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pela ambulância; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, exceção a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 29 de agosto de 2018.

  
JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigação

MAURICIO MEIRELES DE SOUZA  
MAURICIO MEIRELES DE SOUZA  
Noticiante



Procedimento Policial: 01649.01.2018.1.00.420

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima Maurício Meireles de Souza CPF da Vítima 122.200.664-28 Data do Acidente 30/09/2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

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

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 51º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

COPIA REV. PREVIDENCIA Sim  
18 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa 10 de Setembro de 2018  
Local e Data

X MAURICIO MEIRELES DE SOUZA  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58036-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 65304 Atd: Nao Regul  
Data: 30/09/2017  
Hora: 15:49:23  
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MAURICIO MEIRELES DESOUSA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.09.004416

CNS: 163942820740002 Sexo: M IDENTIDADE: 3511104 Fone: 988220089

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 17/09/1996 Id: 21 ano(s)

End.: RUA SEVERINO JOSE NASCIMENTO, 57

Bairro: ROGER Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: GEOVANA NASCIMENTO DE SOUZA

Pat: ANTONIO CIPRIANO MEIRELES

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ACABADOR SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: IRMAO MARCELIO MEIRELES

Tel/Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: VEIO DE AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO SAO MIGUEL DE TAIPU PROX

Vitima de violencia por: DA CIDADE DE PILAR HJ AS 14/0 CONDUTOR

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

PC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemia: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Queixa Principal

QD DE MOTO, COM ESCORIAÇÕES EM MSD, TRAUMA  
C CORTE CONTUSO EM PE DIREITO, NEGA TRAUMA NA  
CABECA E TORAX

Historia - Exame Físico (hora do atendimento medico)

*trauma no pé direito devido ao qual ele  
incluiu*

Diagnostico

Condutor

*Alcides de I. Aguiar*  
*Dr. Thales Couceiro*  
*Ortopedia e Traumatologia*  
*CRM 11.151.7592*

Prescrição

Horario da medicacao

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
10 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtd	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
-----	--------------	------	---------	----------

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
10 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberaçao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

*Marcelo Mendes de Souza*

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAURICIO MEIRELES DE SOUZA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03277-8

CONTA: 000010040659-9

---

Nr. da Autenticação 21A89D2CC1600C0C

Itaucard



RECIBO PE PLB  
ANTONIO CIPRIANO MEIRELES  
R S JOSE SN  
ASCIMENTO 57 - ROGER  
58020-395 JOAO PESSOA - PB

FC-15



Postagem: 15/04/2018  
Vencimento: 25/08/2018  
Emissão: 14/08/2018  
Fechamento próxima fatura: 20/09/2018

Titular: **ANTONIO CIPRIANO MEIRELES**  
Cartão: **5274.XXXX.XXXX.3205**

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude agora para a Fatura Digital. Acesse: [itau.com.br/cartoes/cadastro-fatura-digital](http://itau.com.br/cartoes/cadastro-fatura-digital)

vencimento

**25/08/2018**

A) pagamento total

R\$

**958,25**

ou

B) pagamento para  
relativo (a partir de)

R\$

**178,51**

ou

C) parcelas fixas

R\$

**80,54**  
+23x 80,54

ou

D) pagamento mínimo para R\$  
financiamento**Não Disponível**

Consulte outra opção

Nova opção de pagamento

D) Pagamento mínimo para  
financiamento: quando disponível,  
o valor pago será considerado como  
entrada de um financiamento, e  
o saldo restante será dividido em  
parcelas fixas com juros iguais ao  
do parcelamento (Parcelas Fixas)  
da fatura. Se você efetuar um  
pagamento inferior ao pagamento  
mínimo para financiamento, você  
estará em atraso, incorrendo em  
juros, multa e mora.

**Limites de crédito R\$**

Limite total de crédito	10.000,00
Limite utilizado no mês	2.587,95
Resto da de recursos Pós (saque)	520,00

**Pagamentos efetuados**

DATA	VALOR EM R\$
26/07 PAGAMENTO EFETUADO 8068	- 800,00
31/07 PAGAMENTO EFETUADO 8068	- 460,00
<b>Total dos pagamentos</b>	<b>- 1.260,00</b>

**Lançamentos: compras e saques****ANTONIO C MEIRELES (final 3205)**

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
27/04	KC MOTOS	37,50
14/07	VERBULOS JOAO PESSOA	-
14/07	SUPERMERCADO DESTAKAO	288,93
14/07	ALIMENTACAO JOAO PESSOA	-
14/07	FRIGORIFICO VALEU BOI	76,20
14/07	ALIMENTACAO JOAO PESSOA	-
14/07	DEFRIGOS	30,39
14/07	ALIMENTACAO JOAO PESSOA	-

(continua)

**Compra presencial**

com o uso do cartão e senha.



**Banco Itaú S.A. 341-7 34191.75389 24259.132520 50040.380003 1 000**

Número do Documento

0003824259140010788

Nome do Pagador (CPF/CNPJ)

ANTONIO CIPRIANO MEIRELES - 798 979-834-40

Nome do Beneficiário (CPF/CNPJ)

BANCO ITAUCARD S.A. - 17.192.451/0001-20

Endereço do Beneficiário

ALAMEDA PEDRO CALIL, 43, CENTRO - POA - SP

Número do Documento

Valor do Documento

Vencimento

**recibo do pagador**

12/08/2018

R\$ 958,25


25/08/2018

Assinatura do pagador

COMPREV PREVIDENCIA S/A

10 SET. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

[illegible]

AutoPlus - Come in! Inquire about our new car!  
Call our 24h. Automotive Support Center

Ma / 2018

22/05/2018

21/06/2018

1094222445

UC (Unidade Consumidora)

5/1692358-7

Exercício aplicado: Elencar 10 itens que sejam semelhantes ou iguais  
você tem acesso à internet via rede aberta, permitindo de qualquer  
e informações sobre data de entrega e entrega, status, serviços  
"tudo bem, preciso sair de casa. Exatamente o que preciso fazer  
facilmente.

Data	Letura	Data	Letura					
20/04/19	1807	20/05/19	2049			2021		31
001 - Descrição								
0001 Consumo água kWh								
0001 Adc. B. Amarela								
0001 CONTR. SERV. LIMP. PÚBLICA								

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

10 SET. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>3</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98

Pelo exposto, eu Felipe Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maurício Meireles de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 122.200.664 / 28, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Maurício Meireles de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 122.200.664 / 28, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Agente F. José Costa Duarte</u>		Número	<u>157</u>	Complemento	<u>Sala 06</u>
Bairro	<u>Mangabeira</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP
Email				Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
					<u>(83) 98663-4900</u>	

João Pessoa 10 de Setembro de 2018  
Local e Data

Assinatura do Declarante



## CERTIDÃO

Nº. 0990/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº65304, e Prontuário de Nº 2017.09.4416 pertencentes a **MAURICIO MEIRELES DE SOUZA** que foi atendido dia 30/09/2017 às 15h49min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tornozelo direito( bimalleolar). Realizado procedimento cirúrgico dia 13/10/2017 com alta médica 14/10/2017.

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

João Pessoa, 23 de julho de 2018

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 2959



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

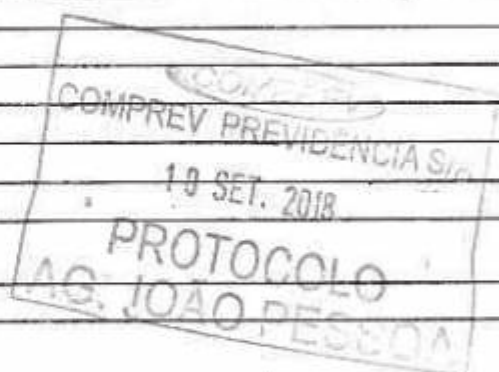
Data da Admissão: 30/09/17

Nome: AMURILIO MEDELES DE SOUZA  
 Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: 21 ANOS Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento 17/09/1996

QPD: DOIT EM MEMBRO INFERIOR (TOMMOZELO) DA 04 HORAS.

HDA: PCTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, APRESENTA  
DOIT, EDEMA, DEFORMIDADE, AO RX, NAS INCIDÊNCIAS AP+ PERFIL, DE  
TOMMOZELO DIREITO, EVIDENCIA FRATURA BIALEOLAR.

Medicações em uso: NENHUMA (SIC)



### 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:** [X] Dor TOMMOZELO (D) [ ] Rigidez pós-reposou [ ] Deformidades  
 [ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos

**SN e PSO:** [ ] Insônia [ ] Sonolência [ ] Convulsões [ ] Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
 [ ] Amnésia [ ] Libido [ ] Humor \_\_\_\_\_



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**Doenças Anteriores: NENHUMA (SIC)Alergias: NENHUMACirurgias: NENHUMA

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

[ ] 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: RX DE TORNADOZEL(D) AP + P, COM EVIDÊNCIA DE FRATURA BIMALEOLAR.Hipóteses Diagnósticas: FRATURA BIMALEOLAR DE TORNADOZEL(D)Conduta: INTERVENÇÃO PARA TTD CIRÚRGICO

Dr. Thales Couceiro  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 11.720 TEOT 7592

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- ① Paciente em DD4 sob efeito anestésico.
- ② Anestesia, antiseptia + colocação de campos
- ③ Incisão lateral
- ④ Dessecção por planos + visualização fovea

### Incisão:

- ⑤ Fixação com placa longo de crânio (?) fovea).

### Achados:

- ⑥ Não há placa para fixação da fratura da fratura fibula. (Osteos per osi fovea)
- ⑦ Incisão em J invertido
- ⑧ Dessecção por planos
- ⑨ Expor com 2 parafusos rosca parcial
- ⑩ Músculo posterior reduzido, com + 25% de

### Condução:

- ⑪ Limpar
- ⑫ Redução por planos
- ⑬ Curativo estéril + tala longa
- ⑭ A RPA

Dr. Alexandre Y. Nishimi  
 Ortopedista e Traumatologista  
 Cirurgião do Ombro e Cotovelo  
 CRM-PB 10730 / TEOT 13667

### Fechamento:

13.10.11

### OBS:

COMPROVAÇÃO  
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
 10 SET. 2018  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MÉDICO/CRM



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

Paciente: Marcelo de Souza

Idade: 20 Anos

Data: 17.10.17

Local: 150

Exame: TNF (D)

Exame: TNF (D)

Exame: TNF (D)

Exame: TNF (D)

Exame: TNF (D)

Exame: TNF (D)

Exame: TNF (D)

Exame: TNF (D)

Exame: TNF (D)

Exame: TNF (D)

Exame: TNF (D)

Exame: TNF (D)

Exame: TNF (D)

Exame: TNF (D)

Exame: TNF (D)

Exame: TNF (D)

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

Exame: TNF (D)

Exame: TNF (D)

Exame: TNF (D)

Exame: TNF (D)

Exame: TNF (D)

Exame: TNF (D)

Exame: TNF (D)

Exame: TNF (D)

Exame: TNF (D)

Exame: TNF (D)

Exame: TNF (D)

Exame: TNF (D)

Exame: TNF (D)

Exame: TNF (D)

Exame: TNF (D)

Exame: TNF (D)

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58036-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 65304 Atd: Nao Regul  
Data: 30/09/2017  
Hora: 15:49:23  
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MAURICIO MEIRELES DESOUSA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.09.004416

CNS: 163942820740002 Sexo: M IDENTIDADE: 3511104 Fone: 988220089

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 17/09/1996 Id: 21 ano(s)

End.: RUA SEVERINO JOSE NASCIMENTO, 57

Bairro: ROGER Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: GEOVANA NASCIMENTO DE SOUZA

Pai: ANTONIO CIPRIANO MEIRELES

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ACABADOR SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: IRMAO MARCELIO MEIRELES

Tel/Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD

Precedencia: RUA

Transporte utilizado: VEIO DE AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO SAO MIGUEL DE TAIPU PROX

Vitima de violência por: DA CIDADE DE PILAR HJ AS 14/0 CONDUTOR

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemia: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Queixa Principal

QUEDA DE MOTO, COM ESCORIOES EM MSD, TRAUMA  
C/ CORTE CONTUSO EM PE DIREITO, NEGA TRAUMA NA  
CABECA E TORAX

Historia - Exame Fisico (hora do atendimento medico)

*Trauma no pto. lateral direito por queda de moto*

Diagnostico

Condutor

Prescricao

Horario da medicacao



*Trauma no pto. lateral direito por queda de moto*  
*Dr. Thales Couceiro*  
*Ortopedia e Traumatologia*  
*CRM 11.150.759-2*



## CERTIDÃO

Nº. 0990/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº65304, e Prontuário de Nº 2017.09.4416 pertencentes a **MAURICIO MEIRELES DE SOUZA** que foi atendido dia 30/09/2017 às 15h49min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tornozelo direito( bimalleolar). Realizado procedimento cirúrgico dia 13/10/2017 com alta médica 14/10/2017.

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

João Pessoa, 23 de julho de 2018



Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 2959



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

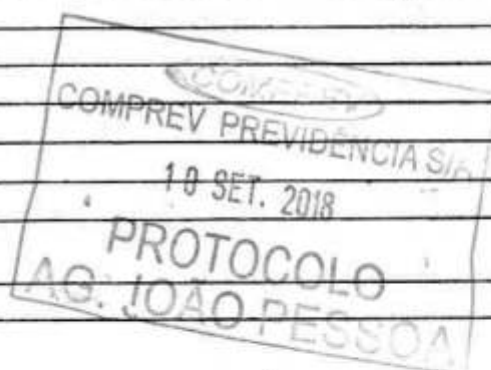
Data da Admissão: 30/09/17

Nome: MAURÍCIO MEDELES DE SOUZA  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: 21 ANOS Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento 17/09/1996

QPD: DOT EM MEMBRO INFERIOR (TOMMOZELO) HÁ 04 HORAS

HDA: PCTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, APRESENTA  
DOT, EDEMA, DEFORMIDADE AO RX, NAS INCIDÊNCIAS AP+PEFIL, DE  
TOMMOZELO DIREITO, EVIDENCIA FRATURA BIALEOULAR.

Medicações em uso: NENHUMA (SIC)



### 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  
[ ] Dispnéia [ ] 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:** [X] Dor TOMMOZELO (D) [ ] Rigidez pós-reposu [ ] Deformidades  
[ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos

**SN e PSQ:** [ ] Insônia [ ] Sonolência [ ] Convulsões [ ] Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
[ ] Amnésia [ ] Libido [ ] Humor



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**Doenças Anteriores: NENHUMA (SIC)Alergias: NEGACirurgias: NEGA

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

[ ] 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: RX DE TORNADOZEL(D) AP + P, COM EVIDÊNCIA DE FRATURA BIMALEDAR.Hipóteses Diagnósticas: FRATURA BIMALEDAR DE TORNADOZEL(D)Conduta: INTERNAÇÃO PARA TTD CIRÚRGICO

Dr. Inales Couceiro

Ortopedia / Traumatologia

CRM 11.720 TEOT 7592

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- ① Paciente em DD4 sob efeito anestésico.
- ② Antépio, antiseptia + colocação de campos
- ③ Incisão lateral
- ④ Direção por plano + visualização fuso

### Incisão:

- ⑤ Fixação com placa longo de cano (?) fuso).

- ⑥ Não há placa menor para fixação da fratura distal da tíbia. (Optado por não fazer)

### Achados:

- ⑦ Incisão em J invertido
- ⑧ Direção por plano.
- ⑨ Expor com 2 parafusos rosca parcial
- ⑩ Músculo posterior reduzido, com + 25% de

### Conduta:

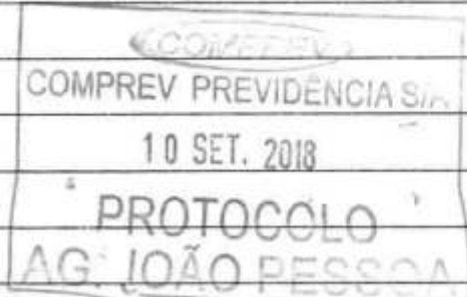
- ⑪ Limpar
- ⑫ Redução por plano.
- ⑬ Curativo estéril + tala longa
- ⑭ A RPA

Dr. Alexandre Y. Nishimi  
 Ortopedia e Traumatologia  
 Cirurgia do Cinturo e Colarado  
 CRM-PB 10730 / TEOT 13867

### Fechamento:

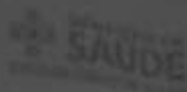
13.10.14

### OBS:



Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MÉDICO/CRM



# LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

Nome do paciente: Indira de Melo Silva

Nº

OP. TAP. 000000

30

431

20.09.19

14.10.19

15d

Exame TNZ (D)

1 < TNZ (D)

extensão - hda - Alentejo + Fila

☐ SIM

☒ NÃO

☐ SIM

☒ NÃO

☒ MELHORADO

☐ REMOVENDO

☐ A PEDIDO

☐ CURADO

☐ ÓBITO

Paciente em pós TNZ D

substituído a TNZ em

em Alentejo + Fila

## ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: líquida

REPOUSO: 30 dias

Atividade física: 45 dias

Atividade sexual: 45 dias

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: 10 dias

MEDICAÇÕES PARA CASA: aplicar

RETORNO: Ao posto de saúde em

Ao Ambulatório de PO Alentejo

para retirada de pontos

em 30 dias para retorno

14.10.19

Dr. Lucas Bessa Neto

MÉDICO

CRM: 100.000

ASS. EM REG. CEM

Este documento constitui-se a comprovação de atendimento médico hospitalar para fins de comprovação de atendimento médico hospitalar

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02  
P-917



**MAURICIO MEIRELES DE SOUZA**

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.511.104 - 2 VIA EXPEDIÇÃO DATA DE 27/09/2016

NOME MAURICIO MEIRELES DE SOUZA

FILIAÇÃO ANTONIO CIPRIANO MEIRELES  
GEOVANA NASCIMENTO DE SOUZA

NACIONALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 17/09/1996

DOC. ORIGEM  
NASC. N. 70712 FLS. 166 LIV. A-73  
CARTÓRIO 2º DE JOÃO PESSOA

CPC 122.200.664-28

*Assinatura*  
Marcos A. B. Lacet Jr.  
Chefe do Núcleo de Identificação


17/09/2016

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

10 SET. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
CÓDIGO EM TUBO DE IDENTIFICAÇÃO NACIONAL <b>1009001575</b>	NOME <b>JOSE EDUARDO DA SILVA</b>	DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº <b>1054342</b>
		CPF <b>455.536.024-91</b>
		DATA NASCIMENTO <b>02/04/1967</b>
		ENDERECO <b>JOSEFA GERVASIO DA SILVA</b>
	SEXO <b>M</b>	RACIA <b>BR</b>
Nº DE REGISTRO <b>00724353592</b>	VALIDADE <b>10/11/2014</b>	DATA EMISSÃO <b>06/04/1989</b>
CÓDIGO EM TUBO DE IDENTIFICAÇÃO NACIONAL <b>1009001575</b>	ASSINATURA DO TITULAR 	
	NOME <b>JOÃO PESSOA. PB</b>	
	DATA EMISSÃO <b>11/11/2014</b>	
	ASSINATURA DO TITULAR <b>Roberto Carneiro</b>	
	ASSINATURA DO TITULAR <b>60378908469</b> <b>78029345609</b>	
<b>DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO</b>		

COMPREV  
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
 10 SET. 2013  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A

10 SET. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013176495527

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA COD. RENAVAM DDT 20170000176911-6 EXERCÍCIO

1 0111869639-2 00/00000000 2017

MAURÍCIO MEIRELES DE SOUZA

12220066428 QFT3005/PB

NOVO PB 9C2ND1110HR005506

DE/MOTOCICLETA/NO ATAC ALCOHOL GASOL

HONDA/XRE 300 2017 2017

2 P/291 /CI PARTIC PRETA

IPVA PAGO EM 00/00/0000

PRESTAÇÃO DE PAGAMENTO/GOTAS 0

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000

SEGURO PAGO 24/05/2017

A.F. ADM DE CONC NACIÓN HONDA LTDA

0

25/05/2017

7003781

PB Nº 013176495527 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 25/05/2017

1 12220066428 QFT3005/PB

01118696392 HONDA/XRE 300

2017 9C2ND1110HR005506

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) \*\*\*\*\*

DESATRA (R\$) \*\*\*\*\*

CUSTO DO SEGURO (R\$) \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\*

SEGURO PAGO

DATA DE CANCELAMENTO 24/05/2017

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.008/0001-04

7003781-1503049-20170525

DEZ-2016

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180417706 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MAURICIO MEIRELES DE SOUZA **Data do acidente:** 30/09/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PARAFUSOS E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

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

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

**CRM:** 5252099-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

Karla Souza

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180417706 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MAURICIO MEIRELES DE SOUZA **Data do acidente:** 30/09/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PARAFUSOS E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

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

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE:

Maurício Meireles de Souza,  
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão  
auxiliar de acabamento, CI RG nº 3.511.104,  
CPF/MF nº 122.200.664-28 residente e domiciliado(a) à Rua  
R. Serequino José Vasconcelos, 57, Lagoa,  
Cidade de João Pessoa, Estado  
Paraíba, CEP: 58020-395, telefone  
99342-1170, 98603-4900.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Rua: Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Sala 06 Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
10 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa - PB, 29 de agosto de 20 18.

M. MAURICIO MEIRELES DE SOUZA

OUTORGANTE

CARTÓRIO  
VIEIRA BATISTA

SERVIÇO NOTARIAL - VIEIRA BATISTA - 2º OFÍCIO DISTRITAL

Bel. Rômulo Vieira Batista - Tabelião - Bel. Rosângela Vieira Batista - Secretária  
Rua São Francisco de Assis, 111 - Mangabeira - 58020-311 - João Pessoa - Paraíba - CEP: 58020-311

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:.....

MAURICIO MEIRELES DE SOUZA.....

Em test. da verdade. João Pessoa - PB 29/08/2018 10:31:32

Márcio Alexandre da Silva Nobre - ESCRITANTE AUT.

[2018-041084]EML:R\$ 49,40 CARPENT:R\$ 0,29 DEP:R\$ 1,90

SELO DIGITAL: AML16474-3BA1

Confira a autenticidade em <https://selo.digital.tjpb.br>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0328959/18

**Número do Sinistro:** 3180417706

**Vítima:** MAURICIO MEIRELES DE SOUZA

**CPF:** 122.200.664-28

**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

**Data do acidente:** 30/09/2017

**Titular do CPF:** MAURICIO MEIRELES DE SOUZA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## 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](http://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: 24/09/2018  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2018  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0328959/18

**Vítima:** MAURICIO MEIRELES DE SOUZA

**CPF:** 122.200.664-28

**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

**Data do acidente:** 30/09/2017

**Titular do CPF:** MAURICIO MEIRELES DE SOUZA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

### MAURICIO MEIRELES DE SOUZA : 122.200.664-28

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](http://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: 10/09/2018  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2018  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA