
Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: IVANILDO JERONIMO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180341899

Vitima: IVANILDO JERONIMO DA SILVA

Data do Acidente: 03/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180341899.**

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



Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **IVANILDO JERONIMO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180341899**

Vitima: **IVANILDO JERONIMO DA SILVA**

Data do Acidente: **03/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **INACIO BRUNO SARMENTO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180341899**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo 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



Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **IVANILDO JERONIMO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180341899**

Vitima: **IVANILDO JERONIMO DA SILVA**

Data do Acidente: **03/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **INACIO BRUNO SARMENTO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180341899**, 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





GOVERNO DO ESTADO DA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA

DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE

Rua Maria Salete de Almeida Nunes, nº 67 - Centro - MONTEIRO - PB - 58500-000 - (83) 3351-2147

OCORRÊNCIA Nº 001236/17

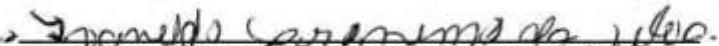
CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 001236/17 registrada em 14/12/2017, que passo a transcrever na íntegra: Aos quatoze dias do mês de dezembro do ano de 2017, nesta cidade de MONTEIRO - PB, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE MONTEIRO/PB, quando encontrava-se presente o Bel. GILSON DUARTE ROSAS FILHO, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 10:10 horas, compareceu o Sr. IVANILDO JERONIMO DA SILVA, com 36 anos de idade, filho de HELENO JERONIMO DA SILVA e SEVERINA ANANIAS DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMALAÚ - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Completo, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 2680464, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 04245251433, residindo à rua SITIO SANTA CATARINA, bairro ZONA RURAL, na cidade de MONTEIRO - PB - PB.

Declarou que:

Informa o declarante que no dia 03/10/2017, por volta das 18:12 horas, conduzia uma motocicleta na BR-412, quando nas proximidades do Parque Jose Galvão, Sítio do Meio, neste município, colidiu frontalmente com outra moto que vinha e sentido contrário e atravessou na contramão, não tendo como o declarante evitar o acidente; Que, devido a colisão entre as motos, declarante caiu da moto e bateu com o rosto no chão; Que, foi socorrido pelo SAMU ocorrência ID 79, para o Hospital Regional Santa Filomena, onde recebeu os primeiros socorros e foi encaminhado para o Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB; Que, no Hospital do Trauma recebeu atendimento médico e ficou internado do dia 03/10/2017 ao dia 13/10/2017, neste intervalo realizou uma cirurgia na face, tendo como diagnóstico "Fraturas Múltiplas na Face"; Que, não é habilitado para conduzir motocicletas; Que, a motocicleta envolvida no acidente a qual o declarante conduzia é da marca Honda/NXR 150 Bros, ano/mod. 2005/2006, cor preta, placa KGS-5251/PE, chassi 9C2KD03206R005931, licenciada em nome de Ednaldo Ferreira de Lima; Que, registra esta ocorrência para requerer o Seguro DPVAT. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

MONTEIRO - PB, Quinta-feira, 23 de Agosto de 2018


IVANILDO JERONIMO DA SILVA

Declarante


LÍDIO BEZERRA DE FREITAS

Escrivão



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Ivamildo Henrique da Silva

CPF da Vítima

042 452 514 33

Data do Acidente

03/10/2012

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Ivamildo Henrique da Silva

CPF do Representante legal

042 452 514 33

Email

ivamildo.silva@gmail.com

Telefone (DDD)

81 999885048

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 às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente 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.

COMPREV PREVIDENCIA S/A

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

25 JUL. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

C. Graciele, 01 de janeiro de 2018

Local e Data

Ivamildo Henrique da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTEIRO
SECRETARIA DA SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA REGIONAL MONTEIRO



Nº DE ORDEM:92/2017

Em resposta ao Requerimento do Atendimento prestado pela equipe do SAMU 192 o Sr.(a): **IVANILDO JERÔNIMO DA SILVA**, Inscrito(a) no RG: 2680464 SSP/PB, CPF: 042.452.514-33, nascido em 07/01/1981, passamos a informar o que segue:

ID da Ocorrência: 79

Equipe Plantonista	<i>Central de Regulação Médica;</i> Médico Regulador: Dr. Napoleão Telefonista Auxiliar de Regulação Médica (TARM): Rommel Rádio Operador (RO): Tiago			
	USA – 01 Médico: Napoleão Enfermeiro: Maiza Condutor Socorrista: Alfredo	Tempo Resposta: 6min. Saída da Base: 18h 13 min. Chegada no local: 18h 18 min. Chegada no Hospital: 18 h 28 min.		
USB (UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO) USA (UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO)		(HRSF) HOSPITAL REGIONAL SANTA FILOMENA		
Data: 03/10/2017	Hora: 18hs12min	Idade: 36anos	Sexo: F() M (X)	Nº de Vítimas no local:
Local da Ocorrência: Sítio do Meio				
Bairro:	Cidade: Monteiro - PB	Apoio no Local: -		

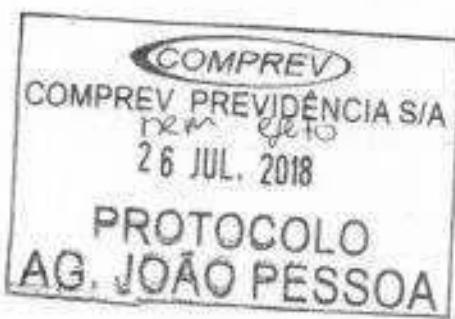
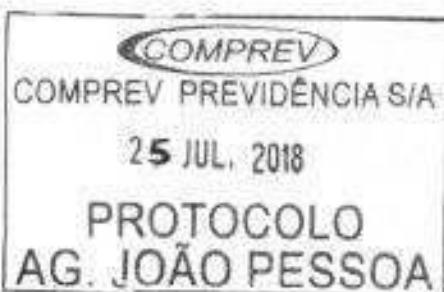
*TEMPO RESPOSTA: É O TEMPO GASTO DESDE A SOLICITAÇÃO ATÉ A CHEGADA NO LOCAL DA OCORRÊNCIA.

Tipo de Agravo (Natureza da Ocorrência)

Trauma (X) Clínico () Gineco-Obstétrico () Psiquiátrico ()	Outro:
--	--------

Resumo da ocorrência:

Paciente vítima de colisão moto x moto, encontrado sentado, sem capacete, consciente, orientado, apresentando ferimento cortante em região da cavidade oral. Realizado imobilização conforme protocolo de trauma, acesso venoso periférico com 500 ml soro Ringer lactato e encaminhamento ao Hospital Regional Santa Filomena para continuidade do atendimento.



Claudia M. A. Teixeira
 Cláudia Maria Alves Teixeira
 Coordenador Geral do SAMU Regional Monteiro

Assinatura do Recebedor: *Ivanildo Jerônimo da Silva*

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVANILDO JERONIMO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03315

CONTA: 000000017716-7

Nr. da Autenticação CF38EB6AA058325F

VERA LUCIA DOS SANTOS SILVA
SET SANTA CATARINA, SIN - ÁREA RURAL
MONTARIO / PR / CEP: 85500000 DDD: 43

Emissão: 23/09/2017 - Referência Set/2017
Classificação: RESIDENCIAL / BANCA PENDA MONOFASICO 9/208, Km 25 - Crédito Restante - Jatai Parana / PR - CEP: 86701-800
Prazo: 11-09-2017 - N° meter: 000005002222

 energisa

PESSOA PARA S/ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Captação: 036-1001-0000-40 - Nro. Est.: 60153230

Rua Fazenda Conta de Energia Elétrica N°000 000 000 000
Cód. para Dáa. Automóvel: 000000000000

Atendimento ao Cliente ENERCISA: 0800 083 0196 - www.enercisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAM
Set / 2017	20/09/2017	20/10/2017	68325967404 Incr. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/558319-0

Canal de contato:

- ATENÇÃO - AVERIGUAÇÃO CADASTRAL: 2017
Procure a prefeitura de sua cidade até 15/09/2017 para solicitar
seus dados no Cadastro Único e evite a cobrança de Taxa Social de
Energia. Para mais informações, ligue para o MDSA-0500 701 2003.
- Taxa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pelo Lei
nº 10.426, de 26 de abril de 2002.

Ao adquirir menor energia com o valor que é necessário para o que precisa
com aplicação eficiente. São vários serviços disponíveis, como
segunda via da conta, mudanças de titularidade, reabertura, cancela-
ção de débitos, entre outros.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
21/08/17 2286	20/09/2017 22786	1	182	30
Desnecessário:				
CÓD. - Descrição Quantidade Tarifas Valor Base Iuc. Ajust. Imposto Boa Cál. Pct/RB Outros				
0801 Consumo set 3000W-BR	20.000 0.284020	7.62	7.02 27	1.89 7.02 0.03 0.15
0801 Consumo - 31 a 1036W-BR	70.000 0.491200	29.26	28.09 27	7.48 28.09 0.19 0.58
0801 Consumo - 101 a 2256W-BR	62.000 0.801800	31.31	37.21 27	10.07 37.21 0.17 0.79
0801 Adu. B. Vermelha	148 1.49 27	0.49	1.49 0.01	0.03
0801 Adu. B. Amarela	2.06 2.06 27	0.56	2.06 0.01	0.04
0810 Subsídio	4039 4039 27	10.80	40.39 0.19	0.05
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0907 CONTRIB SERV UMA PÚBLICA	5.79 0.00 0	0.00	0.00 0.00 0.00	0.00
0904 JUROS DE MORA 21/09/2017	0.77 0.00 0	0.00	0.00 0.00 0.00	0.00
0805 MULTA 01/09/2017	1.10 0.00 0	0.20	0.00 0.00 0.00	0.00
0906 Devolução Subsídio	-26.45 0.00 0	0.00	0.00 0.00 0.00	0.00

CC: Código de Classificação do item TOTAL 95,54 110,34 31,39 110,34 0,59 0,45

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL R\$ 95,54

Histórico de Consumo (kWh)

162	1.28	1.77	1.94	1.85	1.20	1.15	1.12	1.90	1.95	1.102
Agosto/17	Jul/17	Jun/17	Maio/17	Abr/17	März/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16	Quarto

RESERVADO AO RISCO

68b1.2135.ebb5.4689.6c6b.86b0.1d37.8fef.

Indicadores de Qualidade - T017.000

Limits da ANEEL	Aplicado	Limits de Tensão (V)
DEMERSAL	11,20	0,00
DE TRAMSTRAL	22,01	NOMINAL
DE-ANAL	45,22	228
FE DEMERSAL	7,20	0,00
FE TRAMSTRAL	16,19	CONTRATADA
FEANAL	30,39	UNI. INFERIOR
DEMC	6,19	0,00
DECR	18,80	UNI. SUPERIOR

Composição do Consumo

Discriminação	Valor R\$	%
Imposta de Dist. da Energia PB	19,68	20,50
Combate à Crise	25,26	26,54
Serviço de Transmissão	3,02	3,18
Encargos Sociais	5,45	5,71
Imposta Dist. Energia	42,03	43,99
Outros Serviços	0,03	0,03
Total	95,52	100,00

Valor do EUSI (Ref 7/2017) R\$ 12,15

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso não pague a fatura, poderá sofrer penalidades e/ou cortes de fornecimento, podendo ser suspenso a partir de 05/10/2017. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O corte de fornecimento após essa data não elimina a possibilidade de devido suspensão de fornecimento, caso a mesma não seja comunicada ou os certos pagos não desejados na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da fatura (21/09/2017), informe-nos dessa mensagem. Pode-se recorrer a instância em órgãos de proteção ao crédito no caso de não implemento. - Sua unidade foi autorizada como Baixa Renda, tente um desconto de R\$20,45. Pague este valor antes de 23/09/2017. ANEEL nº 2.231-026 a Tabela 17,24% Mês. Pague este valor antes de 29/09/2017. ANEEL nº 2.231- Alta Tabela 19,55% Mês.

Retornar em aberto:

Ago/17 87/18

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

25 JUL. 2018

PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

PARAIBA
Referência: 000005002222
Matrícula: 000005002222-000000000000

VENCIMENTO
27/09/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 95,54

INACIO IBRUNO SARMENTO
RUA ANTONIO SERGIO DE ALMEIDA, 900 / B - BODOCONGO
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58100000 (AQ: 461)

Emissas: 2013/2017 - Referencia: Dez / 2017 - gcp00-KM168-A
Classificada: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFAMILIAR
Rotina: 12-401-899-4229 - NIFmedidor: 0000000000000000

 energisa.

ENERGIA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Av. Universidade - Três Irmãos - Campus Grande/PA - CEP 66402-700
CNPJ/MF 826.596.000/01-95 - Inscrição Estadual 18.000.009-1

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 023 0196** | Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2017	20/12/2017	19/01/2018	3678181406 Isra. Far.

UC (Unidade Consumidora):

4/204994-8

[Canal de contacto](#)

Diversão com segurança é o que as crianças devem aprender. Nunca sempre papas pelo fio da rede elétrica e não admette caso fiquem presas na rede. E nada de usar fios metálicos para amarrar coisas. Com isso tudo se basta.

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias		
Data 20/11/17	Letras 1980	Data 20/12/17	Letras 2102		1		120	36		
Demonstrativo										
CC	Descrição	Quantidade	Taxa (%)	Vlr Base Calc.	Alg. Incr(%)	Vlr Calc. Taxa (%)	Cofre(%)			
		Total	Total	(R\$)	(%)	(R\$)	(%)	Total (R\$) (Cofre(%) / Cofre(R\$))		
0001	Consumo em kWh	129.000	0,000366	72,76	72,76	27	18,04	72,76	0,35	1,53
0001	Add: B. Vermelho			8,08	8,08	27	1,04	8,08	0,03	0,13
Lançamentos e Serviços										
0007	CONTRIBUICAO PÚBLICA		10,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0004	JUROS DE MORA 11/2017		0,12	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0005	MULTA 11/2017		1,47	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0004	ATUALIZACAO MONETARIA 11/2017		0,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

PCI: Caderno de Classificação de Incêndios - 2008 - 2010 - 2011 - 2012 - 2013 - 2014

Mês de vencimento (mês/ano)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
12/2017	28/12/2017	R\$ 90,44

Histórico de Consumo (kWh)											
100	99	98	97	96	95	94	93	92	91	90	89
Nov17	Out17	Sep17	Ago17	Jul17	Jun17	Mai17	Abri17	Mar17	Fev17	Jan17	Dez16
100	99	98	97	96	95	94	93	92	91	90	89

RISERVA DADO AL RISICO
d6f0.d4ab.ec18.5028.93b4.33c2.3be2.8a51

Indicadores de Qualidade			Cronograma da Construção		
Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Descrição	Valor (R\$)	%
IC MÍNIMA: 5,51	0,00	NOMINAL: 220	Salários-á-Dia, de Encargos e BDI	18.480	20,43
IC TRIMESTRAL: 10,10			Comb. de Energia	28.090	31,81
IC ANUAL: 21,35			Demanda de Trabalhador	1.030	1,14
IC MÍNIMA: 3,36	0,00	CONTRATADA: 200	Encargos Sociais	7.440	0,23
IC TRIMESTRAL: 6,72		LIMITE INFERIOR: 200	Impostos Diretos e Encargos	34.920	38,49
IC ANUAL: 15,45		LIMITE SUPERIOR: 231	Outros Serviços	0,00	0,00
ABC: 3,03	0,00		Total:	80.440	100,00
ICR: 12,22					

ATENÇÃO Faturar em atraso

• 2000 • 1000 • 1000

ATENÇÃO

Features and options

• 2000 • 1000 • 1000

RODRIGUES
Rodrigo 12-401-658-4320
WhatsApp 203994-2007-1145

VENCIIMENTO
28/12/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 30,44

83630000000-4 80440147009-3 02042842017-0 12500401919-0



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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu Inocélio Brum Sennado inscrito (a) no CPF 036 781 814 / 06, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ivanildo Sennado de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 042 454 5141 / 32, do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro da Vítima Ivanildo Sennado de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 042 454 5149 / 33, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

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

Endereço	Rua Antônio Serrão de Almada	Número	800	Complemento	B
Bairro	Recôncavo	Cidade	PB	Estado	CEP
Email	Inocelobrumsolu@gmail.com	Telefone comercial(DDD)	83 3334 269	Telefone celular (DDD)	83 99983 5048

C. Grandes de janeiro de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ednaldo Ferreira de Lima,
RG nº 23.486.127-6 data de expedição 12/04/2000
Orgão PB, portador do CPF nº 374.180.764-87, com
domicílio na cidade de Monteiro, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Gardelema (zona rural), nº 56,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Ivanilda Ferreira de Lima cujo o condutor era
Ivanilda Ferreira de Lima.

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda / VXR - 750 Bros K3

Ano: 2009/2006

Placa: KGS 9257

Chassi: 9C1KDO3206R005937

Data do Acidente: 06/11/2017

Local e Data: Monteiro, 15 de Dezembro de 2017

Ednaldo Ferreira de Lima

Assinatura do Declarante

SELO DIGITAL Nº TGE 97600 MUZ4

consulte autenticidade em:

<https://selodigital.tjpb.jus.br>

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

Reconheço por (x) autenticidade / semelhança
a(s) firma(s) de Ednaldo Ferreira de Lima

Luana _____

Em testemunho, Ednaldo Ferreira de Lima
Monteiro (PB) 15 de DEZ 2017

Luana Tavares Leal

Substituta

CARTÓRIO EPITACIO LEAL
SERVIÇO NOTARIAL 2º OFFÍCIO
CNPJ: 09.104.703/0001-73
EPITACIO LEAL NETO
TABELIAO
Luana Tavares Leal
SUBSTITUTA
Monteiro-PB



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ednaldo Ferreira de Lima,
RG nº 23.486.127-6 data de expedição 12/04/2000
Órgão PB, portador do CPF nº 374.180.764-87, com
domicílio na cidade de Monteiro, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sitio Gardeleu (Zona Rural), nº 51a,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Isamilda Jerônima da Silva cujo o condutor era
Isamilda Jerônima da Silva.

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda / NXR - 750 Bros K5

Ano: 2005/2006

Placa: KGS 5257

Chassi: 9C2KDU3206R005937

Data do Acidente: 03/11/2017

Local e Data: Monteiro, 15 de Dezembro de 2017

SELO DIGITAL Nº RGE 97600 - HU24

Consulte autenticidade em:
<http://selodigital.tjpb.jus.br>

Ednaldo Ferreira de Lima

Assinatura do Declarante

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

Reconheço por (x) autenticidade / semelhança
a (s) firma(s) de Ednaldo Ferreira de Lima

Guaná — x —

— x —

— x —

Em testemunho Luana Tavares Leal de verdade
Monteiro (PB) 15 de EZ 2017 de

Guaná Tavares Leal

Luana Tavares Leal

Substituta

CARTÓRIO EPITACIO LEAL

SERVIÇO NOTARIAL 2º OFÍCIO

CNPJ: 09.104.703/0001-73

EPITACIO LEAL NETO

TABGLIAO

Luana Tavares Leal

SUBSTITUTA

Monteiro-PB

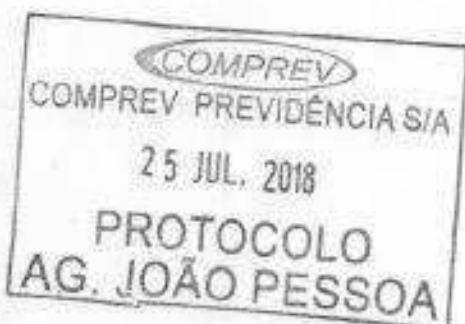
COMPREV

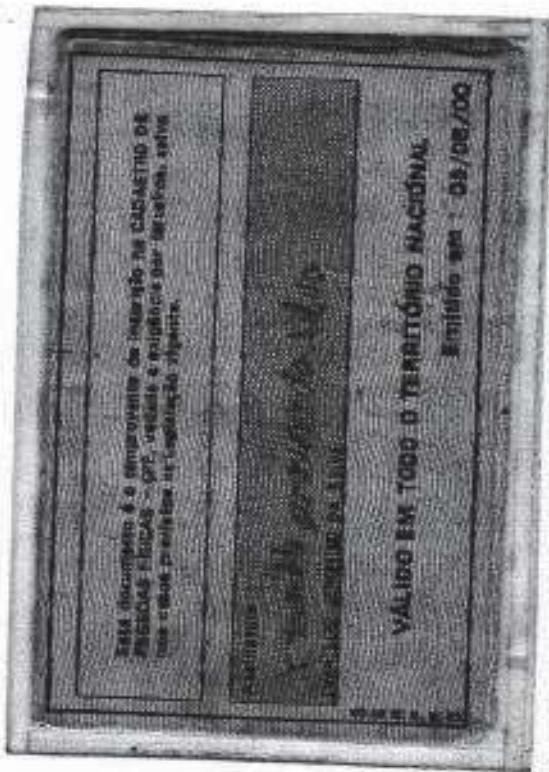
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

24 SET. 2018

PROTOCOLO

AG: JOÃO PESSOA





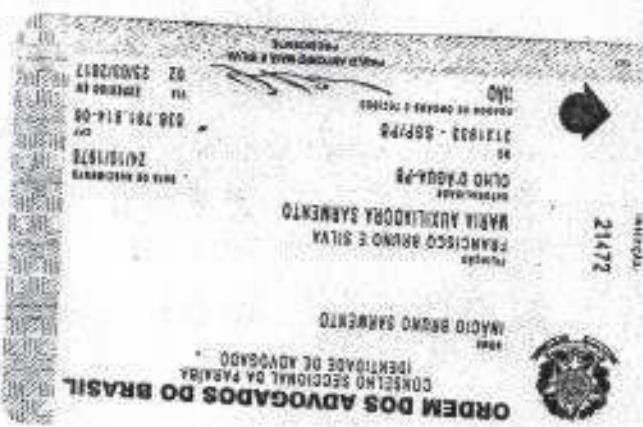
COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
25 JUL. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SELO DIGITAL: ARI44366 - T036
Consulte a assinatura digital em selodigital.tjpb.jus.br

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Herval, 93 - Centro - Telef: 3311-6035
CNPJ: 09.365.748/0001-76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena

O Ofício e seu feito não apresenta cópia fotostática
é a Reprodução feita digital que não foi exibido
Canguru Grande 280617

Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabuleiro



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETIBAN - PE N° 8777044175
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: COD. REINHAB: PLACA: DATA:

1 875055141 *****2010

NOME:

EDNALDO FERREIRA DE LIMA

SERTANIA-PE

PLACA:

374.180.764-87 KGS5251

PLACARANTU:

***** 9C2KD03206R005931

ESPECIE:

PAS /MOTOCICLETA

COMBUSTIVE:

GASOLINA

HONDA/NXR150 BROS KS 2005 2006

CNPJ/CPF/CRLV CATEGORIA: S/ TÍTULO DE PROPRIEDADE:

2R/149CL PARTIC PRETA

DATA UNICA: VENC. DATA UNICA:

I P IPVA 2010 QUITADO 1*****

V A 1 2*****

A 1 3*****

PRÉMIO TAREFARIO (R\$) - IOP (R\$) - PRÉMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO:

SEGURADO PAGO

DISPENSAS/DESENTRALIZAÇÕES

SEM RESERVA

DATA:

SERTANIA-PE 28/01/11

PE N° 8777044175 BILHETE DE SEGURO DPVAT

NOME/ENDEREÇO:

EDNALDO FERREIRA DE LIMA

SERTANIA-PE

PLACA:

374.180.764-87 KGS5251

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PE N° 8777044175

DATA EMISSÃO:

2010 28/01/11

NOME/ENDEREÇO:

EDNALDO FERREIRA DE LIMA

SERTANIA-PE

PLACA:

1 374.180.764-87 KGS5251

COD. REINHAB. MARCA/MODELO:

675055141 HONDA/NXR150 BROS KS

ANO/FAB. CHASSI:

2005 09 9C2KD03206R005931

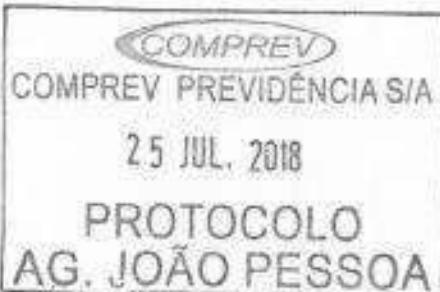
PRÉMIO TAREFARIO (R\$) - IOP (R\$) - PRÉMIO TOTAL (R\$)

SEGURADO PAGO

**Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A**

CNPJ: 09.248.608/0001-04

BR-200



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180341899 **Cidade:** Monteiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVANILDO JERONIMO DA SILVA **Data do acidente:** 03/10/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/11/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA FACE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180341899 **Cidade:** Monteiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVANILDO JERONIMO DA SILVA **Data do acidente:** 03/10/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/11/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA FACE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180341899 **Cidade:** Monteiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVANILDO JERONIMO DA SILVA **Data do acidente:** 03/10/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Múltiplas fraturas dos ossos da face (Maxila bilateral, mandíbula. Nasal, órbita?)

Descrição do exame médico pericial: Vítima refere cefaleia e tonturas. Ao exame, vítima apresenta cicatriz em região ziomática e peri-orbital e leve deformidade local com edema em face. Sinais de fissura palatina e orifício aberto em região infra nasal resultando em alteração da fonação.

Resultados terapêuticos: Vítima deu entrada no HRSF apresentando sangramento nasal volumosa e deformidade facial, foi encaminhado para o Hospital de Trauma e foi submetido a tratamento cirúrgico com placas de titânio. Recebeu alta.

Sequelas permanentes: Dano crânio facial

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 03/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Apresentou laudo e exames.

Médico examinador: Napoleao Bezerra Costa

CRM do médico: 9392

UF do CRM do médico: PB

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180341899 **Cidade:** Monteiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVANILDO JERONIMO DA SILVA **Data do acidente:** 03/10/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Múltiplas fraturas dos ossos da face (Maxila bilateral, mandíbula. Nasal, órbita?)

Descrição do exame médico pericial: Vítima refere cefaleia e tonturas. Ao exame, vítima apresenta cicatriz em região ziomática e peri-orbital e leve deformidade local com edema em face. Sinais de fissura palatina e orifício aberto em região infra nasal resultando em alteração da fonação.

Resultados terapêuticos: Vítima deu entrada no HRSF apresentando sangramento nasal volumosa e deformidade facial, foi encaminhado para o Hospital de Trauma e foi submetido a tratamento cirúrgico com placas de titânio. Recebeu alta.

Sequelas permanentes: Dano crânio facial

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 03/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Apresentou laudo e exames.

Médico examinador: Napoleao Bezerra Costa

CRM do médico: 9392

UF do CRM do médico: PB

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

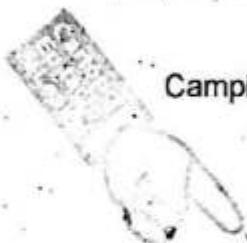
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Ivanilde Gouvêa da Silva brasileiro(a),
estado civil solteira, inscrito no CPF de nº 042 / 452 / 514 / 33, e no RG
de nº 26.804.64, residente e Domiciliado a
Rua São João Batista, nº -, Bairro Ribeirão,
Município Monteiro, Estado Paraíba, CEP 58.500.000

OUTORGADO: INACIO BRUNO SARMENTO, brasileiro, casado, Advogado, inscrito no CPF de Nº. 036.781.814-06 RG de nº 2131933, SSP/PB e OAB/PB de nº 21.472, residente e domiciliado na Rua Antônio Sérgio de Almeida, 800/B; Bodocongó, Campina Grande/PB.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Ivanilde Gouvêa da Silva, ocorrido em 26.12.2013, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

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



Campina Grande/PB, em 15 de dezembro de 2017

Ivanilde Gouvêa da Silva

Outorgante

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

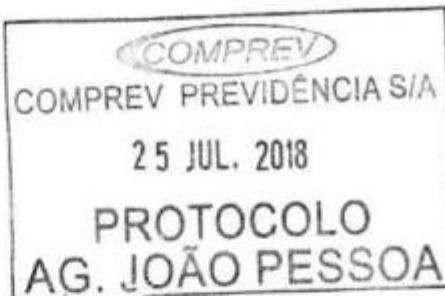
COMPREV	
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A	
25 JUL. 2018	
PROTOCOLO	
AG. JOÃO PESSOA	

REC'DO DIGITAL RG 91599-22X1
Digital autenticidade
verificada 10/12/2018

Reconheço por (x) autenticidade) - semelhança
a (s) firmas (s) de Granulde Júnior da
Silva —
—
—
—
Luana Tavares Leal
15 DEZ 2017

Luana Tavares Leal
Luana Tavares Leal
Substituta

CARTORIO EPITACIO LEAL
SERVICO NOTARIAL 2º OFICIO
CNPJ: 09.106.703/0001-73
EPITACIO LEAL NETO
TABELIAO
Luana Tavares Leal
SUBSTITUTA
Monteiro-PB



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Ivanildo Ferreira da Silva, brasileiro(a),
estado civil solteiro, inscrito no CPF de nº 042 / 452 / 514 / 33, e no RG
de nº 26.804.64, residente e Domiciliado a
Rua São Bento Catarama, nº -, Bairro
Ribeira Rural, na Cidade de Miritiba / Estado
Pernambuco, CEP 58.500.000.

OUTORGADO: INACIO BRUNO SARMENTO, brasileiro, casado, Advogado, inscrito no CPF
de Nº. 036.781.814-06 RG de nº 2131933, SSP/PB e OAB/PB de nº 21.472, residente e
domiciliado na Rua Antônio Sérgio de Almeida, 800/B, Bodocongó, Campina Grande/PB.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a)
outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer
seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou
em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Ivanildo Ferreira da Silva,
ocorrido em 03/10/2017, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

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



Campina Grande/PB, em 15 de Dezembro de 2017

Ivanildo Ferreira da Silva
Outorgante

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

PROCURAÇÃO

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

SELO DIGITAL N° RGE 97599 22X1
consulte autenticidade em:
<https://selodigital.tch.jus.br>

Reconheço por (x) autenticidade) - semelhança
a(s) firmas(s) de Ivanildo Geronimo da
Silva

Em testemunha Luana Tavares Leal de verdade
Monteiro (PB) 15 DEZ 2017

Luana Tavares Leal
Luana Tavares Leal
Substituta

CARTORIO EPITACIO LEAL
SERVIÇO NOTARIAL 2º OFÍCIO
CNPJ: 09.106.703/0001-73
EPITÁCIO LEAL NETO
TABELIAO
Luana Tavares Leal
SUBSTITUTA
Monteiro-PB

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0271547/18

Número do Sinistro: 3180341899

Vítima: IVANILDO JERONIMO DA SILVA

CPF: 042.452.514-33

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/10/2017

Titular do CPF: IVANILDO JERONIMO DA SILVA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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 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: 22/11/2018
Nome: INACIO BRUNO SARMENTO
CPF: 036.781.814-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/11/2018
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

INACIO BRUNO SARMENTO

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0271547/18

Número do Sinistro: 3180341899

Vítima: IVANILDO JERONIMO DA SILVA

CPF: 042.452.514-33

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/10/2017

Titular do CPF: IVANILDO JERONIMO DA SILVA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração do Proprietário do Veículo

INACIO BRUNO SARMENTO : 036.781.814-06

Comprovante de residência
Procuração

IVANILDO JERONIMO DA SILVA : 042.452.514-33

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: 24/09/2018
Nome: INACIO BRUNO SARMENTO
CPF: 036.781.814-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

INACIO BRUNO SARMENTO

MARCELA DO CARMO DE LIMA

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180341899**

Nome do(a) Examinado(a): **IVANILDO JERONIMO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

SITIO SANTA CATARINA , S/N - zona rural - Monteiro - PB - CEP 58500-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /PB**] **2680464**

Data e local do acidente: [**03/10/2017**] **zona rural**

Data e local do exame: [**03/12/2018**] **Monteiro** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Múltiplas fraturas dos ossos da face (Maxila bilateral, mandíbula, Nasal, órbita?)

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

Vítima refere cefaleia e tonturas. Ao exame, vítima apresenta cicatriz em região zigomática e peri-orbital e leve deformidade local com edema em face. Sinais de fissura palatina e orifício aberto em região infra nasal resultando em alteração da fonação.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Vítima deu entrada no HRSF apresentando sangramento nasal volumoso e deformidade facial, foi encaminhado para o Hospital de Trauma e foi submetido a tratamento cirúrgico com placas de titânio. Recebeu alta.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Dano cranio facial

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Estruturas crânio faciais

% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Apresentou laudo e exames.



Napoleao Bezerra Costa - CRM: 9392 - PB