

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

Carta nº 13153996



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

Carta nº 13156731



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

Carta nº 13424322





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 "Fratargas 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


LIDIO 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

Juvenildo Jerônimo da Silva

CPF da Vítima

04245251433

Data do Acidente

03/10/2012

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Juvenildo Jerônimo da Silva

CPF do Representante legal

04245251433

E-mail

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

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

COMPREV PREVIDENCIA S/A
26 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

C. Grande, 02 de Janeiro de 2018
Local e Data

Juvenildo Jerônimo da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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	Central de Regulação Médica:	
	Médico Regulador: Dr. Napoleão	
Plantonista	Telefonista Auxiliar de Regulação Médica (TARM): Rommel	
	Rádio Operador (RO): Tiago	
	USA - 01	Tempo Resposta: 6 min.
	Médico: Napoleão	Saída da Base: 18h 13 min.
	Enfermeiro: Maiza	Chegada no local: 18h 18 min.
	Condutor Socorrista: Alfredo	Chegada no Hospital: 18h 28 min.

USB (UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO)

(HRSF) HOSPITAL REGIONAL SANTA FILOMENA

USA (UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO)

Data:	Hora:	Idade:	Sexo: F() M (X)	Nº de Vítimas no local:
03/10/2017	18hs 12min	36anos		

Local da Ocorrência: Sítio do Meio

Bairro:-	Cidade: Monteiro - PB	Apoio no Local:-
----------	-----------------------	------------------

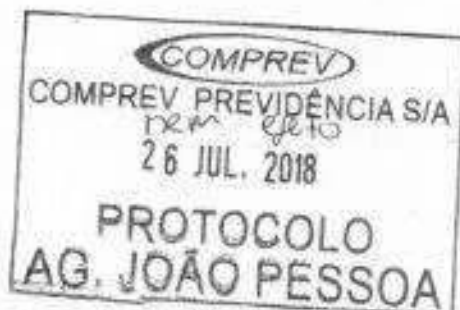
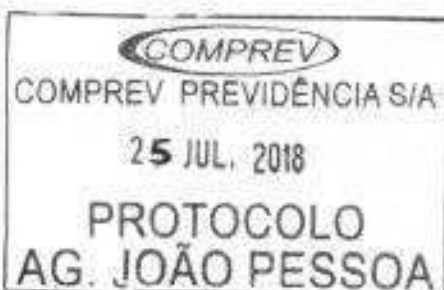
*TEMPO RESPOSTA: É O TEMPO GASTO DESDE A SOLICITAÇÃO ATÉ A CHEGADA NO LOCAL DA OCORRÊNCIA.

Tipo de Agravo (Natureza da Ocorrência)

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

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
SIT SANTA CATARINA, S/N - AREA RURAL
MONTARRO - PB CEP: 58500000 (AG: 93)

Emissão: 23/09/2017 Referência: Set / 2017

Classificação: RESIDENCIAL / BOMBA D'ÁGUA MONOFÁSICA 3-230V, 50Hz
Roteiro: 11 - 93 - 103 - 2030 Nº medidor: 0000508222

Energisa

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Cidade: Patos - PB CEP: 58200-000
CNPJ nº: 06.903.000/0001-40 Ins. Est. 16.015.032-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000 102 997
Cód. para B.O. Automático: 0000003 96

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

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

UC (Unidade Consumidora): **5/558319-0**

Canal de contato
- ATENÇÃO - AVERSIÃO CADASTRAL 2017
Procure a prefeitura de sua cidade até 15/09/2017 para atualizar seus dados no Cadastro Único e evitar a perda de Tarifa Social de Energia. Para mais informações ligue para o MDSA-0800 101 2000.
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pelo Lei nº 10.436, de 26 de abril de 2002.
Ao acessar www.energisa.com.br você resolve tudo o que precisa com agilidade e eficiência. São vários serviços disponíveis, como segundo via de conta, mudança de titularidade, reclamação, consulta a débitos, entre outros.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 23/08/17 Leitura: 22836	Data: 20/09/17 Leitura: 22796	1	162	30

Demotratativo		Quantidade	Tarifa	Valor	Rateio	Aut. (R\$)	Base Calc.	Pot. (R\$)	Cobrança
Tratado Tarifado		Consumo (kWh)		Consumo (R\$)		Consumo (R\$)		Consumo (R\$)	
0001	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,230260	7,02	7,02	27	1,89	7,02	0,03
0001	Consumo > 31 a 100kWh-BR	70,000	0,401280	28,09	28,09	27	7,68	28,09	0,10
0001	Consumo > 101 a 225kWh-BR	62,000	0,501830	31,21	31,21	27	10,07	31,21	0,17
0001	Adic. B. Vermeleha			1,49	1,49	27	0,46	1,49	0,01
0001	Adic. B. Alameda			2,06	2,06	27	0,54	2,06	0,01
0010	Subsídio			40,39	40,39	27	10,90	40,39	0,19
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0907	CONTROLE SERV. LUM. PÚBLICA			5,79	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0904	JUROS DE MORA 07/2017			0,77	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0905	MULTA 07/2017			1,10	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0906	Desvalorização Subsídio			-26,45	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI	Código de Classificação do Item	TOTAL	55,94	118,24	31,29	118,24	0,53	3,45
-----	---------------------------------	-------	-------	--------	-------	--------	------	------

Medida de consumo (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
151	27/09/2017	R\$ 95,54

Histórico de Consumo (kWh)											
140	130	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30
Agv/17	Jul/17	Jun/17	Maio/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16	Out/16	Sep/16

RESERVADO AO FISCO
68b1.2135.ebb5.4680.6c6b.86b0.1d37.8fef.

Indicadores de Qualidade - 7/2017 - Set				Composição do Consumo		
Limite da ANEEL	Apostado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
DI MENSAL	11,20	0,00	NOMINAL	Serviço de Dist. de Energia PB	15,00	20,00
DI TRIMESTRAL	33,61			Custo de Energia	25,26	33,61
DI ANUAL	45,22		CONTRATADA	Serviço de Transmissão	3,03	3,98
PI MENSAL	7,52	0,00		Encargos Setoriais	5,45	7,21
PI TRIMESTRAL	15,73		LIMITE SUPERIOR	Impostos, Cargas e Encargos	47,03	62,00
PI ANUAL	30,34			Outros Serviços	0,23	0,30
DI MENSAL	6,10	0,00		Total	95,52	100,00
DI TRIMESTRAL	18,30					

ATENÇÃO
- REVISÃO DE VENCIMENTO: Caso haja falha(s) no sistema de cobrança, a cobrança será suspensa e o pagamento poderá ser suspenso a partir de 09/10/2017. Conforme Resolução 474 da ANEEL, o pagamento após essa data não elimina a possibilidade de dívida suspensa de fornecimento, caso a mesma não seja comunicada ou se o cliente não pagar a parcela em questão na unidade consumidora para compensação. Caso o cliente não pague a parcela após a data(s) acima, despendendo-se esta mensagem, ficará sujeito a processo em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.
- Sua unidade foi afetada como BOMBA D'ÁGUA, tendo um desconto de R\$20,45.
- Resoluto Tarifário - Vigência 29/08/17 - Res. ANEEL nº 2.281 - Data e Tensão 17,54kV, valor Resoluto Tarifário - Vigência 29/08/17 - Res. ANEEL nº 2.281 - Alta Tensão 10,52kV Médio.

PARAIBA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
27/09/2017	27/09/2017	R\$ 95,54

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

INACIO BRUNO SARMENTO
RUA ANTONIO SERGIO DE ALMEIDA, 900 / B. BODOCONGO
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58100000 (AO: 401)



Emissão: 20/12/2017 Referência: Dez / 2017 80200-134168-145-Subtensão: Tensão Média - Campina Grande / PB - CEP 58420-700
Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 12-401-658-4320 NFMedidor: 00000005725

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.826.596/0001-95 Ins. Est. 15.000.839-1
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000 127 605
Cód. para Ode Autônomo: 00002548845

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2017	20/12/2017	19/01/2018	3678181408 Proc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 4/204994-8

Canal de contato

Diversão com segurança é o que as crianças devem aprender.
Nunca tirem as mãos das tomadas e não se aproximem das tomadas sem a supervisão dos pais.
Nunca usem objetos metálicos para enfiar o dedo nas tomadas. Com segurança, não se brinca.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 20/11/17 Leitura: 1882	Data: 20/12/17 Leitura: 2102	1	120	29

Demonstrativo										
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa (R\$)	Valor Base Calc. (R\$)	Alq. Icos (R\$)	Base Calc. Fg (R\$)	Cobrança (R\$)	Alq. Icos (R\$)	Cobrança (R\$)	
0801	Consumo em kWh	120,000	0,600366	72,78	72,78	27	18,84	72,78	0,33	1,53
0801	Adic. B. Veredito			8,08	8,08	27	1,84	8,08	0,03	0,12
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			10,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 11/2017			0,12	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 11/2017			1,47	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0806	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2017			0,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação 90-1001 TOTAL 90,44 78,84 21,28 78,84 0,38 1,55

Médo Gêneros (kWh) 100 **VENCIMENTO 28/12/2017** **TOTAL A PAGAR R\$ 90,44**

Histórico de Consumo (kWh)

106 | 99 | 90 | 80 | 83 | 93 | 114 | 126 | 134 | 124 | 127 | 120
Nov17 | Out17 | Set17 | Ago17 | Jul17 | Jun17 | Mai17 | Abr17 | Mar17 | Fev17 | Jan17 | Dez17

RESERVADO AO RISCO

d8f0.d4ab.ec16.5028.93b4.33c2.3be2.8a51

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)	
DC MENOR	0,21	0,00	MONITOR	220
DC TRIMESTRAL	10,82			
DC ANUAL	21,35			
FC MENOR	3,38	0,00	CONTINUA	200
FC TRIMESTRAL	6,72			
FC ANUAL	13,45			
DANC	3,03	0,00	LIMITE SUPERIOR	251
DCCR	12,22			

Distribuição	Valor (R\$)	%
Serviço de Cust. de Energia	18,48	20,43
Serviço de Entrega	28,89	31,81
Serviço de Transmissão	1,03	1,14
Encargos Setoriais	7,44	8,23
Impostos Diretos e Encargos	34,90	38,59
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	80,44	100,00

Valor de Serviço de 10/2017: R\$ 12,08

ATENÇÃO

Letra confirmada

Faturas em atraso

BORBOREMA
Roteiro: 12-401-658-4320
Matrícula: 204994-2017-12-5

VENCIMENTO 28/12/2017 **TOTAL A PAGAR R\$ 90,44**

83630000000-4 80440147000-3 02049942017-0 12500401019-0



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 COAF**².

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 INOCIO BRUNO SERRANO inscrito (a) no CPF 036.781.814 / 06 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário IRANILDO SERRANO DE SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.452.514 / 32 do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro da Vítima IRANILDO SERRANO DE SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.452.514 / 33, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

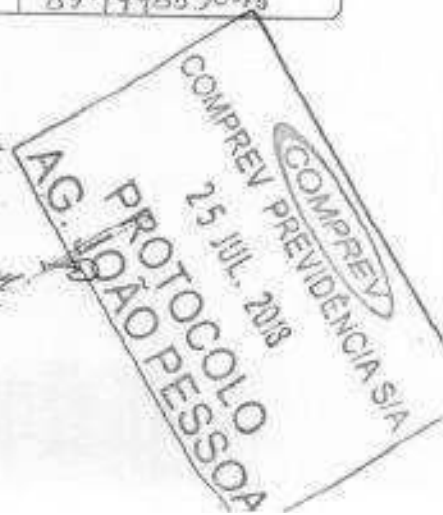
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Antonio Sergio de Almeida</u>		Número <u>800</u>	Complemento <u>B</u>
Bairro <u>Redenção</u>	Cidade <u>Campina Grande</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>55100-000</u>
Email <u>inocio.bruno.ody@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>83 3334 1269</u>	Telefone celular (DDD) <u>83 999885048</u>

Campina Grande, 01 de junho de 2018
Local e Data

Inocio Bruno Serrano
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
 Órgão PB, portador do CPF nº 374.780.764-81, com
 domicílio na cidade de Monteiro, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Gamaleira (Zona Rural), nº 51a,
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Iracilda Jerônimo de Silva cujo o condutor era
Iracilda Jerônimo de Silva.

Veículo: motocicleta
 Modelo: Honda / VXR-750 Brn K3
 Ano: 2009/2006
 Placa: KGS 925T
 Chassi: 9C2KD03206R005937
 Data do Acidente: 06/10/2017
 Local e Data: Monteiro, 15 de Dezembro de 2017

Ednaldo Ferreira de Lima
 Assinatura do Declarante

SELO DIGITAL Nº RGE97600-WUZH
 consulte autenticidade em:
<http://selodigital.tjpb.jus.br>

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

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

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

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

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

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 em efeito
 26 JUL. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

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 residio na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Gamela (Zona Rural), nº 514,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Isamilda Jerônimo de Silva cujo o condutor era
Isamilda Jerônimo de Silva.

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda / VXR-750 Brn K5
Ano: 2005/2006
Placa: KGS525T
Chassi: 9C2KD03206R005937
Data do Acidente: 08/10/2017
Local e Data: Monteiro, 15 de Dezembro de 2017

SELO DIGITAL Nº RGE97600-HU24
Consulte autenticidade em:
<https://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 -x-

Em testemunho Luana de verificação
Monteiro (PB) 15 de DEZ 2017

Luana Tavares Leal
Luana Tavares Leal
Substituta

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

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

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

P-900




Chavil de Jesus da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Saúde Pública

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS



Nome: **EVANGELIN JERONIMO DE LIMA**

Idade ao Inscrição: **07/01/81**

Id. de Inscrição: **042482514-8**



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

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

380464 22 JUL 1993

IVANILDO JERÔNIMO DA SILVA

Helene Jerônimo da Silva

Severina Ananias da Silva

Camaíba-PB

Cert. Nasc. 2515, Fls. 258, Liv. A-3

Cart. de Camaíba-PB

07.01.1981

CPF: 07.01.1981

Loge Ananias - PB

ALFONSO MARIA DOS SANTOS - C. ADM. INT. 197

1981, 16 DE SETEMBRO

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, válido e exigível por qualquer, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

CPF: 380464

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emissão em: 03/08/00

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

25 JUL. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

SELO DIGITAL: AF144766-7DJS

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

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS

Rua Marques do Brasil, 93 - Centro Fone: 3341-6035

CNPJ: 09.365.745/0001-76

Bol. Padm Oliveira de Lucena

Certidão e dou fe que apresenta cópia fotostática
é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande

28 06 17

Bol. Padm Oliveira de Lucena
Tabelião



TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12788720

USO OBRIGATORIO
CERTIDAOE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.963/94)

ASSINATURA DO TABELIÃO
Francisco Bruno e Silva

GAB

ASSINADORA

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO REGIONAL DA PARÁIBA

IDENTIDADE DE ADVOGADO

FRANCISCO BRUNO E SILVA

MARIA AUXILIADORA SAMENTO

CLMO C/ABRA-PS

21472

20/06/2017

088.781.814-08

22/06/2017

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

25 JUL. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 8777044175
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 875055141 *****2010

EDNALDO FERREIRA DE LIMA

SERTANIA-PE

374.180.764-87

KGS5251

***** 9C2KD03206R005931

PAS /MOTOCICLETA

GASOLINA

HONDA/NXR150 BROS KS

2005 2006

2P/149CL

PARTIC

PRETA

IPVA 2010 QUITADO

1 *****

2 *****

3 *****

PREMIO TARIFFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

SERTANIA-PE

28/01/11

PE Nº 8777044175

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EDNALDO FERREIRA DE LIMA

SERTANIA-PE

374.180.764-87

KGS5251

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PE Nº 8777044175

2010

28/01/11

EDNALDO FERREIRA DE LIMA

SERTANIA-PE

374.180.764-87

KGS5251

675055141

HONDA/NXR150 BROS KS

2005

09

9C2KD03206R005931

PREMIO TARIFFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$)

SEGURO PAGO

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

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

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

Valoração 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

Valoração 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 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.

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 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.

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: Inacido Jerônimo da Silva brasileiro(a),
estado civil solteiro, inscrito no CPF de nº 042 / 452 / 914 / 33, e no RG
de nº 2680464, residente e Domiciliado a
Rua/ Sítio Santa Catarina nº - Bairro
Rua Rural, na Cidade de Monteiro / Estado
Pernambuco, CEP 53 900 000

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) Inacido Jerônimo da Silva,
ocorrido em 16.1.10.2017, 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.

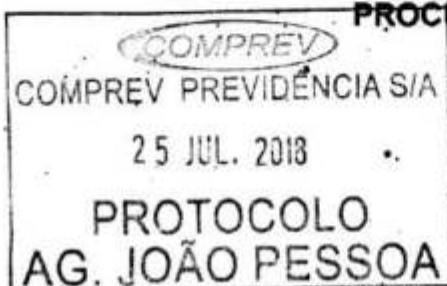
Campina Grande/PB, em 15 de Dezembro de 2017

Inacido Jerônimo da Silva

Outorgante

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

PROCURAÇÃO



SELLO DIGITAL Nº RGE97599 22X1
cópia autenticada por
www.bloco404.com.br

5/10/20

15 DEZ 2017

Luana Tavares Leal
Substituta

TABELA 1
Luana Tavares Leal
SUBSTITUTA
Monteiro-PB

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

25 JUL. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

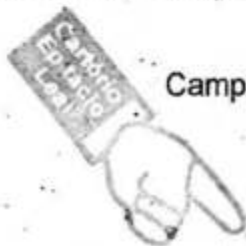
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Iranilde Jerônimo da Silva brasileiro(a),
estado civil solteiro, inscrito no CPF de nº 042 / 452 / 514 / 33, e no RG
de nº 2680464, residente e domiciliado a
Rua São Santa Catarina nº -, Bairro
Floresta Rural, na Cidade de Monteiro / Estado
Paraíba, CEP 58500-000.

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) Iranilde Jerônimo da Silva, ocorrido em 03 / 10 / 2017, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

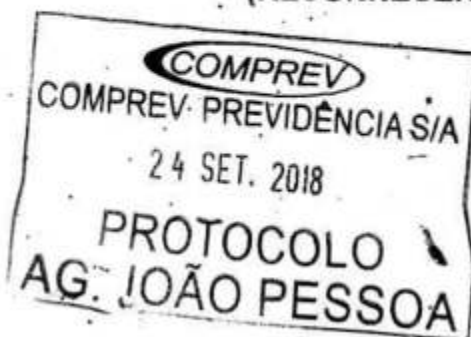
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim 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

Iranilde Jerônimo da Silva
Outorgante

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PROCURAÇÃO

SELO DIGITAL Nº RGE97599-22X1
consulte autenticidade em:
<https://selodigital.tpb.jus.br>

Reconheço por (x) autenticidade - semelhança
a (s) firma(s) de Armando Gomes da
Silva -

-
-
-

Em testemunho Armando de Votoza
Monteiro (PB) 15 DEZ 2017 as

Luana Tavares Leal
Luana Tavares Leal
Substituta

CARTORIO EPITACIO LEAL
SERVIÇO NOTARIAL 2º OFÍCIO
CNPJ: 09.106.703/0001-73
EPITÁCIO LEAL NETO
TABELIÃO
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

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 03/10/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IVANILDO JERONIMO DA SILVA

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 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

INACIO BRUNO SARMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 03/10/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IVANILDO JERONIMO DA SILVA

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

INACIO BRUNO SARMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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?

[☒] Sim [☐] Não

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

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.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

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 às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Estruturas cranio faciais

% 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

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