

Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE IORDAN DE SA

Nº Sinistro: 3180348840

Vitima: JOSE IORDAN DE SA

Data do Acidente: 10/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180348840**.

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 13165853



Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOSE IORDAN DE SA  
Nº Sinistro: 3180348840  
Vitima: JOSE IORDAN DE SA  
Data do Acidente: 10/04/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180348840**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da Vítima: 136.067.514-00 Nome completo da vítima: Jose Jordam de Sa

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

Nome completo <u>Jose Jordam de Sa</u>		CPF titular da conta <u>136.067.514-00</u>		Profissão <u>motorista</u>
Endereço <u>Doutor Silveiro Nobrega</u>		Número <u>130</u>	Complemento _____	
Bairro <u>Ja Guaribe</u>	Cidade <u>Joas Russa</u>	Estado <u>PR</u>	CEP <u>5815-120</u>	
Email _____		Telefone (DDD) _____		

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

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

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO: Brasil BRB

AGÊNCIA: 1234 D/V: 3 CONTA: 36.860 D/V: 1

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

Joas Russa 15 de maio de 2017  
Local e Data

Jose Jordam de Sa  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

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



COMPREV REGISTRO DE EVIDENCIA S/A.

27 FEV. 2018

PROTOCOLO



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

136.067.514-00

Nome completo da vítima

Jose Jordam de Sa

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

Nome completo Jose Jordam de Sa		CPF titular da conta 136.067.514-00		Profissão motorista	
Endereço Deutor Silveiro Nobrega		Número 130		Complemento	
Bairro João Guaribe	Cidade João Pessoa	Estado PB	CEP 5815-120		
Email		Telefone (DDD)			

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

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

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

AGÊNCIA  
NR/1  
D/V  
(Informar dígito se existir)

CONTA  
NR/1  
D/V  
(Informar dígito se existir)

BANCO  
Nome  
B. Brasil  
NR/1  
001  
AGÊNCIA  
NR/1  
1234  
D/V  
3  
CONTA  
NR/1  
36.860  
D/V  
1  
(Informar dígito se existir)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA  
27 FEB 2017  
PROTO 10

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

João Pessoa 15 de maio de 2017  
Local e Data

Jose Jordam de Sa  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



COMPREV REGISTRO EVIDENCIA S/A.

27 FEV. 2018

PROTOCOLO



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0253 - 2017	Responsável pelo Levantamento do Acidente: ROSINALDO OLIVEIRA DE SOUZA	Posto/Graduação: 3ºSGT /PM
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Rua Frei Martins / Prefeito Osvaldo Pessoa	Município: João Pessoa	UF PB
Data/Ocorrência 10-04-2017	Hora 09:00	Jaguaribe
Segunda-Feira	Natureza do Acidente Com	Abalroamento
Envolvidos no acidente (Quantidade) 02 veículos	Segunda-Feira	Asfalto
	Controle do tráfego no local Cruzamento com Via de Sentido Único	Condições/Via Seca
		Tempo Bom

CONDUTOR 01

Nome Francisco Ornan Ferreira Nobre	Sexo Masculino	Nascimento 28-02-1951	RG 153999
Endereço Rua Severino Chaves 1061, Manaira Apt. 102, João Pessoa PB - Tel.(083)98787-2191.			
1ª Habilitação 28-10-1977	Registro CNH N.º AB 00534393411	U.F. PB	Ex.med./Dia Sim
Exame de Embriaguez Alcoólica Não	Destino do Condutor Permaneceu no Local	Data Vencimento 29-08-2018	Usava cinto Sim

VEÍCULO 01

Marca Fiat Strada	Espécie Caminhonete	Placa FHQ-4722	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
Nome do Proprietário Francisco Ornan Ferreira					
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 012896213513	Renavan Nº 00507726111		Data da Emissão 04-01-2017	
Defeitos Nada constatado					

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Condutor declarou que: trafegava na via B no sentido Cagapa/Centro Administrativo, no momento que o mesmo foi adiantar um pouco o veículo a via A para ter a visão do fluxo por causa dos veículos que estavam estacionados a sua direita, vindo a atrapalhar a sua visão da via. Foi quando o mesmo visualizou um veículo, esperou passar, e veio a cruzar, não visualizou o V2, vindo a abalroar, acontecendo o sinistro.

CONDUTOR 02

Nome José Iordan de Sá	Sexo Masculino	Nascimento 04-10-1949	RG 210521
Endereço Rua Dr. Silvino da Nóbrega 130, Jaguaribe, João Pessoa PB - Tel.(083)98851-8051 / 3221-6630.			
1ª Habilitação 22-02-1987	Registro CNH N.º AB 02817386513	U.F. PB	Ex.med./Dia Sim
Exame de Embriaguez Alcoólica Não	Destino do Condutor Socorrido ao Hospital	Data Vencimento 18-02-2018	Usava cinto Sim

VEÍCULO 02

Marca Loncin Dank	Espécie Motocicleta	Placa OFY-6764	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
Nome do Proprietário José Iordan de Sá					
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 012297862603	Renavan Nº 00532168798		Data da Emissão 29-04-2016	
Defeitos Nada constatado					

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Condutor declarou no Bptran no dia 27-04-2017 às 11:10h e disse que: trafegava na via A faixa da direita sentido Centro/Rangel, momento que ao cruzar com a via B, foi atingido pelo V1 que avançou a placa PARE, ocasionando o acidente.





**POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA**  
**COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)**  
**BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO**  
**BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT**

**CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS - BOAT Nº 0253 - 2017**

Marca/Modelo: **Fiat Strada** Placa: **FHQ-4722** Responsável pelo Preenchimento: **3ºSgt De Souza** Data: **10-04-2017**

**PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE**

Item	Nome da Peça	Avaliação		Item	Nome da Peça	Avaliação	
		Sim	Não			Sim	Não
01	Panel corta-vento	x		12	Longarina traseira esquerda	x	
02	Longarina dianteira esquerda	x		13	Assolho porta malas ou caçamba	x	
03	Caixa de roda traseira esquerda	x		14	Longarina traseira direita	x	
04	Estrutura da soleira esquerda	x		15	Caixa de roda traseira direita	x	
05	Air Bags frontais	x		16	Estrutura da coluna traseira direita	x	
06	Air Bags laterais	x		17	Estrutura da soleira direita	x	
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda	x		18	Estrutura da coluna central direita	x	
08	Estrutura da coluna central esquerda	x		19	Estrutura da coluna dianteira direita	x	
09	Estrutura da coluna traseira esquerda	x		20	Assolho central direito	x	
10	Caixa de roda traseira esquerda	x		21	Caixa de roda dianteira direita	x	
11	Assolho central esquerdo	x		22	Longarina dianteira direita	x	
				Total Geral (Sim + Não)			
				00			

Observações: **(00)-DANO DE PEQUENA MONTA**

**AVALIAÇÃO POR DANO:**  
 Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1 -> DANO DE PEQUENA MONTA  
 Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6 -> DANO DE MÉDIA MONTA  
 Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6 -> DANO DE GRANDE MONTA

**DANOS NO V2**

Marca/Modelo: **Loncin Dank** Placa: **OFY-6764** Responsável pelo Preenchimento: **3ºSgt De Souza** Data: **10-04-2017**

**PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE**

Item	Nome da Peça	Avaliação		Item	Nome da Peça	Avaliação	
		Sim	Não			Sim	Não
01	Garfo dianteiro	x		05	Chassi	x	
02	Mesa superior da suspensão dianteira	x		06	Garfo traseiro	x	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira	x		07	Eixo traseiro (trilhões)	x	
04	Coluna de direção	x		Total Geral (Sim + Não)			
				00			

Observações: **(00)-DANO DE PEQUENA MONTA**

**AVALIAÇÃO POR DANO:**  
 Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 -> DANO DE PEQUENA MONTA  
 Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 -> DANO DE MÉDIA MONTA  
 Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 -> DANO DE GRANDE MONTA

João Pessoa-PB, 11 de Maio de 2017.

*Assinado e car. SGT*  
 Responsável pelo Levantamento

**BOLETIM DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO**  
 Cópia de Conformidade com o Original  
 EM: **15/05/2017**  
**ADRIANA AGUIAR S. AGUIAR**  
 526.321-2

**CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 0253 - 2017**

**VÍTIMA 01**

Nome: **José Iordan de Sá** Nascimento: **04-10-1949** Sexo: **Masculino**

Endereço: **Rua Dr. Silvino da Nóbrega 130, Jaguaribe, João Pessoa PB - Tel.(083)98851-8051 / 3221-6630.**

Viagem no Veículo Nº: **02** Usava Cinto:

Condição da Vítilma: **Conduzida Para Hospital de Trauma**

**CONSTATADO**

Constatado quando do levantamento que: há placa PARE na via B, o condutor 02 foi conduzido ao Trauma com escoriações e fratura na perna esquerda. Socorrido pela USB 03. Enfermeiro Aglaet, Coren: 106296, o V2 foi removido ao Bpitan para complemento de laudo. O sítio do acidente se deu no cruzamento das vias na faixa do V2.

João Pessoa - PB, 11 de Maio de 2017.

*Assinado e car. SGT*  
 Responsável pelo Levantamento

**COMPRÉV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.**  
**27 FEV. 2018**  
**PROTÓCOLO**





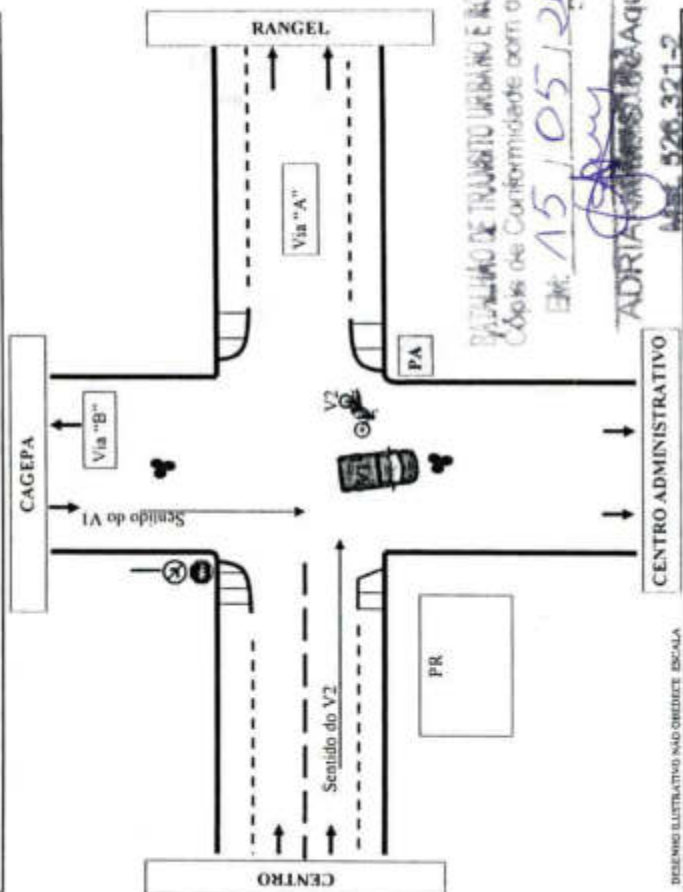
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPRJ / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



# CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0253/ 2017

## AMARRAÇÕES

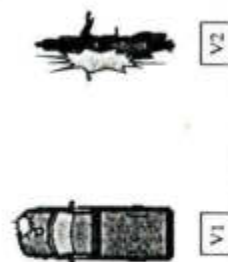
VIA "A" - Rua Frei Martinho 12,00metros  
VIA "B" - Rua Prefeito Osvaldo Pessoa 10,00metros  
PR (Ponto de Referência) Centro Administrativo  
PA (Ponto de Amarração) Poste da Energia  
V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Esquerdo 05.90 e Traseiro Esquerdo 07.00 metros para (PA)  
V2 (Veículo 02) Eixos Dianteiro Esquerdo 06.50 e Traseiro Esquerdo 05.30 metros para (PA)



DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Original  
Em: 15/05/2017

ADRIANA AQUINO  
MEL 526.321-2

## AVARIAS



Responsável pelo Levantamento  
Responsible for the Survey

COMPREV SEGURANÇA  
27. FEV. 2018  
PROTOCOLADO



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



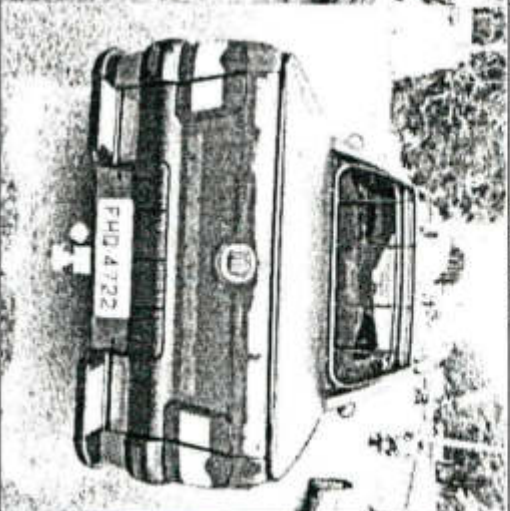
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0253/ 2017

FOTOS DO V1

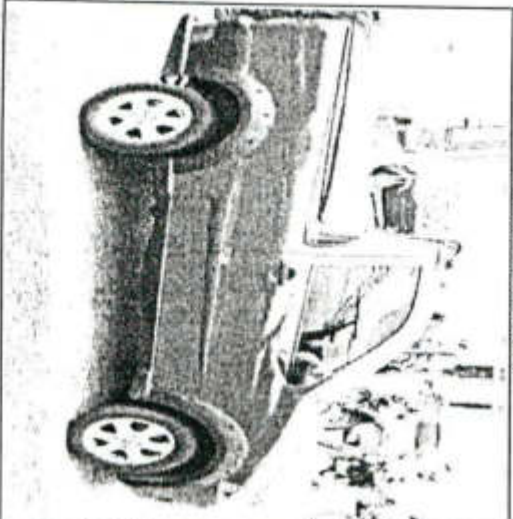
FRENTE (V1)



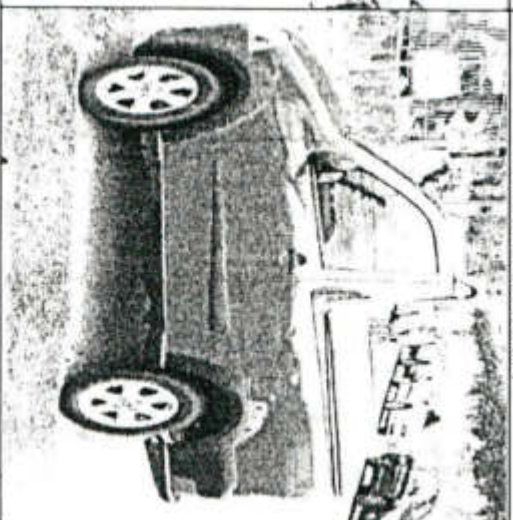
TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



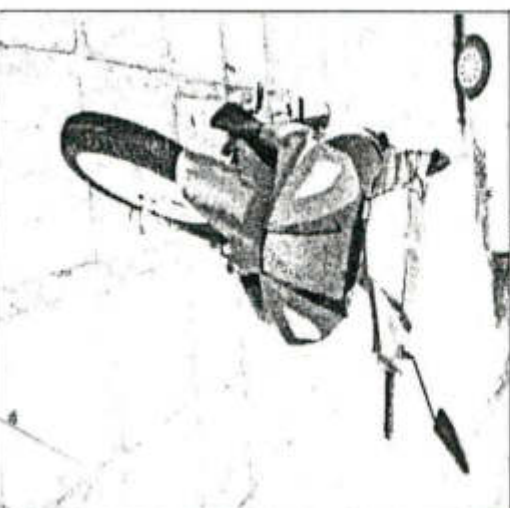
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



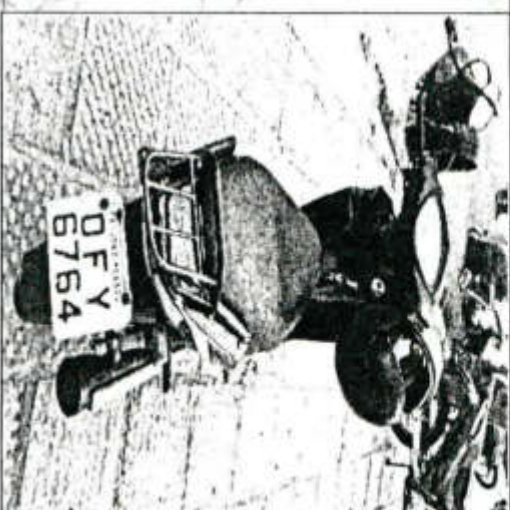
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0253/ 2017

FOTOS DO V2

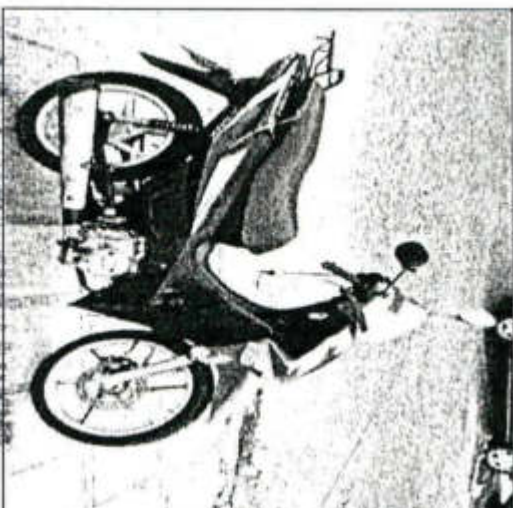
FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



Capitão de Polícia de Trânsito

EM: 15/05/2017

2

Rosinaldo Oliveira de Souza 3º Sgt PM  
Responsável pelo Levantamento

Capitão de Polícia de Trânsito

EM: 15/05/2017

3

Rosinaldo Oliveira de Souza 3º Sgt PM  
Responsável pelo Levantamento

ADRIANA OLIVEIRA DE SOUZA

ADRIANA OLIVEIRA DE SOUZA





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0253 - 2017	Responsável pelo Levantamento do Acidente: ROSINALDO OLIVEIRA DE SOUZA	Posto/Graduação: 3ºSGT /PM
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Rua Frei Martins / Prefeito Osvaldo Pessoa	Município: João Pessoa	UF PB
Data/Ocorrência 10-04-2017	Segunda-Feira	Tempo Bom
Envolvidos no acidente (Quantidade) 02 veículos	Com Com	Condições/Via Seca
	Abalroamento	
	Natureza do Acidente	
	09: 00	
	Asfalto	
	Controle do tráfego no local	
	Cruzamento com Via de Sentido Único	

CONDUTOR 01

Nome Francisco Ornan Ferreira Nobre	Sexo Masculino	Nascimento 28-02-1951	RG 153999
Endereço Rua Severino Chaves 1061, Manaira Apt. 102, João Pessoa PB - Tel.(083)9878-2191.			
1ª Habilitação 28-10-1977	AB	00534393411	UF PB
Exame de Embriaguez Alcoólica Não	Sim	29-08-2018	Usava cinto Sim
	Destino do Condutor Permaneceu no Local		

VEÍCULO 01

Marca Fiat Strada	Especie Caminhonete	Placa FHQ-4722	Categoria Particular	Município João Pessoa	UF PB
Nome do Proprietário Francisco Ornan Ferreira					
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 012896213513	Renavan Nº 00507726111		Data da Emissão 04-01-2017	
Defeitos Nada constatado					

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Condutor declarou que: trafegava na via B no sentido Cagapa/Centro Administrativo, no momento que o mesmo foi adiantar um pouco o veículo a via A para ter a visão do fluxo por causa dos veículos que estavam estacionados a sua direita, vindo a atrapalhar a sua visão da via. Foi quando o mesmo visualizou um veículo, esperou passar, e veio a cruzar, não visualizou o V2, vindo a abalroar, acontecendo o sinistro.

CONDUTOR 02

Nome José Iordan de Sá	Sexo Masculino	Nascimento 04-10-1949	RG 210521
Endereço Rua Dr. Silvino da Nóbrega 130, Jaguaribe, João Pessoa PB - Tel.(083)98851-8051 / 3221-6630.			
1ª Habilitação 22-02-1987	AB	02817386513	UF PB
Exame de Embriaguez Alcoólica Não	Sim	18-02-2018	Usava cinto Sim
	Destino do Condutor Socorrido ao Hospital		

VEÍCULO 02

Marca Loncin Dank	Especie Motocicleta	Placa OFY-6764	Categoria Particular	Município João Pessoa	UF PB
Nome do Proprietário José Iordan de Sá					
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 012297862603	Renavan Nº 00532168798		Data da Emissão 29-04-2016	
Defeitos Nada constatado					

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Condutor declarou no Bptran no dia 27-04-2017 às 11:10h e disse que: trafegava na via A faixa da direita sentido Centro/Rangel, momento que ao cruzar com a via B, foi atingido pelo V1 que avançou a placa PARE, ocasionando o acidente.





**POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA**  
**COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)**  
**BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO**  
**BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT**

**CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS - BOAT Nº 0253 - 2017**

Marca/Modelo: **Fiat Strada** Placa: **FHQ-4722** Responsável pelo Preenchimento: **3ºSgt De Souza** Data: **10-04-2017**

**PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE**

Item	Nome da Peça	Avaliação		Item	Nome da Peça	Avaliação	
		Sim	Não			Sim	Não
01	Panel corta-fogo	x		12	Longarina traseira esquerda	x	
02	Longarina dianteira esquerda	x		13	Assolho porta malas ou caçamba	x	
03	Caixa de roda traseira esquerda	x		14	Longarina traseira direita	x	
04	Estrutura da soleira esquerda	x		15	Caixa de roda traseira direita	x	
05	Air Bags frontais	x		16	Estrutura da coluna traseira direita	x	
06	Air Bags laterais	x		17	Estrutura da soleira direita	x	
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda	x		18	Estrutura da coluna central direita	x	
08	Estrutura da coluna central esquerda	x		19	Estrutura da coluna dianteira direita	x	
09	Estrutura da coluna traseira esquerda	x		20	Assolho central direito	x	
10	Caixa de roda traseira esquerda	x		21	Caixa de roda dianteira direita	x	
11	Assolho central esquerdo	x		22	Longarina dianteira direita	x	
				Total Geral (Sim + Não)			
				00			

Observações: **(00)-DANO DE PEQUENA MONTA**

**AValiação POR DANO:**  
 Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1 -> DANO DE PEQUENA MONTA  
 Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6 -> DANO DE MEDIA MONTA  
 Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6 -> DANO DE GRANDE MONTA

**DANOS NO V2**

Marca/Modelo: **Loncin Dank** Placa: **OFY-6764** Responsável pelo Preenchimento: **3ºSgt De Souza** Data: **10-04-2017**

**PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE**

Item	Nome da Peça	Avaliação		Item	Nome da Peça	Avaliação	
		Sim	Não			Sim	Não
01	Garfo dianteiro	x		05	Chassi	x	
02	Mesa superior da suspensão dianteira	x		06	Garfo traseiro	x	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira	x		07	Eixo traseiro (trilhões)	x	
04	Coluna de direção	x		Total Geral (Sim + Não)			
				00			

Observações: **(00)-DANO DE PEQUENA MONTA**

**AValiação POR DANO:**  
 Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 -> DANO DE PEQUENA MONTA  
 Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 -> DANO DE MEDIA MONTA  
 Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 -> DANO DE GRANDE MONTA

João Pessoa-PB, 11 de Maio de 2017.

*Assinado e car. SGT*  
 Responsável pelo Levantamento

**BOLETIM DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO**  
 Cópia de Conformidade com o Original  
 EM: **15/05/2017**  
**ADRIANA AGUIAR S. AGUIAR**  
 526.321-2

**CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 0253 - 2017**

**VITÍMA 01**

Nome: **José Iordan de Sá** Nascimento: **04-10-1949** Sexo: **Masculino**

Endereço: **Rua Dr. Silvino da Nóbrega 130, Jaguaribe, João Pessoa PB - Tel.(083)98851-8051 / 3221-6630.**

Viagem no Veículo Nº: **02** Usava Cinto:

Condição da Vitima: **Conduzida Para Hospital de Trauma**

**CONSTATADO**

Constatado quando do levantamento que: há placa PARE na via B, o condutor 02 foi conduzido ao Trauma com escoriações e fratura na perna esquerda. Socorrido pela USB 03. Enfermeiro Aglaet, Coren: 106296, o V2 foi removido ao Bpitan para complemento de laudo. O sítio do acidente se deu no cruzamento das vias na faixa do V2.

João Pessoa - PB, 11 de Maio de 2017.

*Assinado e car. SGT*  
 Responsável pelo Levantamento

**COMPRÉV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.**  
**27 FEV. 2018**  
**PROTÓCOLO**



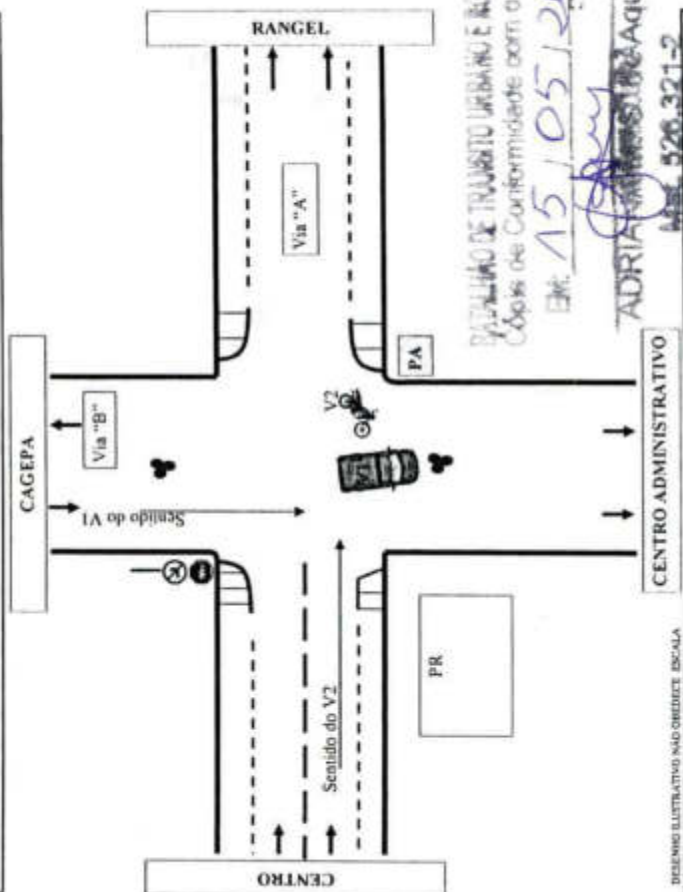
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



# CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0253/ 2017

## AMARRAÇÕES

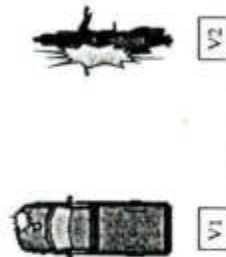
VIA "A" - Rua Frei Martinho 12,00metros  
VIA "B" - Rua Prefeito Osvaldo Pessoa 10,00metros  
PR (Ponto de Referência) Centro Administrativo  
PA (Ponto de Amarração) Poste da Energia  
V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Esquerdo 05.90 e Traseiro Esquerdo 07.00 metros para (PA)  
V2 (Veículo 02) Eixos Dianteiro Esquerdo 06.50 e Traseiro Esquerdo 05.30 metros para (PA)



DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Original  
Em: 15/05/2017

ADRIANA AQUINO  
MEL 526.321-2

## AVARIAS



Adriana de Souza  
Responsável pelo Levantamento

COMPREV SEGURANÇA  
27. FEV. 2018  
PROTOCOLADO





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



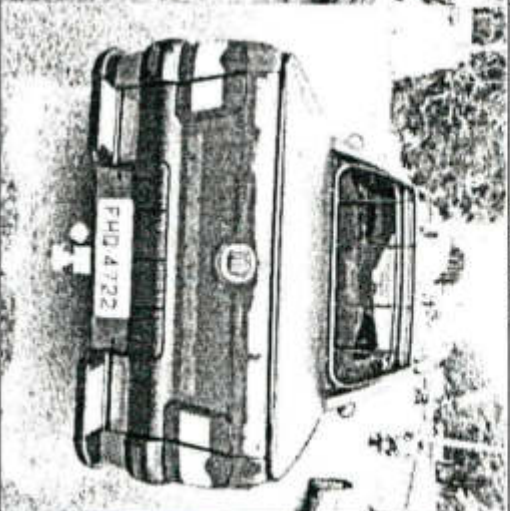
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0253/ 2017

FOTOS DO V1

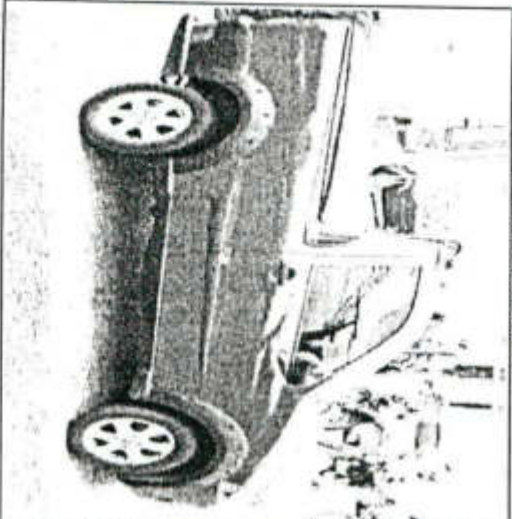
FRENTE (V1)



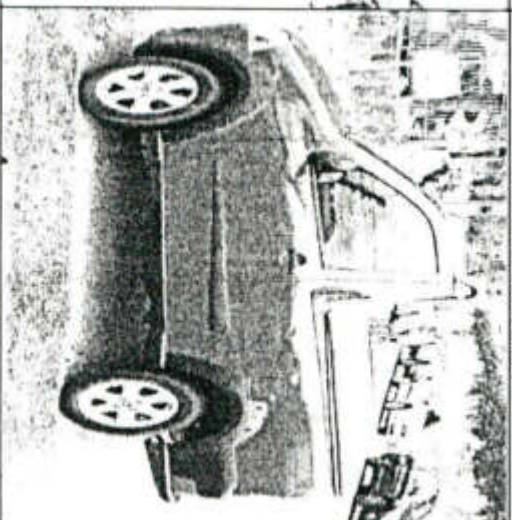
TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



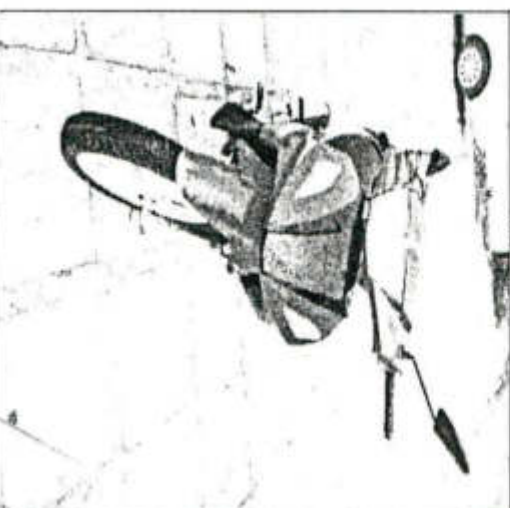
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



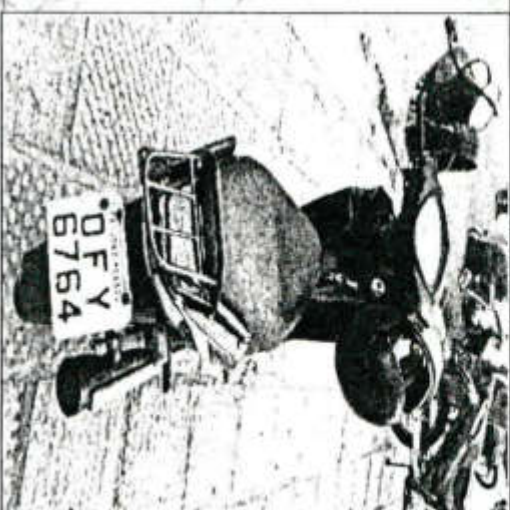
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0253/ 2017

FOTOS DO V2

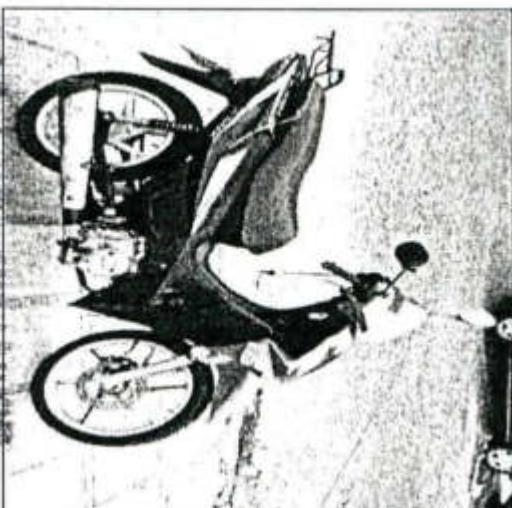
FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



Capitão de Polícia de Trânsito

EM: 15/05/2017

2

Rosinaldo Oliveira de Souza 3º Sgt PM  
Responsável pelo Levantamento

Capitão de Polícia de Trânsito

EM: 15/05/2017

3

Rosinaldo Oliveira de Souza 3º Sgt PM  
Responsável pelo Levantamento

ADRIANA OLIVEIRA DE SOUZA

ADRIANA OLIVEIRA DE SOUZA



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

João Tardam de Sá

CPF da Vítima

136.067.514-00

Data do Acidente

30-04-17

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

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

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §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 a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Tardam de Sá 15 de maio de 2017

Local e Data.

João Tardam de Sá

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

João Tardam de Sá

CPF da Vítima

136.067.514-00

Data do Acidente

30-04-17

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

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

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §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 a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Tardam de Sá 15 de maio de 2017

Local e Data.

João Tardam de Sá

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

João Tardam de Sá

CPF da Vítima

136.067.514-00

Data do Acidente

30-04-17

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

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

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

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §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 a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Tardam de Sá 15 de maio de 2017

Local e Data.

João Tardam de Sá

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAIBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 993033



<b>Identificação do paciente</b>				
ID 1159140	Nome JOSE IORDAN DE SA			Sexo Masculino
Data de nascimento 04/10/1949	Idade 68 anos 1 mes 19 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe EMERENCIANA GOMES DE SA			Pai GILSON DE OLIVEIRA SA	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo 83	Fone Fixo 32216630	
Tipo documento CNH	Número documento 02817386513	Nº Cns 705807470038432		
Local de procedência JAGUARIBE		Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		
<b>Endereço</b>				
CEP 58015120	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Doutor Silvino Nóbrega	
Número 130	Complemento	Bairro Jaguaribe		
<b>Admissão</b>				
Data e Hora 10/04/2017 10:41:09	Número da pulseira 1000005967727	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
<b>Indicadores e Transporte</b>				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU		Quem transportou		
<b>Sinais Vitais</b>				
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura		
<b>Exames complementares</b>				
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]
ECG [ ]		Ultrasonografia [ ]		
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por MAYARA ANA LACERDA				Tempo 19seg

Imprimir



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAIBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 993033



<b>Identificação do paciente</b>				
ID 1159140	Nome JOSE IORDAN DE SA			Sexo Masculino
Data de nascimento 04/10/1949	Idade 68 anos 1 mes 19 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe EMERENCIANA GOMES DE SA	Pai GILSON DE OLIVEIRA SA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo 83	Fone Fixo 32216630	
Tipo documento CNH	Número documento 02817386513	Nº Cns 705807470038432		
Local de procedência JAGUARIBE	Tipo BAIRRO		UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		
<b>Endereço</b>				
CEP 58015120	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Doutor Silvino Nóbrega	
Número 130	Complemento	Bairro Jaguaribe		
<b>Admissão</b>				
Data e Hora 10/04/2017 10:41:09	Número da pulseira 1000005967727	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
<b>Indicadores e Transporte</b>				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU		Quem transportou		
<b>Sinais Vitais</b>				
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura		
<b>Exames complementares</b>				
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]
ECG [ ]		Ultrasonografia [ ]		
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por MAYARA ANA LACERDA				Tempo 19seg

Imprimir



23/11/2017

- TIMed



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA,, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 993033



Identificação do paciente				
ID 1159140	Nome JOSE JORDAN DE SA			Sexo Masculino
Data de nascimento 04/10/1949	Idade 68 anos 1 mes 19 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe EMERENCIANA GOMES DE SA	Pai GILSON DE OLIVEIRA SA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo 83	Fone Fixo 32216630	
Tipo documento CNH	Número documento 02817386513	Nº Cns 705807470038432		
Local de procedência JAGUARIBE	Tipo BAIRRO		UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58015120	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Doutor Silvino Nóbrega	
Número 130	Complemento	Bairro Jaguaribe		
Admissão				
Data e Hora 10/04/2017 10:41:09	Número da pulseira 1000005967727	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Melo de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Ralo X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ] ECG [ ] Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por MAYARA ANA LACERDA				Tempo 19seg

Imprimir







COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I ICPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT	0253 - 2017	Responsável pelo Levantamento do Acidente:	Posto/Graduação:
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia:	Rua Frei Martins / Prefeito Osvaldo Pessoa	Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia:	3ºSGT / PI
UF	PB	Município:	João Pessoa
Data/Ocorrência	10-04-2017	Natureza do Acidente	09: 00 Jaguaribe
Envolvidos no acidente (Quantidade)	02 veículos	Abalroamento	Asfalto
		Centro de tráfego no local	Seca
		Cruzamento com Via de Sentido Único	

CONDUTOR 01

Nome	Francisco Ornan Ferreira Nobre	Sexo	Masculino	Nascimento	28-02-1951	RG	153999
Endereço	Rua Severino Chaves 1061, Manaira Apt. 102, João Pessoa PB - Tel.(083)98787-2191.						

1ª Habilitação	28-10-1977	UF	PB	Exatidão/Dia	29-08-2018	Usava Capacete	Sim
Exame de Embriaguez Alcoólica	Não	Destino do Condutor	Permaneceu no Local				

VEÍCULO 01

Marca	Fiat Strada	Especie	Caminhonete	Placa	FHQ-4722	Particular	João Pessoa	UF	PB
Nome do Proprietário	Francisco Ornan Ferreira								

Seguradora	DPVAT	Bilhete Nº	012896213513	Renovar Nº	0050726111	Data da Emissão	04-01-2017
Defeitos	Nada constatado						

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Condutor declarou que: trafegava na via B no sentido Caga/Centro Administrativo, no momento que o mesmo foi adiantar um pouco o veículo a via A para ter a visão do fluxo por causa dos veículos que estavam estacionados a sua direita, vindo a atrapalhar a sua visão da via. Foi quando o mesmo visualizou um veículo, esperou passar, e veio a cruzar, não visualizou o V2, vindo a abalroar, acontecendo o sinistro.

CONDUTOR 02

Nome	José Jordan de Sá	Sexo	Masculino	Nascimento	04-10-1949	RG	210521
Endereço	Rua Dr. Silvino da Nóbrega 130, Jaguaribe, João Pessoa PB - Tel.(083)98851-8051 / 2221-6630						

1ª Habilitação	22-02-1987	UF	PB	Exatidão/Dia	18-02-2018	Usava Capacete	Sim
Exame de Embriaguez Alcoólica	Não	Destino do Condutor	Socorrido ao Hospital				

VEÍCULO 02

Marca	Loncin Dank	Especie	Motocicleta	Placa	OFY-6764	Particular	João Pessoa	UF	PB
Nome do Proprietário	José Jordan de Sá								

Seguradora	DPVAT	Bilhete Nº	012297862603	Renovar Nº	00532168798	Data da Emissão	29-04-2016
Defeitos	Nada constatado						

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Condutor declarou ao Boletim no dia 27-04-2017 às 11:10h e disse que: trafegava na via A faixa da direita sentido Centro/Rangel, momento que ao cruzar com a via B, foi atingido pelo V1 que avançou a placa PARE,

COMPREV  
COMPREV PREVIDENCIA S/A  
29 JUN. 2018  
PROTOCOLADO  
AG. JOAO PESSOA





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAIBA  
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPRJ / CPR-4)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0253/2017

#### AMARRAÇÕES

VIA "A" - Rua Frei Martinho 12,00 metros  
VIA "B" - Rua Prefeito Osvaldo Pessoa 10,00 metros

PR (Ponto de Referência) Centro Administrativo  
PA (Ponto de Amarração) Poste da Energia

V1 (Veículo 01) Elcos Dianteiro Esquerdo 05 90 e Traseiro Esquerdo 07 00 metros para (PA)  
V2 (Veículo 02) Elcos Dianteiro Esquerdo 06 50 e Traseiro Esquerdo 05 30 metros para (PA)



COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
29 JUN. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Plano de Segurança Urbana e Rodoviária  
do Estado da Paraíba  
15/05/2013  
ADRIANA LIMA  
520.321-2

DESENHO ILUSTRATIVO NÃO ORDEM DE ESCALA

#### AVARIAS



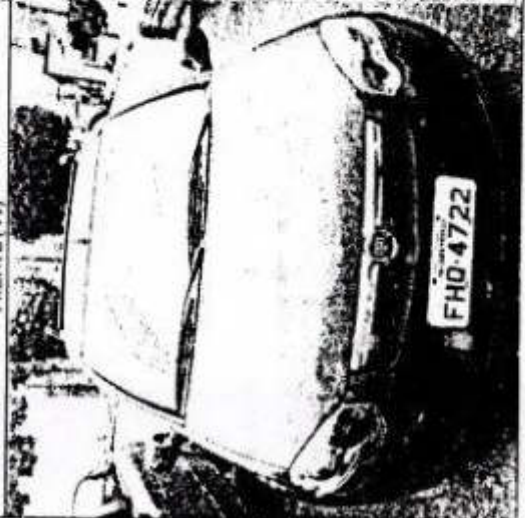
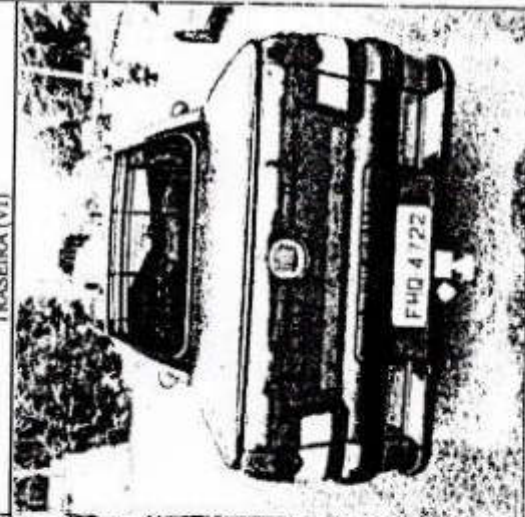
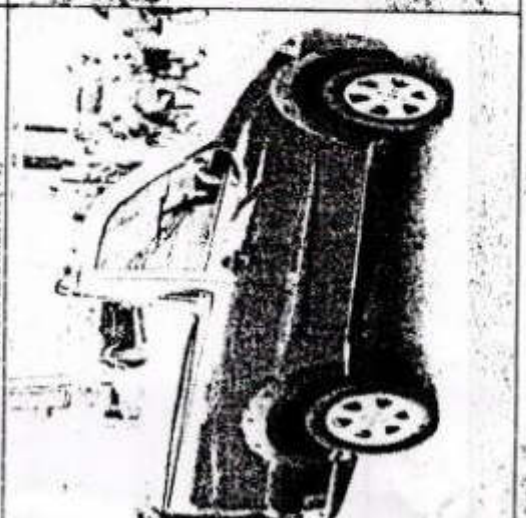
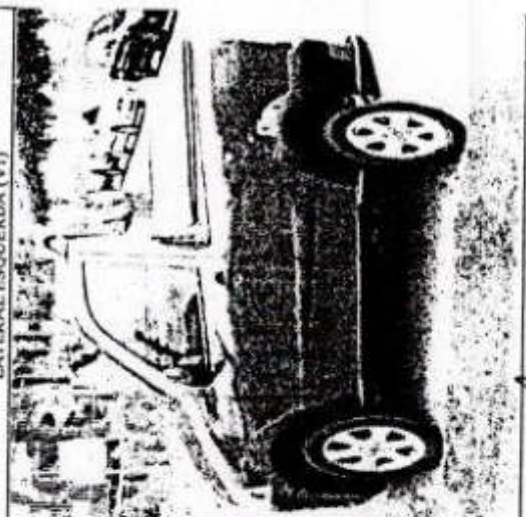







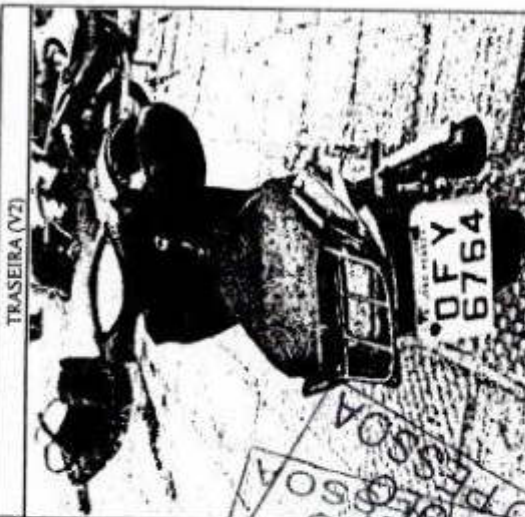

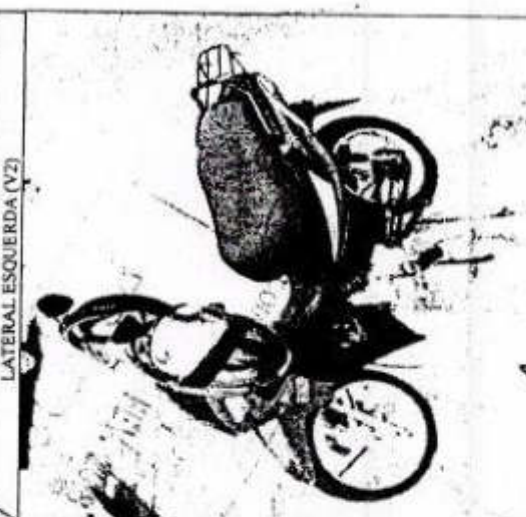


V1



V2

Responsável pelo Levantamento  
Resolvidos Oliveira de Souza 3-Sgt PM-520  
15/05/2013

 <p> <b>POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA</b>  <b>COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPRJ / CPR-II)</b>  <b>BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO</b>  <b>BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT</b> </p>			
<b>BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0253/ 2017</b>			
<b>FOTOS DO V1</b>			
<b>FRENTE (V1)</b> 		<b>TRASEIRA (V1)</b> 	
<b>LATERAL DIREITA (V1)</b> 		<b>LATERAL ESQUERDA (V1)</b> 	
<p>   Rômulo Oliveira de Souza 3º Sgt PM  Responsável pelo Levantamento </p>		<p>   Rômulo Oliveira de Souza 3º Sgt PM  Responsável pelo Levantamento </p>	

 <p> <b>POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA</b>  <b>COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPRJ / CPR-II)</b>  <b>BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO</b>  <b>BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT</b> </p>			
<b>BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0253/ 2017</b>			
<b>FOTOS DO V2</b>			
<b>FRENTE (V2)</b> 		<b>TRASEIRA (V2)</b> 	
<b>LATERAL DIREITA (V2)</b> 		<b>LATERAL ESQUERDA (V2)</b> 	
<p>   Rômulo Oliveira de Souza 3º Sgt PM  Responsável pelo Levantamento </p>		<p>   Rômulo Oliveira de Souza 3º Sgt PM  Responsável pelo Levantamento </p>	



**CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 0253 - 2017**

**VÍTIMA 01**

Nome: José Jordan de Sá  
Endereço: Rua Dr. Silvino da Nóbrega 130, Jaguaribe, João Pessoa PB - Tel: (083) 98851-8051 / 3221-6630.  
Sexo: Masculino  
Nascimento: 04-10-1949  
Usava Cinto: 02  
Viajava no Veículo Nº: 02  
Condição da Vítima: Condição Para Hospital de Trauma

**CONSTATADO**

Constato quando do levantamento que: há placa PARE na via B, o condutor 02 foi conduzido ao V2 foi removido ao Bpiran para complemento de laudo. O sítio do acidente se deu no cruzamento das vias na faixa do V2.

João Pessoa - PB, 11 de Maio de 2017.

*Assinado*  
Ronaldo Oliveira de Souza 3ºSGT PM  
Responsável pelo Levantamento



**COMANDO DE POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA**  
**BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO**  
**BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT**

**CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS - BOAT Nº 0253 - 2017**

Marca/Modelo: Fiat Strada  
Placa: FHO-4722  
Responsável pelo Preenchimento: 3ºSgt De Souza  
Data: 10-04-2017

**PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE**

Item	Nome da Peça	Sim	Não	Item	Nome da Peça	Sim	Não	Item	Nome da Peça	Sim	Não
01	Panela corta-vento			12	Longarina traseira esquerda			13	Assolinho porta malas ou caçamba		
02	Longarina dianteira esquerda			14	Longarina traseira direita			15	Caixa de roda traseira direita		
03	Caixa de roda dianteira esquerda			16	Estrutura da coluna traseira direita			17	Estrutura da coluna traseira esquerda		
04	Estrutura da soleira esquerda			18	Estrutura da coluna central direita			19	Estrutura da coluna central esquerda		
05	Air Bags frontais			20	Assolinho central direito			21	Caixa de roda dianteira direita		
06	Air Bags laterais			22	Longarina dianteira direita						
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda										
08	Estrutura da coluna central esquerda										
09	Estrutura da coluna traseira esquerda										
10	Caixa de roda traseira esquerda										
11	Assolinho central esquerdo										

Observações: 00-DANO DE PEQUENA MONTA  
Total Geral (Sim + Não) 00

**AValiação POR DANO:**  
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1 -> DANO DE PEQUENA MONTA  
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6 -> DANO DE MÉDIA MONTA  
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6 -> DANO DE GRANDE MONTA

Marca/Modelo: Lontin Dink  
Placa: OFY-6764  
Responsável pelo Preenchimento: 3ºSgt De Souza  
Data: 10-04-2017

**MOTOCICLETA**

**PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE**

Item	Nome da Peça	Sim	Não	Item	Nome da Peça	Sim	Não
01	Garfo dianteiro			05	Chassi		
02	Mesa superior da suspensão dianteira			06	Garfo traseiro		
03	Mesa inferior da suspensão dianteira			07	Eixo traseiro (trincos)		
04	Coluna de direção						

Observações: 00-DANO DE PEQUENA MONTA  
Total Geral (Sim + Não) 00

**AValiação POR DANO:**  
Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 -> DANO DE PEQUENA MONTA  
Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 -> DANO DE MÉDIA MONTA  
Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 -> DANO DE GRANDE MONTA

João Pessoa-PB, 11 de Maio de 2017.

*Assinado*  
Ronaldo Oliveira de Souza 3ºSGT PM  
Responsável pelo Levantamento

*Assinado*  
Ronaldo Oliveira de Souza 3ºSGT PM  
Responsável pelo Levantamento



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAIBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 993033



<b>Identificação do paciente</b>				
ID 1159140	Nome JOSE IORDAN DE SA			Sexo Masculino
Data de nascimento 04/10/1949	Idade 68 anos 1 mes 19 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe EMERENCIANA GOMES DE SA			Pai GILSON DE OLIVEIRA SA	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo 83	Fone Fixo 32216630	
Tipo documento CNH	Número documento 02817386513	Nº Cns 705807470038432		
Local de procedência JAGUARIBE		Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		
<b>Endereço</b>				
CEP 58015120	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Doutor Silvino Nóbrega	
Número 130	Complemento	Bairro Jaguaribe		
<b>Admissão</b>				
Data e Hora 10/04/2017 10:41:09	Número da pulseira 1000005967727	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
<b>Indicadores e Transporte</b>				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU		Quem transportou		
<b>Sinais Vitais</b>				
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura		
<b>Exames complementares</b>				
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]
ECG [ ]		Ultrasonografia [ ]		
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por MAYARA ANA LACERDA				Tempo 19seg

Imprimir



# 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: 03/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: JOSE IORDAN DE SA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01234-3

CONTA: 000000036860-1

---

Nr. da Autenticação 5AB96601BF5701F5



86680000013-9 16350868063-0 90000000059-7 26628000000-8

Agência/Código Beneficiário	Número do Documento	Nosso Número	Autenticação Mecânica / Casa Lotérica	
2938/026357-7	1800016186	109/05926628-0	Vencimento	Valor do Documento
			01/02/2018	1.316,35



UNIMED JOÃO PESSOA

AV. MARECHAL DEODORO 420 - TORRE - JOÃO PESSOA - PB  
CEP: 58040-910 FONE: 0800.725.1200 FAX: (83) 3241.4359

ANS Nº 321044

## CLIENTE

82966 - EMERECIANA GOMES DE SA  
RUA DOUTOR SILVINO NOBREGA, 130  
JAGUARIBE  
58015-120 JOAO PESSOA - PB

Nº Contrato

02/00045784

VENCIMENTO

01/02/2018

VALOR

1.316,35

MENSALIDADE BASICA

1.316,35 C

Relação de débitos:



Banco Itaú SA

341-7

## RECIBO DO PAGADOR

Beneficiário	Valor do Documento	Juros e Correção	Desconto	Outros	Valor a pagar
UNIMED JOÃO PESSOA	1.316,35				
Agência/Código Beneficiário	Número do Documento	Nosso Número	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		
2938/026357-7	1800016186	109/05926628-0			



Banco Itaú SA

341-7

34191.09057 92662.802930 82635.770009 8 74220000131635

LOCAL DO PAGAMENTO						VENCIMENTO	
PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ						01/02/2018	
BENEFICIÁRIO						AGÊNCIA/CÓD. DO BENEFICIÁRIO	
UNIMED JOÃO PESSOA - CNPJ: 08.680.639/0001-77						2938/026357-7	
DATA DO DOCUMENTO		Nº DO DOCUMENTO		ESPECIE DO DOC		NOSSO NÚMERO	
17/01/2018		1800016186		12		109/05926628-0	
				ACEITE		DATA DO PROCESSAMENTO	
				N		26/01/2018	
<ul style="list-style-type: none"><li>- Após o vencimento pagar no banco Itaú e Lotéricas.</li><li>- Não receber após 90 dias do vencimento.</li><li>- Não cobrar Multa e Juros. Os encargos financeiros (Multa de 2,00%) e (Juros de 0,033% ao dia) decorrentes do pagamento após o vencimento serão cobrados na próxima fatura.</li></ul>						VALOR DO DOCUMENTO	
						1.316,35	
						(-) DESCONTOS/ABATIMENTO	
						(-) OUTRAS DEDUÇÕES	
						(+/-) MULTA/MORA	
PAGADOR 82966 - EMERECIANA GOMES DE SA - CPF: 839.511.994-15 RUA DOUTOR SILVINO NOBREGA, 130 JAGUARIBE 58015-120 JOAO PESSOA - PB						(+/-) OUTROS ACRESCIMOS	
						(-) VALOR COBRADO	
						No. Contrato: 02/00045784	



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA FICHA DE COMPENSAÇÃO



**Fatura Mensal**

Número do Cartão: 528865XXXXXX855

Atendimento a Clientes: 40549809

Detalhe Localidade: 0800 9409009

**Vencimento da Fatura**

28/10/2017

**Total da fatura**

R\$ 50,00

**Pagamento à**

R\$ 7,56

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Valor mínimo em caso de pagamento mínimo até o vencimento R\$ 5,04.

Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 13/11/2017



CTC RODRIGUE PE ALA  
JOSE EDUARDO DA SILVA  
AV MARIA ROSA 58  
MANAIRA  
58038-460 JOAO PESSOA PB



7211307021 58850 21000044754 30 171017  
Vencimento: 28/10/2017 - Pagagem: 17/10/17 - Emissão: 13/10/2017

**Demonstrativo**

Data	Descrição	Cidade/País	Valor US\$	Creditor/Débit
		Valor Original	Cotação	
13/09	TOTAL DA FATURA ANTERIOR			19
28/09	GERADO PELO PAGAMENTO			24
	Subtotal Nacional			0
	JOSE EDUARDO DA SILVA 528865XXXXXX855			
	Movimentações Nacionais			17
13/10	ANUIDADE DIFERENCIADA TIT 02/04			16
	Subtotal Nacional			0
	Total Nacional			35
	Total Internacional			1
	Total da Fatura			36

**Demonstrativo do Programa de Pontos Caixa**

Saldo Disponível

22276

Pontos a Expirar

1330

**Encargos**

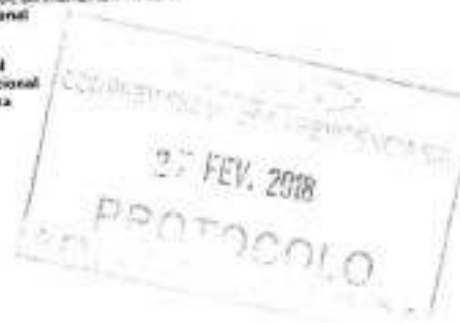
IMPOSTO

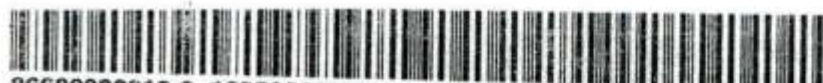
R\$ 0,00

2,00%

1,00%

0,05%





86680000013-9 16350868063-0 90000000059-7 26628000000-8

Agência/Código Beneficiário	Número do Documento	Nosso Número	Vencimento	Autenticação Mecânica / Casa Lotérica
2938/026357-7	1800016186	109/05926628-0	01/02/2018	Valor do Documento 1.316,35



UNIMED JOÃO PESSOA

AV. MARECHAL DEODORO 420 - TORRE - JOÃO PESSOA - PB  
CEP: 58040-910 FONE: 0800.725.1200 FAX: (83) 3241.4359

ANS Nº 321044

## CLIENTE

82966 - EMERECIANA GOMES DE SA  
RUA DOUTOR SILVINO NOBREGA, 130  
JAGUARIBE  
58015-120 JOAO PESSOA - PB

Nº Contrato

02/00045784

VENCIMENTO

01/02/2018

VALOR

1.316,35

MENSALIDADE BASICA

1.316,35 C

Relação de débitos:



Banco Itaú SA

341-7

## RECIBO DO PAGADOR

Beneficiário	Valor do Documento	Juros e Correção	Desconto	Outros	Valor a pagar
UNIMED JOÃO PESSOA	1.316,35				
Agência/Código Beneficiário	Número do Documento	Nosso Número	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		
2938/026357-7	1800016186	109/05926628-0			



Banco Itaú SA

341-7

34191.09057 92662.802930 82635.770009 8 74220000131635

LOCAL DO PAGAMENTO						VENCIMENTO	
PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ						01/02/2018	
BENEFICIÁRIO						AGÊNCIA/CÓD. DO BENEFICIÁRIO	
UNIMED JOÃO PESSOA - CNPJ: 08.680.639/0001-77						2938/026357-7	
DATA DO DOCUMENTO		Nº DO DOCUMENTO		ESPECIE DO DOC		NOSSO NÚMERO	
17/01/2018		1800016186		12		109/05926628-0	
				ACEITE		DATA DO PROCESSAMENTO	
				N		26/01/2018	
<ul style="list-style-type: none"><li>- Após o vencimento pagar no banco Itaú e Lotéricas.</li><li>- Não receber após 90 dias do vencimento.</li><li>- Não cobrar Multa e Juros. Os encargos financeiros (Multa de 2,00%) e (Juros de 0,033% ao dia) decorrentes do pagamento após o vencimento serão cobrados na próxima fatura.</li></ul>						VALOR DO DOCUMENTO	
						1.316,35	
						(-) DESCONTOS/ABATIMENTO	
						(-) OUTRAS DEDUÇÕES	
						(+/-) MULTA/MORA	
PAGADOR 82966 - EMERECIANA GOMES DE SA - CPF: 839.511.994-15 RUA DOUTOR SILVINO NOBREGA, 130 JAGUARIBE 58015-120 JOAO PESSOA - PB						(+/-) OUTROS ACRESCIMOS	
						(=) VALOR COBRADO	
						No. Contrato: 02/00045784	



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA FICHA DE COMPENSAÇÃO



**Fatura Mensal**

Número do Cartão: 528865XXXXX0655

Atendimento a Clientes: 40049809

Detalhe Localidade: 0800 9409009

**Vencimento da Fatura**

28/10/2017

**Total da fatura**

R\$ 50,00

**Pagamento à**

R\$ 7,56

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Valor mínimo em caso de pagamento mínimo até o vencimento R\$ 5,04.

Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 13/11/2017



OTC ROTE PE PLR  
JOSE EDUARDO DA SILVA  
AV MARIA ROSA 58  
MANAIRA  
58038-460 JOAO PESSOA PB



7211307021 58880 21000044754 30 171017  
Vencimento: 28/10/2017 Pagagem: 17/10/17 Emissão: 13/10/2017

**Demonstrativo**

Data	Descrição	Cidade/País	Valor US\$	Creditor/Débit
		Valor Original	Cotação	
13/09	TOTAL DA FATURA ANTERIOR			19
28/09	GERADO PELO PAGAMENTO			24
	Subtotal Nacional			0
	JOSE EDUARDO DA SILVA 528865XXXXX0655			
	Movimentações Nacionais			17
13/10	ANUIDADE DIFERENCIADA TIT 02/04			1
	Subtotal Nacional			0
	Total Nacional			0
	Total Internacional			0
	Total da Fatura			0

**Demonstrativo do Programa de Pontos Caixa**

Saldo Disponível	Pontos a Expirar
22276	1330

**Encargos**

IMPOSTO	2,00%
ANUIDADE	1,00%
	0,00%





**Minha NET:**

- ⊖ BDA LARGA NET EMPRESAS  
60 MEGA FID
- ⊖ FONE EMPRESA BRASIL  
TOTAL 1x

**descrição**

- ⊖ **NET VIRTUA +**
- ⊖ **NET Fone**
- Itens Eventuais**

**total**

145,00  
54,99  
-45,00

Valor total  
**154,99**

**NET VIRTUA +**

Mensalidade NET VIRTUA +

01/07/18 a 31/07/18 MENSALIDADE VIRTUA NOVA LARGA NET EMPRESAS 60 MEGA FID

145,00

Sub-Total Mensalidade NET VIRTUA +

145,00

Total NET VIRTUA +

145,00

**NET Fone**

SERVIÇO

DURAÇÃO

ASSINATURA

54,99

Total NET Fone

54,99

**Itens Eventuais**

Descontos/Cancelamentos

DESCONTO VIRTUA + NET VIRTUA +

-45,00

Sub-Total Descontos/Cancelamentos

-45,00

Total Itens Eventuais

-45,00



Para atendimento presencial consulte os endereços no site [net.com.br](http://net.com.br).  
- Evite o descumprimento de sua sinal elevando o pagamento até a data do vencimento. NET aliada ao Serasa/SPC.  
- Para pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%.  
- Caso existam serviços prestados e não cobrados, esses serão incluídos nas suas próximas faturas.  
Deficiente Auditivo e de Fala ligue 0800 721 7707 - É preciso realizar a ligação com um telefone adaptado com dispositivo TDD (Dispositivo de Telecomunicações para Deficientes).  
Ligue 4004-7777 para atendimento técnico, financeiro e compra de serviços (onça de ligação local).  
Central de Relacionamento NET: 16021 e 0800-721 7707 (deficientes auditivos)  
Ovidiana 08007018180  
REGISTROS DE ATENDIMENTO  
907182541944/6 907182543171/006  
907182543171/006 90718254261933/9  
90718254319016/7

**Autenticação Mecânica**

Pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%. Os encargos de pagamentos efetuados após o vencimento serão cobrados na próxima fatura.

Atenção efetue seus pagamentos nos bancos conveniados a seguir: BANCO BRADESCO S.A., BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A., BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A, BANCO DE BRASILIA S.A., BANCO DO BRASIL S.A., BANCO DO ESTADO DO PARA, BANCO ITALI S.A., BANCO MERCANTIL DO BRASIL S.A., BANCO SAFRA S/A, BANCO SANTANDER, BANESPA, BANRISUL, CAIXA ECONOMICA FEDERAL, CITIBANK, CREFI.

Cliente	Identificação para Débito	Mês Referência	Vencimento	Valor
JOSE EDUARDO DA SILVA	NET SERVICOS 9070145270823	Julho/2018	10/08/2018	154,99

**84640000001-0 54990296201-4 80810907000-9 00140585849-7**



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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE EDUARDO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Jonadom de Sa inscrito (a) no CPF sob o Nº 136.067.514-00 do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima Jose Jonadom de Sa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 136.067.514-00, 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>Av. Maria Rosa</u>		Número <u>58</u>	Complemento -
Bairro <u>Itamarua</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58038-460</u>
Email <u>aleamachacasab Duarte@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>98663-4900</u>	Telefone celular (DDD) <u>99105-5363</u>

João Pessoa, 09 de Levenio de 2018  
Local e Data

Assinatura do Declarante

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE EDUARDO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Jonadom de Sa inscrito (a) no CPF sob o Nº 136.067.514-00 do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima Jose Jonadom de Sa inscrito (a) no CPF sob o Nº 136.067.514-00, 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>Av. Maria Rosa</u>		Número <u>58</u>	Complemento -
Bairro <u>Itamarajé</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58038-460</u>
Email <u>alexandracasabianca@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>98663-4900</u>	Telefone celular (DDD) <u>99105-5363</u>	

Jose Jonadom de Sa 09 de Levante de 2018  
Local e Data

Assinatura do Declarante





# REQUISIÇÃO DE EXAMES - SUS

NÚMERO DO CADASTRO: 2 3 9 9 6 2 8

1-CPF  
2-CGC

2 1 0 2 0 2 4 3 4 0 0 0 1 2 8

NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY

ENDEREÇO: RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N - CEP 58056-384, João Pessoa - PB.

BAIRRO: MANGABEIRA II

MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA

UF: PARAÍBA

PACIENTE

ENDEREÇO

BAIRRO

DADOS CLÍNICOS

IDENTIDADE

210521

IDADE

68

ORIGEM

PAM

SES

SSM

ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

17.7.18  
DATA

Reforma e do  
Unil

Dr. Roberto A. Santos  
Dra - Traumatologia

CRM 1560

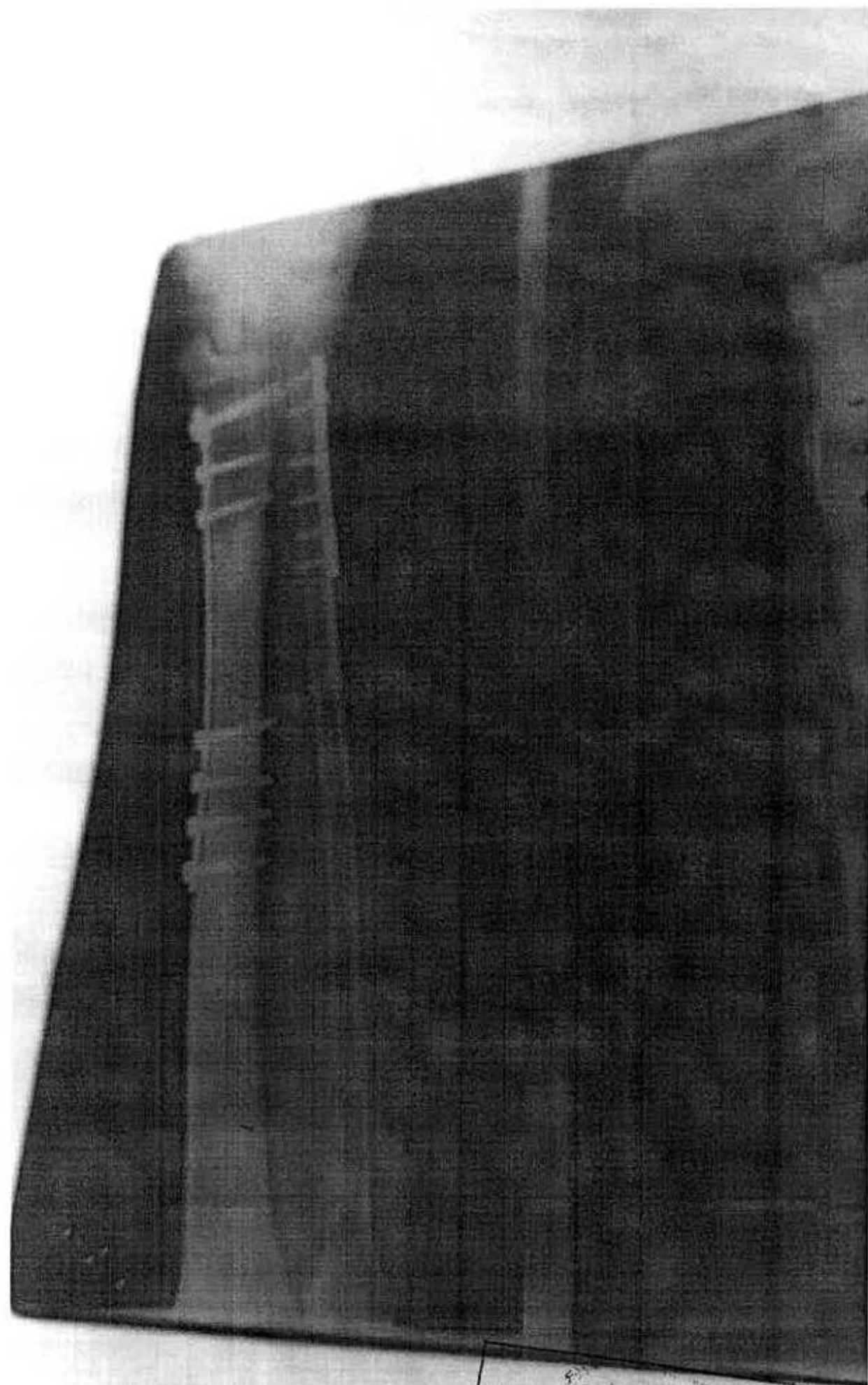
CARIMBO E ASSINATURA

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA

30 JUL. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA



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



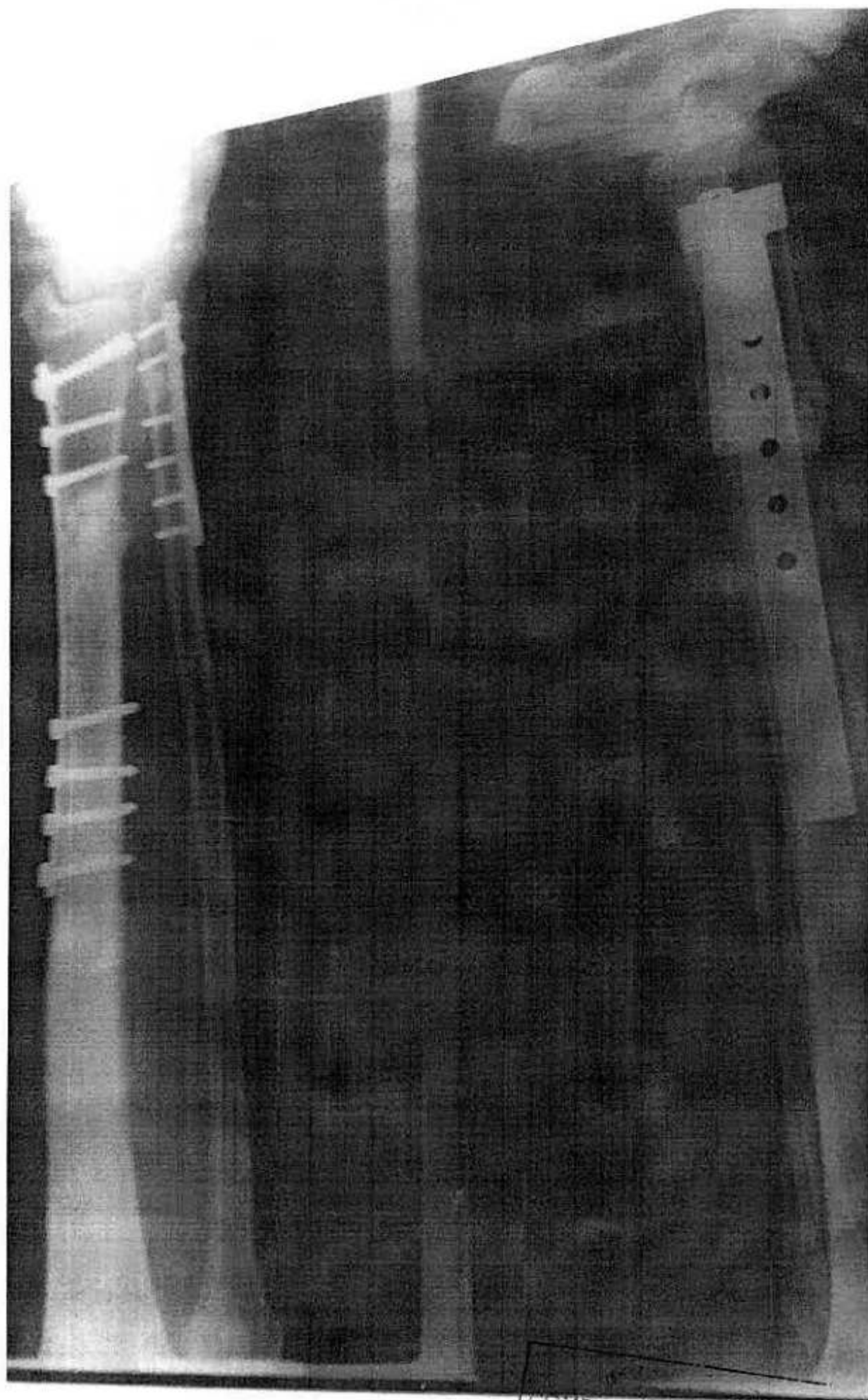
SECRETARIA DE VIGILANCIA SANITARIA  
30 JUL 2018  
PROTOCOLO  
26.10.2018

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 JUL. 2018

✓ PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
30 JUL. 2018  
✓ PROTOCOLO  
S.G. JOÃO PESSOA



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

# ADMINISTRATIVAS

Endereço: AV. ORESTES LISBOA,, S/N, CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165736

CNES: 454561

Paciente JOSE JORDAN DE SA	BAE 993033	Data/Hora Entrada 10/04/2017 16:41:09	Data Saída 2017-04-12 16:27:11.0
Data de nascimento 04/10/1949	Idade 68	Sexo Masculino	CNS 705807470038432
Mãe EMERENCIANA GOMES DE SA			Telefone de Contato (83) 32216530
Endereço Doutor Silvino Nóbrega, 130	Bairro Jaguaribe	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GUSTAVO URQUISA LEITE	Nº Cons. Regional 7429/PB
Data/Hora Classificação 12/04/2017 16:27:14		Data/Hora Prescrição 10/04/2017 16:41:14	

## Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EM USO DE CAPACETE. NEGA TCE, DESMAIO OU VÔMITOS. ABCD, CERVICAL, TÓRAX, ABDOME E BACIA SEM ALTERAÇÕES AO EXAME PRIMÁRIO. APRESENTA ESCORIAÇÕES EM MMSS E MMII E APRESENTA FRATURA FECHADA EM PERNA ESQUERDA E SUSPEITA DE FRATURA EM OMBRO DIREITO. NEGA IMUNIZAÇÃO CONTRA O TÉTANO.

## MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 1,0 FRASCO VIA E.V, AGORA, 0,0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 AMPOLA

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 1,0 FRASCO/AMP

## CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE BACIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

## CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Dados coletados anteriormente ☒ utilizar na Impressão?

## Conduta

Em observação

## Alta Hospitalar

Usuário CARLA FREDERICA LINS	Data e Hora 12/04/2017 16:27:11
Motivo de Alta ALTA HOSPITALAR	Observações

Boletim registrado por: MAYARA ANA LACERDA em 10/04/2017 16:41:28





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

# ADMINISTRATIVAS

Endereço: AV. ORESTES LISBOA,, S/N, CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA, JOAO PESSOA - PB,  
58031090

Tel: 32165736

CNES: 454561

Paciente <b>JOSE JORDAN DE SA</b>	BAE <b>993033</b>	Data/Hora Entrada <b>10/04/2017 10:41:09</b>	Data Baixa <b>2017-04-12 18:27:11.0</b>
Data de nascimento <b>04/10/1949</b>	Idade <b>68</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>705807470038432</b>
Mão <b>EMERENCIANA GOMES DE SA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 32216630</b>
Endereço <b>Doutor Silvino Nóbrega, 130</b>			Prontuário
Bairro <b>Jaguaripe</b>		Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS</b>	Nº Cons. Regional <b>10575/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>12/04/2017 18:27:14</b>		Data/Hora Prescrição <b>10/04/2017 14:08:49</b>	

## Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EM USO DE CAPACETE. NEGA TCE, DESMAIO OU VÔMITOS. ABCD, CERVICAL, TÓRAX, ABDOME E BACIA SEM ALTERAÇÕES AO EXAME PRIMÁRIO. APRESENTA ESCORIAÇÕES EM MMSS E MMII E APRESENTA FRATURA FECHADA EM PERNA ESQUERDA E SUSPEITA DE FRATURA EM OMBRO DIREITO. NEGA IMUNIZAÇÃO CONTRA O TÉTANO.

#ORTO - AO EF: CREPITAÇÕES EM PERNA ESQUERDA. DOR A MOBILIZAÇÃO OMBRO DIREITO. AO RX: FRATURA ACROMIO D + FRATURAS DE OSSOS DA PERNA DISTAL ESQ. CD: "MJ" DIR. + TALA CRUIROPODALICA ESQUERDA+ CURATIVOS + ENCAMINHO AO ORTOTRAUMA CONFORME PACTUAÇÃO. SAT OU TETANOGAMMA.

## CID10

Código	Descrição
582.9	Fratura de perna, parte não especificada

Dados coletados anteriormente ☒ utilizar na Impressão?

27 FEV. 2018

## Conduta

Em observação

## Alta Hospitalar

Usuário <b>CARLA FREDERICA LINS</b>	Data e Hora <b>12/04/2017 18:27:11</b>
Motivo da Alta <b>ALTA HOSPITALAR</b>	Observações

JOSE JORDAN DE SA

PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS  
(CRM: 10575/PB)

Boleim registrada por: MAYARA ANA LACERDA em 10/04/2017 10:41:28



**Dra. Arleide Andrade Medeiros**  
**CRM/PB 11.289**

Paciente: JOSÉ IORDAN DE SÁ.

**LAUDO MÉDICO.**

O paciente JOSÉ IORDAN DE SÁ, foi vítima de acidente de trânsito em 10/04/2017, em decorrência do qual sofreu trauma em membro inferior esquerda, fratura na perna esquerda.

Constatado o trauma por exame de imagem o paciente foi submetido a procedimento cirúrgico para tratamento da fratura onde foram afixadas placas e 13 parafusos.

Do exame clínico e dos demais documentos médicos do paciente, vê-se significativa limitação nos movimentos em face da extensão das lesões sofridas, revelando sequelas no membro inferior esquerdo, com redução da capacidade para o exercício normal das atividades habituais da paciente.

CID 10: S82.9, T93

João Pessoa, 17 de agosto de 2018.

Dra. Arleide Andrade Medeiros  
Médica  
CRM/PB 11.289



COMPREV SEGUROS E REPENDENCIA CIA.

27 FEV. 2018

PROTOCOLO

PRIMARIO PLASTIFICAR		VALIDA EM TODOS O TERRITORIO NACIONAL	
693886537		693886537	
<p>JOAO PESSOA, PB</p> <p><i>Rodolfo Carneiro</i></p> <p>60191374460</p> <p>PR025895931</p>		<p>JOSE TORRES DE SA</p> <p>DOC. OUTUBRO / OUT. ANEXO 11</p> <p>210921</p> <p>CPF: 136.067.514-00</p> <p>DATA EMISSÃO: 04/10/1948</p> <p>REGIÃO: GILSON DE OLIVEIRA SA</p> <p>EXERCÍCIO: GOREN DE SA</p> <p>VALIDAÇÃO: 22/02/1987</p>	



CONSELHO NACIONAL DE DEFESA DO CONSUMIDOR 05701485



CONSUMIDOR



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

SEXO

JOSE EDUARDO DA SILVA

PLACER

JOSEF GERVASIO DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO

JOAO PEDRO DE

RG

1.024.982 - SSP/PB

CLASSIFICACAO DE DEFESA DO CONSUMIDOR

NÃO

DATA DE EMISSAO

02/04/2005

485.038.024-01

DATA DE VALIDADE

10/04/2010

VIA: ASSINATURA

CONFERENCIA DE IDENTIFICACAO

17. FEV. 2008

PROTOCOLO

COMPREV SEGUROS E REPENDENCIA S/A.

27 FEV. 2018

PROTOCOLO

PRIMEIRO PLASTIFICAR		VALIDA EM TODOS O TERRITORIO NACIONAL	
693886537		693886537	
<p>JOAO PEROSA, PB</p> <p><i>Rodolfo Carneiro</i></p> <p>60191374460</p> <p>PR025895931</p>		<p>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</p> <p>MINISTÉRIO DAS CIDADES</p> <p>DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO</p> <p>SECRETARIA NACIONAL DE TRÁFICO</p> <p>JOSE TORRES DE SA</p> <p>DOC. OUTUBRO / OUT. ANEXO 9</p> <p>210921</p> <p>CPF: 136.067.514-00</p> <p>DATA EMISSÃO: 04/10/1948</p> <p>RAÇÃO: GILSON DE OLIVEIRA SA</p> <p>EXERCÍCIO: GOREB DE SA</p> <p>VALIDADE: 18/02/2018</p> <p>VALIDAÇÃO: 22/02/1987</p>	



CONSELHO NACIONAL DE DEFESA DO CONSUMIDOR 05701485



CONSUMIDOR



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

SEXO

JOSE EDUARDO DA SILVA

PLACER

JOSE GERVASIO DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO

JOAO PEDRO DE

RA

1.024.982 - SSP/PB

LOCAL DE EXERCICIO DA ATIVIDADE

NÃO

DATA DE EXERCICIO DA ATIVIDADE

02/04/2005

485.038.024-91

DATA DE EXERCICIO DA ATIVIDADE

10/04/2010

VIA: ASSINATURA

CONFERÊNCIA DE IDENTIDADE

17. FEV. 2008

PROTOCOLO

# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012297862603  
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO  
VIA CDD RENAVAM - 26145000168227-5  
1 0053216879-8 00/00000000 2016

JOSE IORDAN DE SA

CPF / CNPJ 13606751400 PLACA OFY6764/PB  
PLACA ANT / UF NOVO PB LLCXCHL4XCA100066

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

I/LONCIN DANK DC110 MARCA / MODELO 2011 2012  
COR PREDOMINANTE VERMELHA

1 IPVA PAGO EM 29/04/2016 VENC. COTA ÚNICA 1º  
2 P/110 /CI PARTIC CATEGORIA 2º  
3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0 OF (R\$) 0 DATA DE PAGAMENTO  
PREMIO TOTAL (R\$) 0  
SEM RESERVA DE DOMINIO

JOAO PESSOA - BR 14311 29/04/2016 30392

DETRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012297862603 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 29/04/2016  
VIA 1 CPF / CNPJ 13606751400 PLACA OFY6764/PB

RENAVAM 00532168798 I/LONCIN DANK DC110 MARCA / MODELO  
ANO FAB 2011 CAT. IMB 9 Nº CHASSI LLCXCHL4XCA100066

PRÊMIO TARIFÁRIO  
CUSTO DO BILHETE (R\$) 0 OF (R\$) 0 CUSTO DO SEGURO (R\$) 0

COTA ÚNICA COTA ÚNICA  
PAGAMENTO PARCELADO  
PAGO 29/04/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.240.604/0001-04  
www.seguradoralider.com.br

30392-1450322-20160429

COPY 2018

27. FEV. 2018

PROT 2010



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012297862603  
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO  
VIA CDD RENAVAM - 26145000168227-5  
1 0053216879-8 00/00000000 2016

JOSE IORDAN DE SA

CPF / CNPJ 13606751400 PLACA OFY6764/PB  
PLACA ANT / UF NOVO PB LLCXCHL4XCA100066

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

I/LONCIN DANK DC110 MARCA / MODELO 2011 2012  
COR PREDOMINANTE VERMELHA

1 IPVA PAGO EM 29/04/2016 VENC. COTA ÚNICA 1º  
2 P/110 /CI PARTIC CATEGORIA 2º  
3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0 OF (R\$) 0 DATA DE PAGAMENTO  
PREMIO TOTAL (R\$) 0  
FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 0  
PREMIO TOTAL (R\$) 0

SEM RESERVA DE DOMINIO OBSERVAÇÕES  
PAGO 29/04/2016

JOAO PESSOA - BR 14311 30392

DETRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012297862603 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
WWW.dpvatsegurodotransito.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 29/04/2016  
VIA 1 CPF / CNPJ 13606751400 PLACA OFY6764/PB

RENAVAM 00532168798 I/LONCIN DANK DC110 MARCA / MODELO  
ANO FAB 2011 CAT. IMB 9 Nº CHASSI LLCXCHL4XCA100066

PRÊMIO TARIFÁRIO  
CUSTO DO BILHETE (R\$) 0 OF (R\$) 0 CUSTO DO SEGURO (R\$) 0  
COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURO PAGO 29/04/2016  
COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.240.604/0001-04  
www.seguradoralider.com.br

30392-14311-20160429

COPY 2018

27. FEV. 2018

PROT 2010

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180348840 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE IORDAN DE SA **Data do acidente:** 10/04/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 29/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA OMBRO DIREITO + FRATURAS DE OSSOS DA PERNA DISTAL ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(FRATURAS DE OSSOS DA PERNA DISTAL ESQUERDA)

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** BRUNO BARBOSA MENDONCA

**CRM:** 900400

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180348840 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE IORDAN DE SA **Data do acidente:** 10/04/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 29/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA OMBRO DIREITO + FRATURAS DE OSSOS DA PERNA DISTAL ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(FRATURAS DE OSSOS DA PERNA DISTAL ESQUERDA)

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

Jose Jordam de Sa  
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão motorista,  
CI RG nº 210.521, CPF/MF nº 136.067.54-00, residente e domiciliado(a) à Rua Deutor Silvino Nobrega, 130 - Jaguaribe,  
Cidade de João Pessoa, Estado Paraíba, CEP: 58015-120, telefone 83-99342-1170, 98663-4900.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. João Machado, 399, centro, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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

João Pessoa, 15 de maio de 20 17.

Jose Jordam de Sa  
OUTORGANTE



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

Jose Jordam de Sa  
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão motorista,  
CI RG nº 210.521, CPF/MF nº 136.067.54-00, residente e domiciliado(a) à Rua Deutor Silvino Nobrega, 130 - Jaguaribe,  
Cidade de João Pessoa, Estado Paraíba, CEP: 58015-120, telefone 83-99342-1170, 98663-4900.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. João Machado, 399, centro, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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

João Pessoa, 15 de maio de 20 17.

Jose Jordam de Sa  
OUTORGANTE

