

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



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



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
 DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES 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

José Jordam de Sa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo José Jordam de Sa	CPF titular da conta 136.067.514-00	Profissão motorista
Endereço Doutor Silvino Nobreza	Número 130	Complemento -
Barro 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.

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS
 RECUSO INFORMAR

 SEM RENDA

 ATÉ R\$ 1.000,00

22.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

 ACIMA DE R\$ 10.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

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

 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGENCIA

NRU

CONTA

NRU

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome:

B Brasil

NRU

001

AGENCIA

NRU

CONTA

NRU

DV

1234

3

36.860

1

(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.

José Russo, 15 de maio de 2017

Local e Data

José Jordam de Sa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
 DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES 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

José Jordam de Sa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo José Jordam de Sa	CPF titular da conta 136.067.514-00	Profissão motorista
Endereço Doutor Silvino Nobreza	Número 130	Complemento -
Barro 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.

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS
 RECUSO INFORMAR

 SEM RENDA

 ATÉ R\$ 1.000,00

22.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

 ACIMA DE R\$ 10.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

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

 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGENCIA

NRU

CONTA

NRU

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

B Brasil

NRU

001

AGENCIA

NRU

CONTA

NRU

DV

1234

3

36.860

1

(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.

José Russo, 15 de maio de 2017

Local e Data

José Jordam de Sa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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

DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT	0253 - 2017	Responsável pelo Levantamento do Acidente:	ROBIN ALDO OLIVEIRA DE SOUZA	Posto/Graduação:	3ºSGT / PM
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, Km. Trecho da Rodovia:	Hora	Bairro	UF	Município:	UF
Rua Frei Martins / Prefeito Ovaldo Pessoa	09: 00	Jaguaribe	PE	João Pessoa	PE
Data/Ocorrência	Dia da Semana	Natureza do Acidente	U.F.	Condições/Via	Tempo
10-04-2017	Segunda-Feira	Com	ABALROAMENTO	Seca	Bom
Envolvidos no acidente (Quantidade)	02 veículos	Controle do trânsito no local			
		Cruzamento com	Via de Sentido Único		

CONDUTOR 01

Nome	Francisco Ornan Ferreira Nobre	Sexo	Masculino	Nascimento	RG
Endereço	Rua Severino Chaves 1061, Manaira Apt. 102, João Pessoa PB - Tel.(083)98787-2191.				
1º Habilitação	Categoria	Registro CNH Nº	U.F.	Ex-med./Dia	Data Vencimento
28-10-1977	AB	00534393411	PB	Sim	29-08-2018
Exame de Embriaguez Alcoólica	Não				

CONDUTOR 02

Nome	Francisco Ornan Ferreira	Sexo	Masculino	Nascimento	RG
Endereço	Rua Dr. Silvino da Nóbrega 130, Jaguaribe, João Pessoa PB - Tel.(083)98851-8051 / 3221-6630.				
1º Habilitação	Categoria	Registro CNH Nº	U.F.	Ex-med./Dia	Data Vencimento
22-02-1987	AB	028173866513	PB	Sim	18-02-2018
Exame de Embriaguez Alcoólica	Não				

VEÍCULO 01

Marca	Fiat Strada	Especie	Caminhonete	Placa	Categoria	Município	U.F.
Nome do Proprietário	Francisco Ornan Ferreira	Placa	FHQ-4722	Particular	João Pessoa	PE	RG
Endereço	Rua Dr. Silvino da Nóbrega Nº	Renavan Nº	00507726111		Data da Emissão		
1º Habilitação	AB	012896213513			04-01-2017		
Exame de Embriaguez Alcoólica	Não						
Defeitos							
Nada constatado							

VERSAO DO CONDUTOR 01

Condutor declarou que: trafegava na via B no sentido Cagepa/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 atropelar a sua visão da via. Foi quando o mesmo visualizou um veículo, esperou passar, e veio a cruzar, não visualizou o V2, vindo a abalar, acontecendo o sinistro.

CONDUTOR 02

Nome	José Jordão de Sá	Sexo	Masculino	Nascimento	RG
Endereço	Rua Dr. Silvino da Nóbrega 130, Jaguaribe, João Pessoa PB - Tel.(083)98851-8051 / 3221-6630.				
1º Habilitação	Categoria	Registro CNH Nº	U.F.	Ex-med./Dia	Data Vencimento
22-02-1987	AB	028173866513	PB	Sim	18-02-2018
Exame de Embriaguez Alcoólica	Não				
Defeitos					
Nada constatado					

CONDUTOR 02

Nome	Loncin Dank	Sexo	Masculino	Nascimento	RG
Endereço	Rua Dr. Silvino da Nóbrega 130, Jaguaribe, João Pessoa PB - Tel.(083)98851-8051 / 3221-6630.				
1º Habilitação	Categoria	Registro CNH Nº	U.F.	Ex-med./Dia	Data Vencimento
22-02-1987	AB	028173866513	PB	Sim	18-02-2018
Exame de Embriaguez Alcoólica	Não				
Defeitos					
Nada constatado					

VERSAO DO CONDUTOR 02

Condutor declarou no Bptan 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.

CONPREV/SEGURAS E DISCIPLINADAS
27 FEV. 2017
PROTÓCOLO
ACIDENTE



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



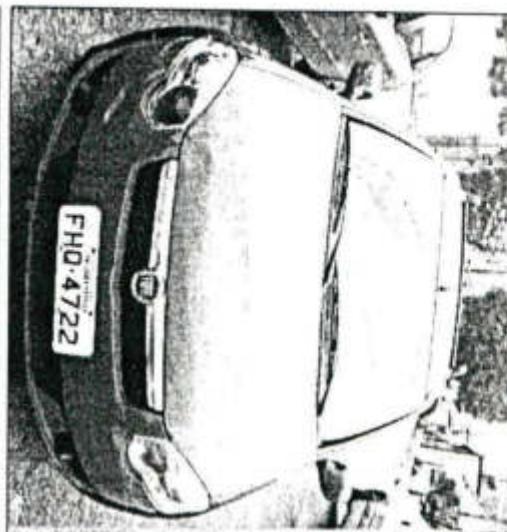
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



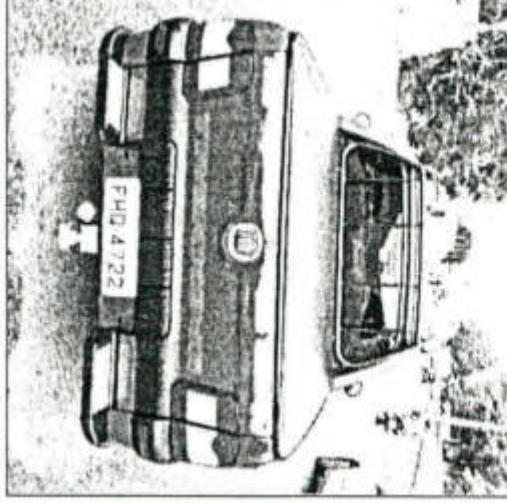
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0253/ 2017

FOTOS DO V1

LATERAL DIREITA (V1)



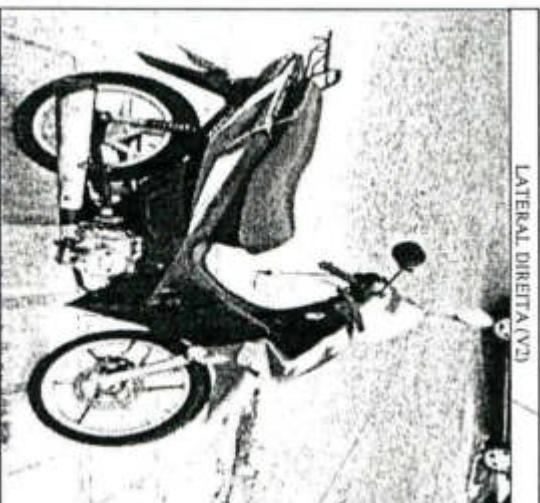
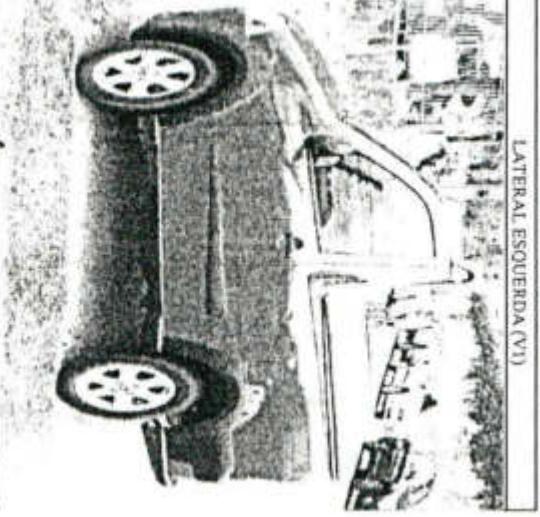
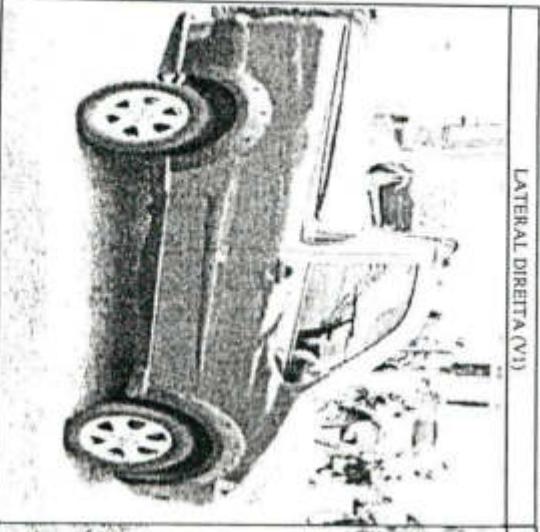
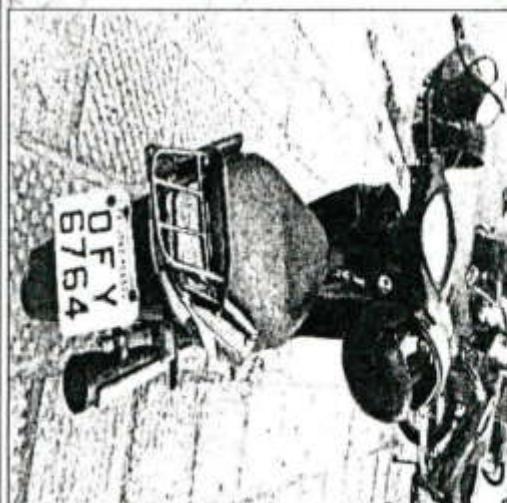
LATERAL ESQUERDA (V1)



FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



Guilherme
Capitão
11º Oficial
15/05/2017

Rosinaldo Oliveira de Souza 3º Sgto PM
Responsável pelo Levantamento

15/05/2017

Adriano de Aguiar
Responsável pelo Levantamento

15/05/2017



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

DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT	0253 - 2017	Responsável pelo Levantamento do Acidente:	ROBIN ALDO OLIVEIRA DE SOUZA	Posto/Graduação:	3ºSGT / PM
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, Km. Trecho da Rodovia:	Hora	Bairro	09: 00	UF	João Pessoa
Rua Frei Martins / Prefeito Osvaldo Pessoa	09: 00	Jaguaribe		PE	
Data/Ocorrência	Dia da Semana	Natureza do Acidente		Condicões/Via	Tempo
10-04-2017	Segunda-Feira	Com	Asfalto	Seca	Bom
Envolvidos no acidente (Quantidade)	02 veículos	Condição do trânsito no local			
		Cruzamento com	Via de Sentido Único		

CONDUTOR 01

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

1º Habilitação	Categoria	Registro CNH Nº	U.F.	Ex-med./Dia	Data Vencimento	Usava cinto	Usava Capacete
28-10-1977	AB	00534393411	PB	Sim	29-08-2018	Sim	-

Exame de Embriaguez Alcoólica

Não

Seguradora	Brilhante Nº	Renavan Nº	Data da Emissão
DPVAT	012896213513	00507726111	04-01-2017

Defeitos

Nada constatado

VEÍCULO 01

Marca	Espécie	Placa	Categoria	Município	U.F.
Fiat Strada	Caminhonete	FHQ-4722	Particular	João Pessoa	PB

Nome do Proprietário

Francisco Ornan Ferreira

Endereço	Brilhante Nº	Renavan Nº	Data da Emissão
DPVAT	012896213513	00507726111	04-01-2017

Defeitos

Nada constatado

VERSAO DO CONDUTOR 01

Condutor declarou que: trafegava na via B no sentido Cagepa/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 atropelar a sua visão da via. Foi quando o mesmo visualizou um veículo, esperou passar, e veio a cruzar, não visualizou o V2, vindo a abalar, acontecendo o sinistro.

CONDUTOR 02

Nome	José Jordão de Sá	Sexo	Masculino	Nascimento	RG
Endereço	Rua Dr. Silvino da Nóbrega 130, Jaguaribe, João Pessoa PB - Tel.(083)98851-8051 / 3221-6630.				

1º Habilitação	Categoria	Registro CNH Nº	U.F.	Ex-med./Dia	Data Vencimento	Usava cinto	Usava Capacete
22-02-1987	AB	028173866513	PB	Sim	18-02-2018	Sim	-

Exame de Embriaguez Alcoólica

Não

Seguradora	Brilhante Nº	Renavan Nº	Data da Emissão
DPVAT	012297862603	00532168798	29-04-2016

Defeitos

Nada constatado

VERSAO DO CONDUTOR 02

Nome do Proprietário	José Jordão de Sá	Sexo	Masculino	Nascimento	RG
Endereço	Rua Dr. Silvino da Nóbrega 130, Jaguaribe, João Pessoa PB - Tel.(083)98851-8051 / 3221-6630.				

Exame de Embriaguez Alcoólica

Não

Condutor declarou no Bptan 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.

COMPRE SEGUROS E DISCIPLINA ASIA
27 FEV. 2017
PROTÓCOLO
ACIDENTE DE TRÂNSITO



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

27.05.2018
00199019
POTERIA

		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																																																																																																																	
CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VÉHICULOS SINISTRADOS - BOAT Nº 0263 - 2017																																																																																																																			
DANOS NO V1																																																																																																																			
Marca/Modelo: Fiat Strada		Placa: FHQ-4722		Responsável pelo Preenchimento: 3º Sgt De Souza		Data: 10-04-2017																																																																																																													
PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA AVARIADAS NO ACIDENTE																																																																																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Item</th> <th rowspan="2">Nome da Peça</th> <th rowspan="2">Sim</th> <th rowspan="2">Não</th> <th rowspan="2">Item</th> <th rowspan="2">Nome da Peça</th> <th rowspan="2">Sim</th> <th rowspan="2">Não</th> </tr> <tr> <th colspan="2">Avaliação</th> <th colspan="2">Avaliação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>Painei cinta-foto</td> <td>x</td> <td></td> <td>12</td> <td>Longarina traseira esquerda</td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>02</td> <td>Longarina dianteira esquerda</td> <td>x</td> <td></td> <td>13</td> <td>Assalto/ño porta malas ou catramba</td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>03</td> <td>Caixa de roda dianteira esquerda</td> <td>x</td> <td></td> <td>14</td> <td>Longarina traseira direita</td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>04</td> <td>Estrutura da soleira esquerda</td> <td>x</td> <td></td> <td>15</td> <td>Caixa de roda traseira direita</td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>05</td> <td>Air Bags frontais</td> <td>x</td> <td></td> <td>16</td> <td>Estrutura da coluna traseira direita</td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>06</td> <td>Air Bags laterais</td> <td>x</td> <td></td> <td>17</td> <td>Estrutura da soleira direita</td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>07</td> <td>Estrutura da coluna dianteira esquerda</td> <td>x</td> <td></td> <td>18</td> <td>Estrutura da coluna central direita</td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>08</td> <td>Estrutura da coluna central esquerda</td> <td>x</td> <td></td> <td>19</td> <td>Estrutura da coluna dianteira direita</td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>09</td> <td>Estrutura da coluna traseira esquerda</td> <td>x</td> <td></td> <td>20</td> <td>Assento/ño central direito</td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>Caixa de roda traseira esquerda</td> <td>x</td> <td></td> <td>21</td> <td>Caixa de roda dianteira direita</td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>Assalto/ño central esquerdo</td> <td>x</td> <td></td> <td>22</td> <td>Longarina dianteira direita</td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Total Geral (Sim + Não)</td> <td>00</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>								Item	Nome da Peça	Sim	Não	Item	Nome da Peça	Sim	Não	Avaliação		Avaliação		01	Painei cinta-foto	x		12	Longarina traseira esquerda	x		02	Longarina dianteira esquerda	x		13	Assalto/ño porta malas ou catramba	x		03	Caixa de roda dianteira 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	Assento/ño central direito	x		10	Caixa de roda traseira esquerda	x		21	Caixa de roda dianteira direita	x		11	Assalto/ño central esquerdo	x		22	Longarina dianteira direita	x							Total Geral (Sim + Não)	00	
Item	Nome da Peça	Sim	Não	Item	Nome da Peça	Sim	Não																																																																																																												
								Avaliação		Avaliação																																																																																																									
01	Painei cinta-foto	x		12	Longarina traseira esquerda	x																																																																																																													
02	Longarina dianteira esquerda	x		13	Assalto/ño porta malas ou catramba	x																																																																																																													
03	Caixa de roda dianteira 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	Assento/ño central direito	x																																																																																																													
10	Caixa de roda traseira esquerda	x		21	Caixa de roda dianteira direita	x																																																																																																													
11	Assalto/ño central esquerdo	x		22	Longarina dianteira direita	x																																																																																																													
					Total Geral (Sim + Não)	00																																																																																																													
Observações: (Nº=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 5 → DANO DE MÉDIA MONTA Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6 → DANO DE GRANDE MONTA																																																																																																																			
DANOS NO V2																																																																																																																			
Marca/Modelo: Lançin Dank		Placa: OFY-4764		Responsável pelo Preenchimento: 3º Sgt De Souza		Data: 10-04-2017																																																																																																													
PEÇAS ESTRUTURAIS NO ACIDENTE																																																																																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Item</th> <th rowspan="2">Nome da Peça</th> <th rowspan="2">Sim</th> <th rowspan="2">Não</th> <th rowspan="2">Item</th> <th rowspan="2">Nome da Peça</th> <th rowspan="2">Sim</th> <th rowspan="2">Não</th> </tr> <tr> <th colspan="2">Avaliação</th> <th colspan="2">Avaliação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>Garfo dianteiro</td> <td>x</td> <td></td> <td>05</td> <td>Chassi</td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>02</td> <td>Mesa superior da suspensão dianteira</td> <td>x</td> <td></td> <td>06</td> <td>Garfo traseiro</td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>03</td> <td>Mesa inferior da suspensão dianteira</td> <td>x</td> <td></td> <td>07</td> <td>Etiko traseiro (triciclo)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>04</td> <td>Coluna de direção</td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td>Total Geral (Sim + Não)</td> <td>00</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>								Item	Nome da Peça	Sim	Não	Item	Nome da Peça	Sim	Não	Avaliação		Avaliação		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	Etiko traseiro (triciclo)			04	Coluna de direção	x			Total Geral (Sim + Não)	00																																																																	
Item	Nome da Peça	Sim	Não	Item	Nome da Peça	Sim	Não																																																																																																												
								Avaliação		Avaliação																																																																																																									
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	Etiko traseiro (triciclo)																																																																																																														
04	Coluna de direção	x			Total Geral (Sim + Não)	00																																																																																																													
Observações: (Nº=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																																																																																																																			

Jólio pessoa-PB, 11 de Maio de 2017.

Jólio pessoa-PB

Resinaldo Oliveira de Souza 2507 PM
Responsável pelo Levantamento

TRIBUNAL DE CONFORMIDADE

EM: 15/05/2017

ADR 144-528-321-2



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



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



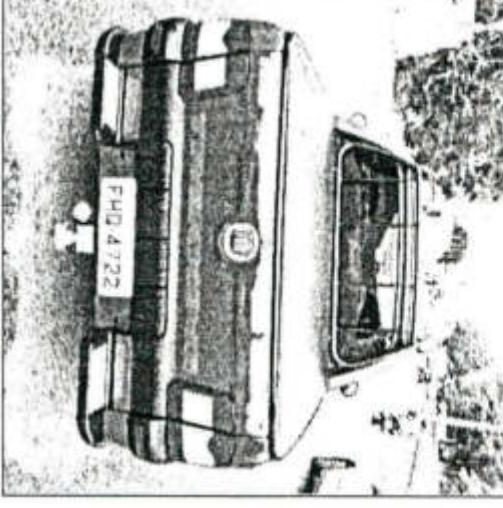
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0253/ 2017

FOTOS DO V1

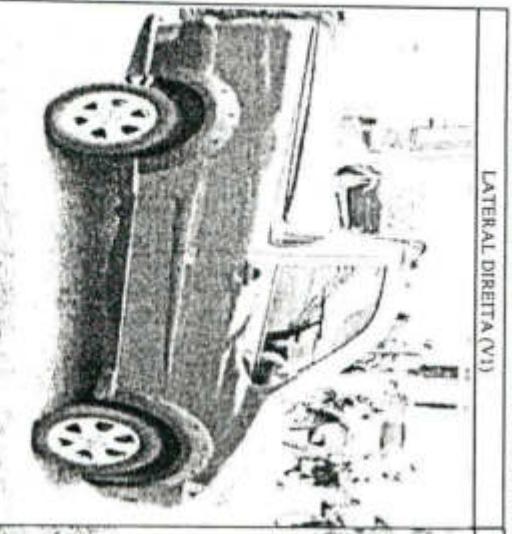
LATERAL DIREITA (V1)



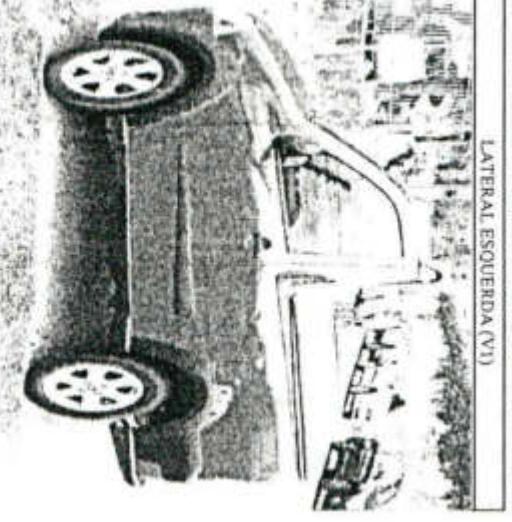
LATERAL ESQUERDA (V1)



FRENTE (V1)

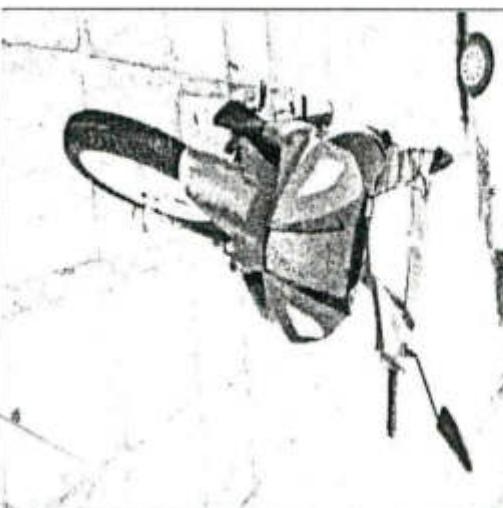


TRASEIRA (V1)

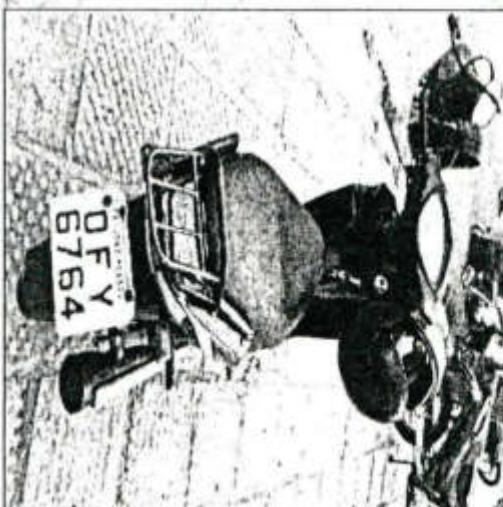


FOTOS DO V2

LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)

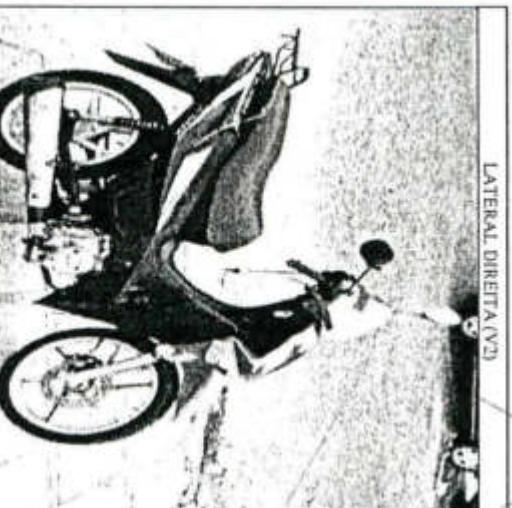


POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0253/ 2017

FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



Guia de
Folha de
Ocorrência

15/05/2017

Adriano de Aguiar
Responsável pelo Levantamento

Adriano de Aguiar
Cópia de Conformidade com o Ofício
Data: 15/05/2017

3

Adriano de Aguiar
Responsável pelo Levantamento

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

João Tomotan de Sá

CPF da Vítima

136.067.514-00

Data do Acidente

10-04-17

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 Lider 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 Pessoa, 15 de maio de 2017

Local e Data

João Tomotan 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 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

João Tomotan de Sá

CPF da Vítima

136.067.514-00

Data do Acidente

10-04-17

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 Pessoa, 15 de maio de 2017

Local e Data

João Tomotan 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 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

João Tomotan de Sá

CPF da Vítima

136.067.514-00

Data do Acidente

10-04-17

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.

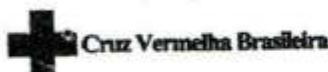
João Pessoa, 15 de maio de 2017

Local e Data

João Tomotan de Sá

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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 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
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	UF PB		
		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			
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
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

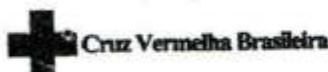
Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
MAYARA ANA LACERDA

CID

Tempo
19seg**Imprimir**



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 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
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	UF PB		
		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			
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
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

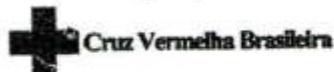
Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
MAYARA ANA LACERDA

CID

Tempo
19seg**Imprimir**

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

Boletim de Atendimento: 993033

**Identificação do paciente**

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
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	UF PB		
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
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

Diagnóstico	CID
Atendido por MAYARA ANA LACERDA	Tempo 19seg

Imprimir



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

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

**COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPRJ-ICPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT**

DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT		Responsável pelo Levantamento do Acidente	
0533 - 2017		ROSINALDO OLIVEIRA DE SOUZA	
Rua: Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia:		B	
Rua Frei Martins / Prefeito Oswaldo Pessoa		Horá	J
Data/Localidade		Cis/víctima (C)	Natureza do Acidente
10-04-2017 Segunda - Feira		Com	Abalroçamento
Envolvidos no acidente (Quantidade)		Crazeamento c	
02 veículos			

Marca	Especie	Placa	Categoria	Renavan N°
Fiat Strada	Caminhonete	FHO-4722	Part.	005077261
Nome do Proprietário				
Francisco Ornan Ferreira				
Seguradora	Brahne A/S			
DPAVAT	012896213513			
Defeito				
				Nada constatado

VERSO DO COSMITO 01

Condutor declarou que: trafegava na via B no sentido Cagepa/Centro Administrativo, no momento que o mesmo foi adianiar um pouco o veículo a via A para ter a visão do fluxo por causa dos veículos que estavamacionados a sua direita, vindo a atropelar a sua vizinha da via. Foi quando o mesmo visualizou um veículo, perou passar, e veio à cruzar, não visualizou o V2, vindo a balarca, bico se cendo o sinistro.

CONTINUE

VEÍCULO 02				
Marca	Especie	Placa	Categ.	Renavam N°
Loncin Dank	Motocicleta	OFY-6764	Particular	0053316894
Nome do Proprietário				
José Jordam de Sá				
Seguradora	Emissão N°			
DPVAT	012297862603			
Detalhes	Nada constatado			

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

COMPREV PREVIDÊNCIA SOCIAL
29 JUN. 2018



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

CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0253/2017

AMARRAÇÕES

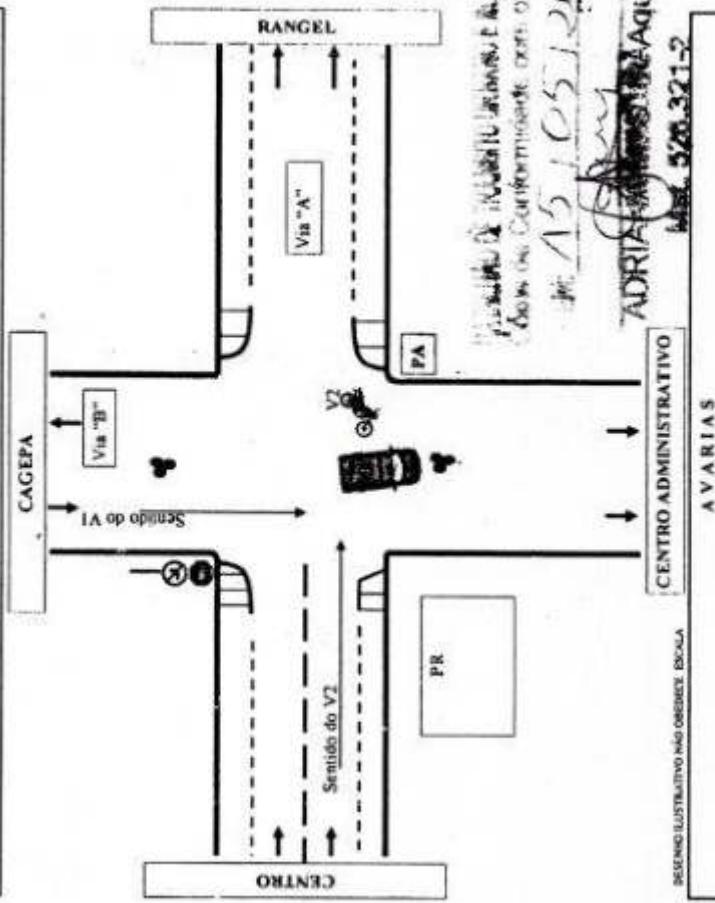
VIA "A" - Rua Frei Manoel 12 00metros

VIA "B" - Rua Prefeito Oswaldo Pessoa 10 00metros

PR (Ponto de Referência) Centro Administrativo

PA (Ponto de Amarração) Posto da Energisa

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



SENTEMOU-NO DESENHO ESCALA

CENTRO ADMINISTRATIVO

AG. 326.321-2

AVARIAS

ADRIANO SANTOS DA AQÜINO

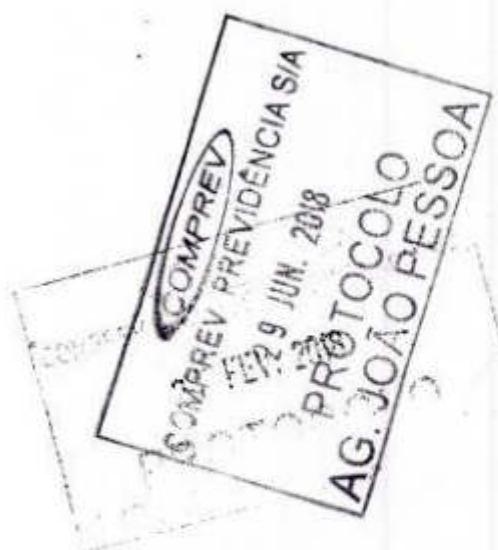
REC. 15/05/2017

Assinado digitalmente por Sargento de Sua Majestade

Responsável pelo levantamento

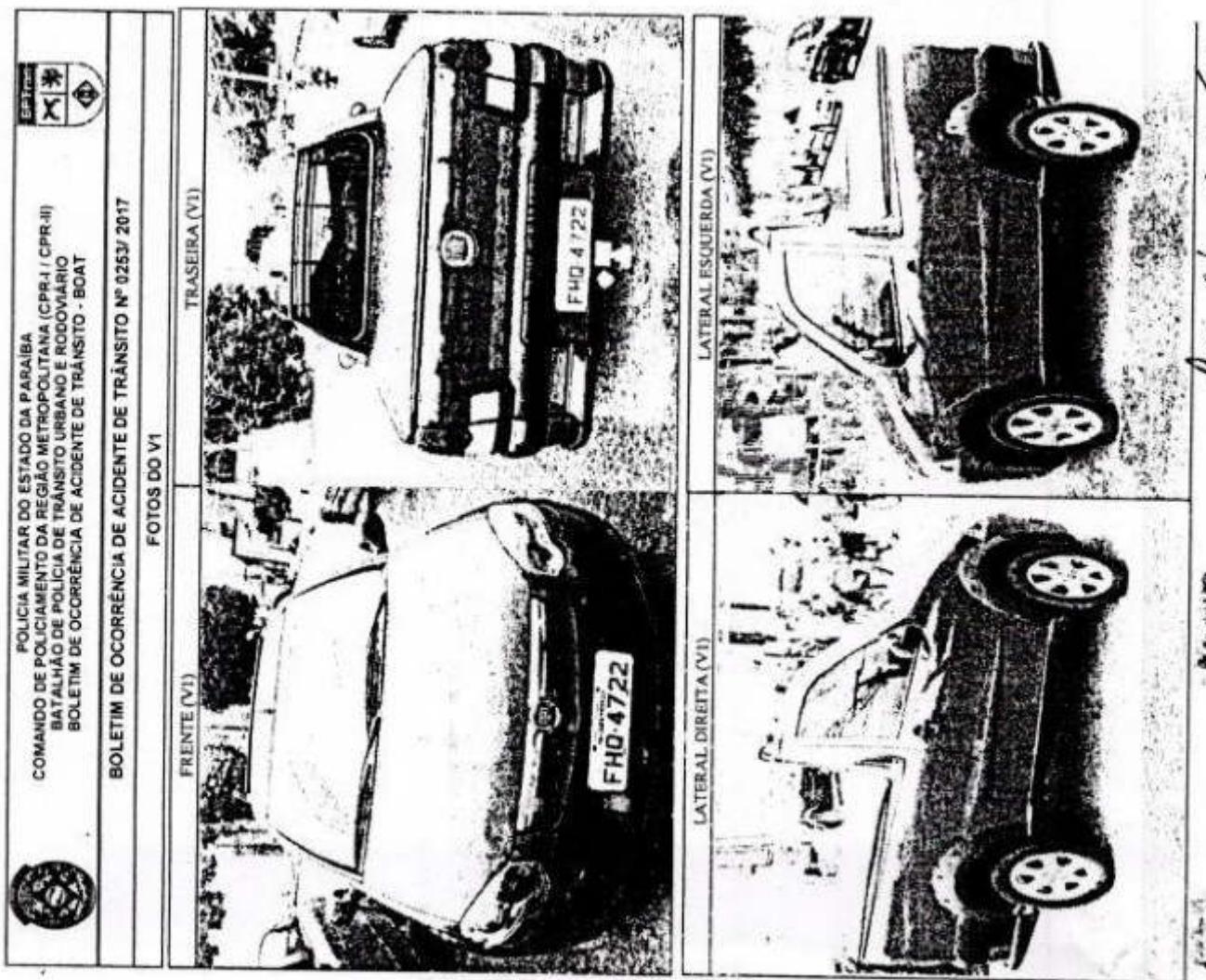
V1

V2





Manoel de Souza Jr. Sgto 207
 Conselheiro Manoel de Souza Jr. Sgto 207
 Responsável pelo Levantamento
 3



Manoel de Souza Jr. Sgto 207
 Conselheiro Manoel de Souza Jr. Sgto 207
 Responsável pelo Levantamento
 2

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT N° 0253 - 2017					
VITIMA 01	Nome: José Iordan de Sá Endereço: Rua Dr. Silvino da Nóbrega 130, Jaguaripe, João Pessoa PB - Tel.(083)98851-8051 / 3221-6630.	Sexo: Masculino	Nascimento: 04-10-1949	Vaiva no Veículo N°: 02	Usava Cinto
Condutor	Condutor: Para Hospital de Trauma				
CONSTATADO					
<p>Constatado quando do levantamento que: há placa PARE na via B, o condutor 02 foi conduzido ao V2 foi removido ao Bpiram para complemento de laudo. O sítio do acidente se deu no cruzamento das vias na faixa do V2.</p> <p>Observações: 00=DANO DE PEQUENA MONTA</p>					
<p>João Pessoa - PB, 11 de Maio de 2017.</p> <p>Assinado Oficina de Souza 3ºSGT PM Responsável pelo Levantamento</p> <p>15/05/2017</p>					

POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA BATALHÃO DE POLICIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT														
CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS - BOAT N° 0253 - 2017														
DANOS NO V1														
Marca/Modelo: Fiat Strada	Placa: FIQ-4722	Responsável pelo Preenchimento: 3º Sgt De Souza	Data: 10-04-2017											
PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIAVIDAS NO ACIDENTE														
Item	Nome da Peça	Sim	Não	N/A	Item	Nome da Peça	Sim	Não	N/A	Item	Nome da Peça	Sim	Não	N/A
01	Painel c/árt. logo				02	Longarina dianteira esquerda				03	Caixa de roda dianteira esquerda			
03	Caixa de roda dianteira esquerda				04	Estrutura da soleira direita				05	Air Bag frontais			
05	Estrutura da soleira esquerda				06	Air Bag laterais				07	Estrutura da coluna dianteira esquerda			
07	Estrutura da coluna central esquerda				08	Estrutura da coluna central direita				09	Estrutura da coluna traseira esquerda			
09	Estrutura da coluna traseira direita				10	Caixa de roda traseira esquerda				11	Assento central esquerdo			
11	Caixa de roda traseira esquerda				12	Longarina traseira esquerda				13	Assento porta mala ou caçamba			
13	Assento porta mala ou caçamba				14	Longarina traseira direita				15	Caixa de roda traseira direita			
15	Caixa de roda traseira direita				16	Estrutura da coluna traseira direita				17	Estrutura da soleira direita			
17	Estrutura da soleira direita				18	Estrutura da coluna central direita				19	Estrutura da coluna dianteira direita			
19	Estrutura da coluna dianteira direita				20	Assento central direito				21	Caixa de roda dianteira direita			
21	Assento central direito				22	Longarina dianteira direita				22	Longarina dianteira direita			
22	Longarina dianteira direita													
Observações: 00=DANO DE PEQUENA MONTA						Total Geral (Sim + N/A) 00								
AVALIAÇÃO POR DANO:						AVALIAÇÃO								
Quantidade de peças estruturais seg. placa, danificadas de 0 a 1						Quantidade de peças estruturais seg. placa, danificadas de 0 a 1								
Quantidade de peças estruturais seg. placa, danificadas de 2 a 6						Quantidade de peças estruturais seg. placa, danificadas de 2 a 6								
Quantidade de peças estruturais seg. placa, danificadas > 6						Quantidade de peças estruturais seg. placa, danificadas > 6								
DANOS NO V2						DANOS NO V2								
Marca/Modelo: LONCIN DANK	Placa: OFY-6764	Responsável pelo Preenchimento: 3º Sgt De Souza	Data: 10-04-2017	PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIAVIDAS NO ACIDENTE										
Item	Nome da Peça	Sim	Não	N/A	Item	Nome da Peça	Sim	Não	N/A	Item	Nome da Peça	Sim	Não	N/A
01	Garfo dianteiro				02	Mesa superior da suspensão dianteira				03	Mesa inferior da suspensão dianteira			
03	Mesa inferior da suspensão dianteira				04	Coluna de direção				04	Garfo traseiro			
04	Coluna de direção				05	Eixo traseiro (triciclos)				05	Eixo traseiro (triciclos)			
05	Eixo traseiro (triciclos)				06	Total Geral (Sim + N/A) 00				06	Total Geral (Sim + N/A) 00			
Observações: 00=DANO DE PEQUENA MONTA						AVALIAÇÃO POR DANO:								
Quantidade de peças estruturais danificadas = 0						Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4								
Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4						Quantidade de peças estruturais danificadas de 5 a 9								



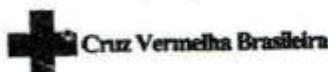
João pessoa-PB, 11 de Maio de 2017.

Assinatura: Rosinaldo Oliveira de Souza 3ºSGT PM
Responsável pelo Levantamento

Assinatura: Rosinaldo Oliveira de Souza 3ºSGT PM
Responsável pelo Levantamento

Assinatura: Rosinaldo Oliveira de Souza 3ºSGT PM
Responsável pelo Levantamento

Assinatura: Rosinaldo Oliveira de Souza 3ºSGT PM
Responsável pelo Levantamento



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 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
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	UF PB		
		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			
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
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
MAYARA ANA LACERDA

CID

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 9000000059-7 26628000000-8

Agência/Código Beneficiário	Número do Documento	Nosso Número	Autenticação Mecânica / Casa Lotérica
2938/026357-7	1800016186	109/05926628-0	01/02/2018
Vencimento	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 N° 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 BÁSICA

1.316,35 C

Relação de débitos:

Itau	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				
Autenticação/Código Beneficiário		Número do Documento	Nosso Número				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
2938/026357-7		1800016186	109/05926628-0				

Itau	Banco Itaú SA	341-7	34191.09057 92662.802930 82635.770009 8 74220000131635
LOCAL DO PAGAMENTO			
PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ			
BENEFICIÁRIO			
UNIMED JOÃO PESSOA - CNPJ: 08.680.639/0001-77			
DATA DO DOCUMENTO		Nº DO DOCUMENTO	ESPECIE DO DOC
17/01/2018		1800016186	12
ACEITE		DATA DO PROCESSAMENTO	
N		26/01/2018	
<ul style="list-style-type: none"> - Apos o vencimento pagar no banco Itau e Lotericas. - Nao receber apos 90 dias do vencimento. - Nao cobrar Multa e Juros. Os encargos financeiros (Multa de 2,00%) e (Juros de 0,033% ao dia) decorrentes do pagamento apos o vencimento serao cobrados na proxima fatura. 			
COPIA DE DOCUMENTO 22 FEVEREIRO 2018 PROTACON			
PAGADOR 82966 - EMERECIANA GOMES DE SA - CPF: 839.511.994-15 RUA DOUTOR SILVINO NOBREGA, 130 JAGUARIBE 58015-120 JOAO PESSOA - PB			
No. Contrato: 02/00045784			



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA - FICHA DE COMPENSAÇÃO

**Fatura Mensal**

Número do Cartão 526965XXXXXX3655

Atendimento a Clientes: 40049009

Demais Localidades: 0800 9499009

Vencimento da Fatura

28/10/2017

Total da fatura

R\$ 50,00

Pagamento à

R\$ 7,50

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá arcar com a taxa de 10% a mais sobre o valor pago, caso o valor pago seja menor que o valor total da fatura. Caso o valor pago seja maior que o valor total da fatura, incidirão sobre a diferença entre o valor total e o valor pago, taxas e encargos em caso de pagamento menor que o valor total da fatura.

Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 18/11/2017

bblblblblblblblblblblblblblblbl

CTC ROCHE PE PLR
JOSE EDUARDO DA SILVA
AV MARIA ROSA 58
MANAÍRA
58038-460 JOÃO PESSOA PB



7214307021 98988 21000044754 30 171017
Vencimento: 28/10/2017 Pagamento: 17/10/17 Emissão: 19/10/2017

Comentários do Programa de Pontos Cérebra

Saídas Domésticas	Pontos a Esparar
22234	1330
Encargos	
000,18	2,00 %
000,00	1,00 %
	0,00 %

Demonstrativo

Data	Descrição	Estado/País	Valor US\$	Créditos/Debitos
13/09	TOTAL DA FATURA ANTERIOR			
26/09	DEVEDOR PELO PAGAMENTO			
	Subtotal Nacional			
	JOSE EDUARDO DA SILVA 526965XXXXXX3655			
	Movimentações Nacionais			
	13/10 ANUIDADES DIFERENCIADA TIT 0104			
	Subtotal Nacional			
	Total Nacional			
	Total Internacional			
	Total da Fatura			





86680000013-9 16350868063-0 9000000059-7 26628000000-8

Agência/Código Beneficiário	Número do Documento	Nosso Número	Autenticação Mecânica / Casa Lotérica
2938/026357-7	1800016186	109/05926628-0	01/02/2018
Vencimento	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 N° 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 BÁSICA

1.316,35 C

Relação de débitos:

Itau	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				
Autenticação/Código Beneficiário		Número do Documento	Nosso Número				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
2938/026357-7		1800016186	109/05926628-0				

Itau	Banco Itaú SA	341-7	34191.09057 92662.802930 82635.770009 8 74220000131635
LOCAL DO PAGAMENTO			
PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ			
BENEFICIÁRIO			
UNIMED JOÃO PESSOA - CNPJ: 08.680.639/0001-77			
DATA DO DOCUMENTO		Nº DO DOCUMENTO	ESPECIE DO DOC
17/01/2018		1800016186	12
ACEITE		DATA DO PROCESSAMENTO	
N		26/01/2018	
<ul style="list-style-type: none"> - Apos o vencimento pagar no banco Itau e Lotericas. - Nao receber apos 90 dias do vencimento. - Nao cobrar Multa e Juros. Os encargos financeiros (Multa de 2,00%) e (Juros de 0,033% ao dia) decorrentes do pagamento apos o vencimento serao cobrados na proxima fatura. 			
<p>COPIA DE DOCUMENTO</p> <p>22 FEVEREIRO 2018</p> <p>PROTACON</p>			
VALOR DO DOCUMENTO		1.316,35	
(-) DESCONTO/ABATIMENTO			
(-) OUTRAS DEDUÇÕES			
(+/-) MULTA/MORA			
(+/-) OUTROS ACRESCIMOS			
(-) VALOR COBRADO			
PAGADOR 82966 - EMERECIANA GOMES DE SA - CPF: 839.511.994-15			
RUA DOUTOR SILVINO NOBREGA, 130			
JAGUARIBE			
58015-120 JOAO PESSOA - PB			
No. Contrato: 02/00045784			



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA - FICHA DE COMPENSAÇÃO

**Fatura Mensal**

Número do Cartão 526965XXXXXX3655
 Atendimento a Clientes: 40049009
 Demais Localidades: 0800 9499009

Vencimento da Fatura

28/10/2017

Total da fatura

R\$ 50,00

Pagamento à vista

R\$ 7,50

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá arcar com os custos de aposseio, nessa fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Vale ressaltar que os encargos em casos de pagamento menor que o valor da fatura R\$ 5,41, não serão cobrados.

Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 18/11/2017

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CTC ROCHE PE PLR
 JOSE EDUARDO DA SILVA
 AV MARIA ROSA 58
 MANAÍRA
 58038-460 JOÃO PESSOA PB



7214307021 98988 21000044754 30 171017
 Vencimento: 28/10/2017 Pagamento: 17/10/17 Emissão: 19/10/2017

Demonstrativo

Data	Descrição	Estado/País	Valor US\$	Créditos/Debitos
13/09	TOTAL DA FATURA ANTERIOR			0,00
26/09	DEVEDOR PELO PAGAMENTO			0,00
	Subtotal Nacional			0,00
	JOSE EDUARDO DA SILVA 526965XXXXXX3655			
	Movimentações Nacionais			
	13/10 ANUIDADES DIFERENCIADA TIT 0104			
	Subtotal Nacional			

Total Nacional
 Total Internacional
 Total da Fatura:

27 FEV. 2018

PROTÓCOLO

PARA 2a VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSE NET.COM.BR

001/004



Minha NET:

EDA LARGA NET EMPRESAS
60 MEGA FID
FONE EMPRESA BRASIL
TOTAL 11

descrição

total

NET VIRTUA +	145,00
NET Fone	54,99
Itens Eventuais	-45,00

Valor total

154,99

NET VIRTUA +

Mensalidade NET VIRTUA +

01/07/18 A 31/07/18 MENSALIDADE VIRTUA RUA LARGA NET EMPRESAS 60 MEGA FID

Itens Eventuais

Descartos/Cancelamentos

-45,00

DESCONTO MENSALIDADE VIRTUA

-45,00

Sub-Total Descartos/Cancelamentos

-45,00

Total Itens Eventuais

-45,00

Sub-Total

Sub-Total Mensalidade NET VIRTUA +

Sub-Total

Total NET VIRTUA +

Sub-Total

145,00

-45,00

-45,00

NET Fone

PERÍODO

DURAÇÃO

ASSINATURA

Sub-Total

Total NET Fone

Sub-Total

54,99

-45,00

-45,00

NET Fone

PERÍODO

DURAÇÃO

ASSINATURA

Sub-Total

Total NET Fone

Sub-Total

54,99

-45,00

-45,00



! Para atendimento presencial consulte os endereços no site net.com.br

- Evite o desembolso de seu sinal efetuado a pagamento até a data do vencimento. NET cobra as tarifas/SCPC.

- 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 áreas próximas (áreas).

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 4054-7777 para atendimento técnico, financeiro e compra de serviços (costa de ligação local).

- Central de Relacionamento NET: 19621 e 0800-7217707 (deficientes auditivos)

Deficiente Auditivo: 08007018188

REGISTROS DE ATENDIMENTO
9071825444946, 907182543171086,
907182543171086, 907182542819338,
90718254290167

Autenticação Necônica

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 BRASÍLIA S.A., BANCO DO BRASIL S.A., BANCO DO ESTADO DO PARÁ, BANCO ITAÚ S.A., BANCO MERCANTIL DO BRASIL S.A., BANCO SAFRA S.A., BANCO SANTANDER, BANRISUL, CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, CITIBANK, CIFI.

Cliente
JOSE EDUARDO DA SILVA

Identificação para Débito
NET SERVICOS 9070145270823

Mês Referência
Julho/2018

Vencimento
10/08/2018

Valor
154,99

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei 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 Jondam de Sa inscrito (a) no CPF sob o Nº 136.067.5141-00 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Jose Jondam de Sa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 136.067.5141-00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

27 FEV. 2018

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	<u>-</u>
Bairro	<u>Mariana</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PE</u>
Email	<u>alexandracesaradante@hotmail.com</u>	Telefone comercial (DDD)	<u>98663-4900</u>	Telefone celular (DDD)	<u>99105-5363</u>

João Pessoa , 09 de fevereiro de 2018
Local e Data


Assinatura do Declarante

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei 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 Jondam de Sa inscrito (a) no CPF sob o Nº 136.067.5141-00 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Jose Jondam de Sa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 136.067.5141-00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

27 FEV. 2018

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	<u>-</u>
Bairro	<u>Mariana</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PE</u>
Email	<u>alexandracesaradante@hotmail.com</u>	Telefone comercial (DDD)	<u>98663-4900</u>	Telefone celular (DDD)	<u>99105-5363</u>

João Pessoa , 09 de fevereiro de 2018
Local e Data


Assinatura do Declarante

REQUISIÇÃO DE EXAMES - SUS

DEPARTAMENTO
MANGABEIRA

DEPARTAMENTO DA
SAÚDE

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**

PACIENTE: **João Pedro**

MUNICÍPIO: **JOÃO PESSOA**

UF: **PARAÍBA**

IDENTIDADE: **210521** IDADE: **68**

PAM: ORIGEM:

SES: SSM:

ENDEREÇO: **Av. Júlio**

BAIRRO: **Centro**

DADOS CLÍNICOS

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS: **Re ferma e AP**

DATA: **17/7/18**

ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE

Dr. Roberto A. Santos
CRM-PB 1595
CARIMBO E ASSINATURA

COMPANHIA DE PENSAMENTO
PROTÓCOLO

30 JUL. 2018

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 JUL. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

ESTACION VIGENCIA S.A
8 de jul. 2013

PROTOCOLO
3.1000 PESOS

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 JUL. 2018

PROTOCOLO

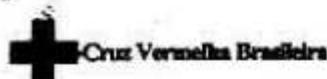
AG. JOÃO PESSOA

COMPRA VENTA VIDENCIA SIA

30 JUL. 2018

PROTOCOLO

AG. 1087 PAGO

**ADMINISTRATIVAS**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, CONJ. PEDRO GONDIM JOAO PESSOA, JOAO PESSOA - PB,
58031090
Tel: 32165736
CNES: 454561

Paciente JOSE IORDAN DE SA	BAE 993033	Data/Hora Entrada 10/04/2017 10:41:09	Data Babco 2017-04-12 16:27:11,0
Data de nascimento 04/10/1949	Idade 68	Sexo Masculino	CNS 705807470038432 Telefone de Contato (83) 32216630
Mãe EMERENCIANA GOMES DE SA			Prontuário
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 10:51:14	

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 FISIOLOGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 1,0 FRASCO VIA E.V, AGORA, 0.0 (MGTS)

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 TORAX (PA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE BACIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

CID10

Código	Descrição	2017-04-12 16:27:14
T14.9	Traumatismo não especificado	2017-04-12 16:27:14

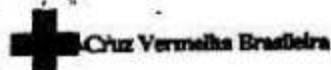
Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

Em observação

Alta Hospitalar

Usuário CARLA FREDERICA LINS	Data e Hora 12/04/2017 16:27:11
Motivo de Alta ALTA HOSPITALAR	Observações 2017-04-12 16:27:14



ADMINISTRATIVAS

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, CONJ. PEDRO GONDIM JOAO PESSOA, JOAO PESSOA - PB,
58031090
Tel: 32165736
CNES: 454561

Paciente JOSE IORDAN DE SA	BAE 983033	Data/Hora Entrada 10/04/2017 10:41:09	Data Babá 2017-04-12 18:27:11.0
Data de nascimento 04/10/1948	Idade 68	Sexo Masculino	CNS 705807470038432
Mãe EMERENCIANA GOMES DE SA			
Endereço Doutor Silvino Nóbrega, 130	Bairro Jaguaribe	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS	Nº Cons. Regional 10875/PB
Data/Hora Classificação 12/04/2017 18:27:14	Data/Hora Prescrição 10/04/2017 14:05:49		

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 CRUROPODALICA ESQUERDA+ CURATIVOS + ENCAMINHO AO ORTOTRAUMA CONFORME PACTUAÇÃO. SAT OU TETANOGAMMA.

CID10

Código	Descrição
S82.9	Fratura da perna, parte não especificada

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

27 FEV. 2018

Conduta

Em observação

Alta Hospitalar

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

Dr. Pedro Henrique G. H. Freitas
Médico Residente
PROTÓCOLO E FOLHETOS

JOSE IORDAN DE SA

PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS
(CRM: 10875/PB)



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.

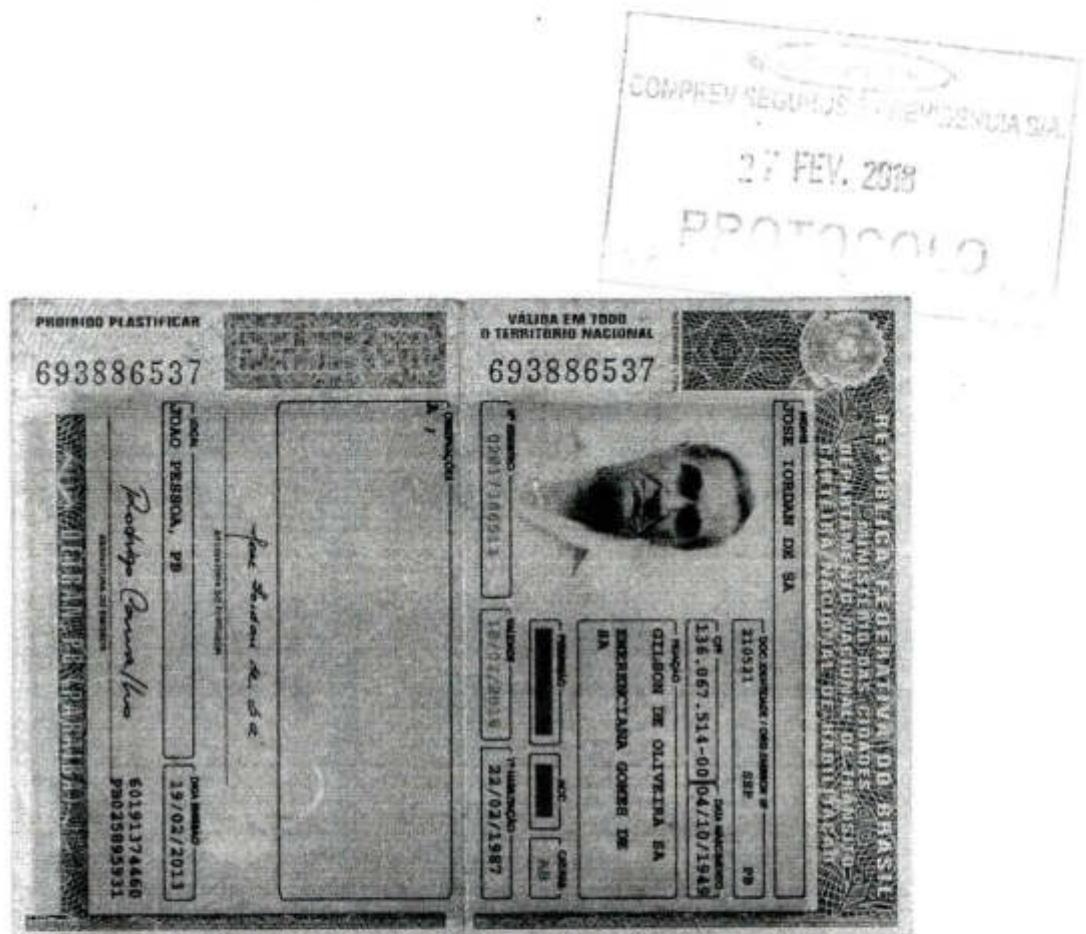
Do exame clínico e dos demais documentos médicos do paciente, vê-se significativa limitação nos movimentos em face da extensão das lesões sofridas, revelando sequelas no membro inferior esquerdo, com redução da capacidade para o exercício normal das atividades habituais da paciente.

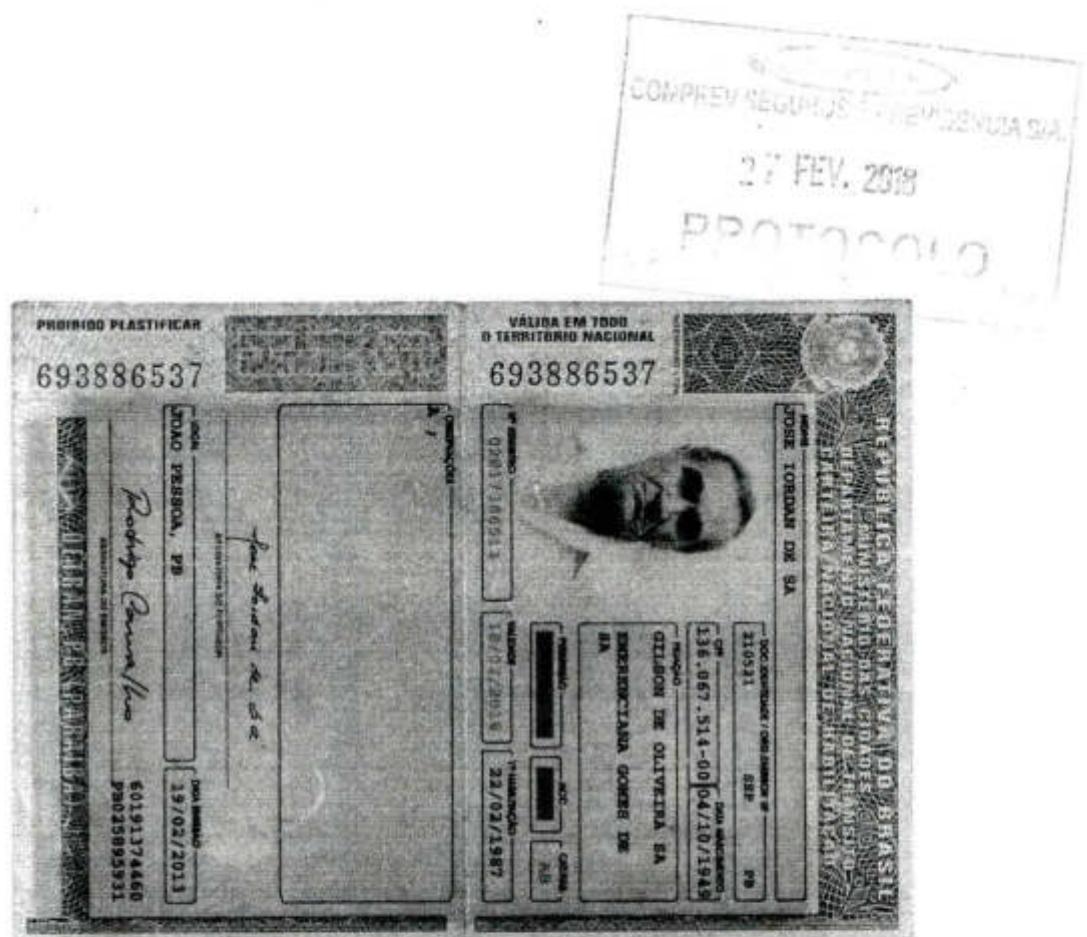
CID 10: S82.9, T93

João Pessoa, 17 de agosto de 2018.

Dra. Arleide Andrade Medeiros
Médica
CRM/PB 11.289







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS FEDERAÇÕES

SEGURO OBRIGATÓRIO DE
DISPESOAS CAUSADAS POR VEÍCULOS
AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS, OU NÃO - SEGURO DPVAT

Nº 0122297862603
CERTIFICADO DE REGISTRO 261650001682247-VEÍCULO
PLACA: 0053216879-8 COD. RENAVAM: 00/00000000
ANO: 2016

JOSE LORDAN DE SA

CPF / CNPJ	PLACA	PLACA
13606751400	OFY6764/PB	OFY6764/PB
PLACA ANO / UF	CHASSI	RENAVAM
NOVO PB	LLCXCHL4XCA100066	00532168798
MARCA / MODELO	COMBUSTÍVEL	MARCA / MODELO
I/LONCIN DANK DC110	GÁSOLINA	I/LONCIN DANK DC110
CAP / POT / CIL	ANO FAB.	ANO FAB.
2 P/110 /CI	2011	2011
ESPECIE / TIPO	CATEGORIA	Nº CHASSI
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	VERMELHA	LLCXCHL4XCA100066
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	PRÉMIO TARIFÁRIO
IPVA PAGO EM	29/04/2016	IPVA PAGO
V FAIXA IPVA:	PARCELAMENTO / COTAS	CUSTO DO DPVAT (R\$)
A ***** 0	1 ^º 2 ^º 3 ^º	*****
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IPF (R\$)	TOTAL A PAGAR (R\$)
*****	*****	SEGURO
SEGURO	PAGO	PAGAMENTO
SEM RESERVA DE DOMÍNIO	0	COTA ÚNICA
	0	PARCELADO

JOAO PESSOA - PB
14311

29/04/2015
30392

29/04/2016
30392

CNPJ 08.240-698/0001-04
www.seguradoralider.com.br

30392-1456322-20160429

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

PB Nº 0122297862603 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2016	29/04/2016
CPF / CNPJ	PLACA
13606751400	OFY6764/PB
RENAVAM	MARCA / MODELO
00532168798	I/LONCIN DANK DC110
CAT. TIRADA	Nº CHASSI
9	LLCXCHL4XCA100066
PRÉMIO TARIFÁRIO	CUSTO DO DPVAT (R\$)
*****	*****
CUSTO DO DPVAT (R\$)	TOTAL A PAGAR (R\$)
*****	SEGURO
PAGAMENTO	PAGAMENTO
COTA ÚNICA	COTA ÚNICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.240-698/0001-04
www.seguradoralider.com.br

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:

José Jordane de Sá,
brasileiro(a), estado civil sótero, profissão
motorista, CI RG nº 210.521,
CPF/MF nº 136.067.541-00, residente e domiciliado(a) à Rua
Doutor Silvino Nobreza, 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 nº 455.536.024-91 e
RG sob o nº 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 2017.

José Jordane de Sá

OUTORGANTE



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
JOSE JORDAN DE SÁ
Em test. da verdade, João Pessoa - PR, 15/05/2017 08:28:24
Luciano Augusto de Faria, delegado - Escrivão
[2017-029935] EMB. 19.03.17 PRT/PR, 0,27 FEP/PR
SELO DIGITAL: #F83068-140
Confira a autenticidade no site: <http://selodigital.tjpr.jus.br>

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

José Jondam de Sá
brasileiro(a), estado civil sótero, profissão
motorista, CI RG nº 210.521,
CPF/MF nº 136.067.541-00, residente e domiciliado(a) à Rua
Doutor Silvino Nobreza, 130 - Jaguaribe,
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58015-120, telefone
83-99340-1170, 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 2017.

OUTORGANTE

