



Número: **0864705-64.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/11/2018**

Valor da causa: **R\$ 10.462,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE IORDAN DE SA (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45170 129	30/06/2021 21:09	Petição	Petição
45170 130	30/06/2021 21:09	2658873_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos
45170 131	30/06/2021 21:09	2658873_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos

ANEXO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08647056420188152001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE IORDAN DE SA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 29 de junho de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21063021092294200000042929101>
Número do documento: 21063021092294200000042929101

Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE IORDAN DE SA

Nº Sinistro: 3180348840

Vítima: 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

Pag. 01719/01720 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOSE IORDAN DE SA
Nº Sinistro: 3180348840
Vítima: 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

Pag. 00871/00872 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13227355





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

Nome completo da vítima

136.067.514-00

Jose Jordam de Sa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Jose Jordam de Sa	136.067.514-00	motorista
Endereço	Número	Complemento
Doutor Silveira Nobrega	130	
Bairro	Cidade	CEP
Jaquaribe	João Pessoa	5815-120
E-mail	Estado	Telefone (DDD)
	PB	

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)		<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	
AGÊNCIA	D/V	CONTA	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
		BANCO	NÚMERO
		Brasil	001
AGÊNCIA	D/V	CONTA	D/V
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.

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

FAPPE.001 V001/2017







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

Nome completo da vítima

136.067.514-00

Jose Jordam de Sa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Jose Jordam de Sa	136.067.514-00	motorista
Endereço	Número	Complemento
Doutor Silveira Nobrega	130	
Bairro	Cidade	CEP
Jaguaripe	João Pessoa	5815-120
E-mail	Estado	Telefone (DDD)
	PB	

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA		BANCO	
NÚMERO		NOME	
D/V		NÚMERO	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
		B. Brasil	
		001	
AGÊNCIA		AGÊNCIA	
NÚMERO		NÚMERO	
D/V		D/V	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
1234		36.860	
3		1	

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

FAPPE.001 V001/2017







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

DADOS DO ACIDENTE									
Nº BOAT	Responsável pelo Levantamento do Acidente:				Posto/Grauação:				
0253 - 2017	ROSINALDO OLIVEIRA DE SOUZA				3º SGT / PM				
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia: KM, Trecho da Rodovia: Bairro									
Rua Frei Martins / Prefeito Osvaldo Pessoa (09:00) Jaguaribe									
Data/Ocorrência	10-04-2017	Com	Abaloamento	Asfalto	Condições/Via	Seca	Tempo	Bom	UF
Envolvidos no acidente (Quantidade)									
02 veículos									
Controle do tráfego no local									
Cruzamento com Via de Sentido Único									
CONDUCTOR 01									
Nome	Francisco Ornan Ferreira Nobre				Sexo	Masculino	Nascimento	28-02-1951	RG
Endereço									153999
Rua Severino Chaves 1061, Manaira Apt. 102, João Pessoa PB - Tel.(083)98787-2191.									
1ª Habilitação	28-10-1977	AB	00534393411	UF	PB	Sim	Ex.med./Dia	29-08-2018	Usava cinto
Exame de Embriaguez Alcoólica	Não				Destino do Condutor	Permaneceu no Local			
VEÍCULO 01									
Marca	Fiat Strada		Especie	Caminhonete	Placa	FHQ-4722	Particular	Município	João Pessoa
Nome do Proprietário	Francisco Ornan Ferreira				Renavan Nº	00507726111			
Seguradora	DPVAT				Bilhete Nº	012896213513			
Defeitos	Nada constatado				Data da Emissão	04-01-2017			
VERSÃO DO CONDUCTOR 01									
Conductor 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.									
CONDUCTOR 02									
Nome	José Jordán de Sá				Sexo	Masculino	Nascimento	04-10-1949	RG
Endereço	Rua Dr. Silvino da Nóbrega 130, Jaguaribe, João Pessoa PB - Tel.(083)98851-8051 / 3221-6630.				UF	PB	Sim	Ex.med./Dia	18-02-2018
1ª Habilitação	22-02-1987	AB	02817386513	UF	PB	Sim	Ex.med./Dia	18-02-2018	Usava cinto
Exame de Embriaguez Alcoólica	Não				Destino do Condutor	Secorrido ao Hospital			
VEÍCULO 02									
Marca	Loncin Dank		Especie	Motocicleta	Placa	OFY-6764	Particular	Município	João Pessoa
Nome do Proprietário	José Jordán de Sá				Renavan Nº	00532168708			
Seguradora	DPVAT				Bilhete Nº	012297862603			
Defeitos	Nada constatado				Data da Emissão	29-04-2016			
VERSÃO DO CONDUCTOR 02									
Conductor 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.									



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

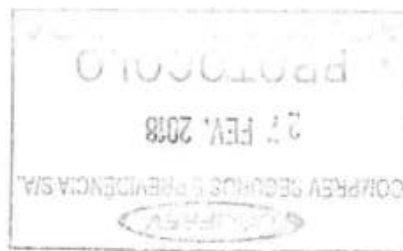
Nome	Sexo	Nascimento
José Iordan de Sá	Masculino	04-10-1949
Endereço	Viajava no Veículo Nº	
Rua Dr. Silvino da Nobrega 130, Jaguaribe, João Pessoa - PB - Tel.(083)98851-8051 / 3221-6630.	Usava Cinto	
Condição da Vitima	Conduzia Para	
Conductor	Hospital de Trauma	

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 Aglaier, Coren: 106296, o V2 foi removido ao Bprian 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 eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:24



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAIBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPRI-ICPR-II)
BATALHÃO DE POLICIA 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:	Placa:	Responsável pelo Preenchimento:	Data:
Fiat Strada	FHQ-4722	3º Sgt De Souza	10-04-2017

DANOS NO V1

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA Avariadas NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação	Sim	Não	NA
01	Panela corta-fogo	x			
02	Longarina dianteira esquerda	x			
03	Caixa de roda dianteira esquerda	x			
04	Estrutura da soleira esquerda	x			
05	Air Bags frontais	x			
06	Air Bags laterais	x			
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda	x			
08	Estrutura da coluna central esquerda	x			
09	Estrutura da coluna traseira esquerda	x			
10	Caixa de roda traseira esquerda	x			
11	Assoalho central esquerdo	x			
Total Geral (Sim + NA)					
00					

DANOS NO V2

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA Avariadas NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação	Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro	x			
02	Mesa superior da suspensão dianteira	x			
03	Mesa inferior da suspensão dianteira	x			
04	Coluna de direção	x			
Total Geral (Sim + NA)					
00					

Observações:

00=DANO DE PEQUENA MONTA

01=DANO DE PEQUENA MONTA

02=DANO DE PEQUENA MONTA

03=DANO DE PEQUENA MONTA

04=DANO DE PEQUENA MONTA

05=DANO DE PEQUENA MONTA

06=DANO DE PEQUENA MONTA

07=DANO DE PEQUENA MONTA

08=DANO DE PEQUENA MONTA

09=DANO DE PEQUENA MONTA

10=DANO DE PEQUENA MONTA

11=DANO DE PEQUENA MONTA

12=DANO DE PEQUENA MONTA

13=DANO DE PEQUENA MONTA

14=DANO DE PEQUENA MONTA

15=DANO DE PEQUENA MONTA

16=DANO DE PEQUENA MONTA

17=DANO DE PEQUENA MONTA

18=DANO DE PEQUENA MONTA

19=DANO DE PEQUENA MONTA

20=DANO DE PEQUENA MONTA

21=DANO DE PEQUENA MONTA

22=DANO DE PEQUENA MONTA

23=DANO DE PEQUENA MONTA

24=DANO DE PEQUENA MONTA

25=DANO DE PEQUENA MONTA

26=DANO DE PEQUENA MONTA

27=DANO DE PEQUENA MONTA

28=DANO DE PEQUENA MONTA

29=DANO DE PEQUENA MONTA

30=DANO DE PEQUENA MONTA

31=DANO DE PEQUENA MONTA

32=DANO DE PEQUENA MONTA

33=DANO DE PEQUENA MONTA

34=DANO DE PEQUENA MONTA

35=DANO DE PEQUENA MONTA

36=DANO DE PEQUENA MONTA

37=DANO DE PEQUENA MONTA

38=DANO DE PEQUENA MONTA

39=DANO DE PEQUENA MONTA

40=DANO DE PEQUENA MONTA

41=DANO DE PEQUENA MONTA

42=DANO DE PEQUENA MONTA

43=DANO DE PEQUENA MONTA

44=DANO DE PEQUENA MONTA

45=DANO DE PEQUENA MONTA

46=DANO DE PEQUENA MONTA

47=DANO DE PEQUENA MONTA

48=DANO DE PEQUENA MONTA

49=DANO DE PEQUENA MONTA

50=DANO DE PEQUENA MONTA

51=DANO DE PEQUENA MONTA

52=DANO DE PEQUENA MONTA

53=DANO DE PEQUENA MONTA

54=DANO DE PEQUENA MONTA

55=DANO DE PEQUENA MONTA

56=DANO DE PEQUENA MONTA

57=DANO DE PEQUENA MONTA

58=DANO DE PEQUENA MONTA

59=DANO DE PEQUENA MONTA

60=DANO DE PEQUENA MONTA

61=DANO DE PEQUENA MONTA

62=DANO DE PEQUENA MONTA

63=DANO DE PEQUENA MONTA

64=DANO DE PEQUENA MONTA

65=DANO DE PEQUENA MONTA

66=DANO DE PEQUENA MONTA

67=DANO DE PEQUENA MONTA

68=DANO DE PEQUENA MONTA

69=DANO DE PEQUENA MONTA

70=DANO DE PEQUENA MONTA

71=DANO DE PEQUENA MONTA

72=DANO DE PEQUENA MONTA

73=DANO DE PEQUENA MONTA

74=DANO DE PEQUENA MONTA

75=DANO DE PEQUENA MONTA

76=DANO DE PEQUENA MONTA

77=DANO DE PEQUENA MONTA

78=DANO DE PEQUENA MONTA

79=DANO DE PEQUENA MONTA

80=DANO DE PEQUENA MONTA

81=DANO DE PEQUENA MONTA

82=DANO DE PEQUENA MONTA

83=DANO DE PEQUENA MONTA

84=DANO DE PEQUENA MONTA

85=DANO DE PEQUENA MONTA

86=DANO DE PEQUENA MONTA

87=DANO DE PEQUENA MONTA

88=DANO DE PEQUENA MONTA

89=DANO DE PEQUENA MONTA

90=DANO DE PEQUENA MONTA

91=DANO DE PEQUENA MONTA

92=DANO DE PEQUENA MONTA

93=DANO DE PEQUENA MONTA

94=DANO DE PEQUENA MONTA

95=DANO DE PEQUENA MONTA

96=DANO DE PEQUENA MONTA

97=DANO DE PEQUENA MONTA

98=DANO DE PEQUENA MONTA

99=DANO DE PEQUENA MONTA

100=DANO DE PEQUENA MONTA

João Pessoa - PB, 11 de Maio de 2017.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:24

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA Avariadas NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação	Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro	x			
02	Mesa superior da suspensão dianteira	x			
03	Mesa inferior da suspensão dianteira	x			
04	Coluna de direção	x			
Total Geral (Sim + NA)					
00					

Observações:

00=DANO DE PEQUENA MONTA

01=DANO DE PEQUENA MONTA

02=DANO DE PEQUENA MONTA

03=DANO DE PEQUENA MONTA

04=DANO DE PEQUENA MONTA

05=DANO DE PEQUENA MONTA

06=DANO DE PEQUENA MONTA

07=DANO DE PEQUENA MONTA

08=DANO DE PEQUENA MONTA

09=DANO DE PEQUENA MONTA

10=DANO DE PEQUENA MONTA

11=DANO DE PEQUENA MONTA

12=DANO DE PEQUENA MONTA

13=DANO DE PEQUENA MONTA

14=DANO DE PEQUENA MONTA

15=DANO DE PEQUENA MONTA

16=DANO DE PEQUENA MONTA

17=DANO DE PEQUENA MONTA

18=DANO DE PEQUENA MONTA

19=DANO DE PEQUENA MONTA

20=DANO DE PEQUENA MONTA

21=DANO DE PEQUENA MONTA

22=DANO DE PEQUENA MONTA

23=DANO DE PEQUENA MONTA

24=DANO DE PEQUENA MONTA

25=DANO DE PEQUENA MONTA

26=DANO DE PEQUENA MONTA

27=DANO DE PEQUENA MONTA

28=DANO DE PEQUENA MONTA

29=DANO DE PEQUENA MONTA

30=DANO DE PEQUENA MONTA

31=DANO DE PEQUENA MONTA

32=DANO DE PEQUENA MONTA

33=DANO DE PEQUENA MONTA

34=DANO DE PEQUENA MONTA

35=DANO DE PEQUENA MONTA

36=DANO DE PEQUENA MONTA

37=DANO DE PEQUENA MONTA

38=DANO DE PEQUENA MONTA

39=DANO DE PEQUENA MONTA

40=DANO DE PEQUENA MONTA

41=DANO DE PEQUENA MONTA

42=DANO DE PEQUENA MONTA

43=DANO DE PEQUENA MONTA

44=DANO DE PEQUENA MONTA

45=DANO DE PEQUENA MONTA

46=DANO DE PEQUENA MONTA

47=DANO DE PEQUENA MONTA

48=DANO DE PEQUENA MONTA

49=DANO DE PEQUENA MONTA

50=DANO DE PEQUENA MONTA

51=DANO DE PEQUENA MONTA

52=DANO DE PEQUENA MONTA

53=DANO DE PEQUENA MONTA

54=DANO DE PEQUENA MONTA

55=DANO DE PEQUENA MONTA

56=DANO DE PEQUENA MONTA

57=DANO DE PEQUENA MONTA

58=DANO DE PEQUENA MONTA

59=DANO DE PEQUENA MONTA

60=DANO DE PEQUENA MONTA

61=DANO DE PEQUENA MONTA

62=DANO DE PEQUENA MONTA

63=DANO DE PEQUENA MONTA

64=DANO DE PEQUENA MONTA

65=DANO DE PEQUENA MONTA

66=DANO DE PEQUENA MONTA

67=DANO DE PEQUENA MONTA

68=DANO DE PEQUENA MONTA

69=DANO DE PEQUENA MONTA

70=DANO DE PEQUENA MONTA

71=DANO DE PEQUENA MONTA

72=DANO DE PEQUENA MONTA

73=DANO DE PEQUENA MONTA

74=DANO DE PEQUENA MONTA

75=DANO DE PEQUENA MONTA

76=DANO DE PEQUENA MONTA

77=DANO DE PEQUENA MONTA

78=DANO DE PEQUENA MONTA

79=DANO DE PEQUENA MONTA

80=DANO DE PEQUENA MONTA

81=DANO DE PEQUENA MONTA

82=DANO DE PEQUENA MONTA

83=DANO DE PEQUENA MONTA

84=DANO DE PEQUENA MONTA

85=DANO DE PEQUENA MONTA

86=DANO DE PEQUENA MONTA

87=DANO DE PEQUENA MONTA

88=DANO DE PEQUENA MONTA

89=DANO DE PEQUENA MONTA

90=DANO DE PEQUENA MONTA

91=DANO DE PEQUENA MONTA

92=DANO DE PEQUENA MONTA

93=DANO DE PEQUENA MONTA

94=DANO DE PEQUENA MONTA

95=DANO DE PEQUENA MONTA

96=DANO DE PEQUENA MONTA

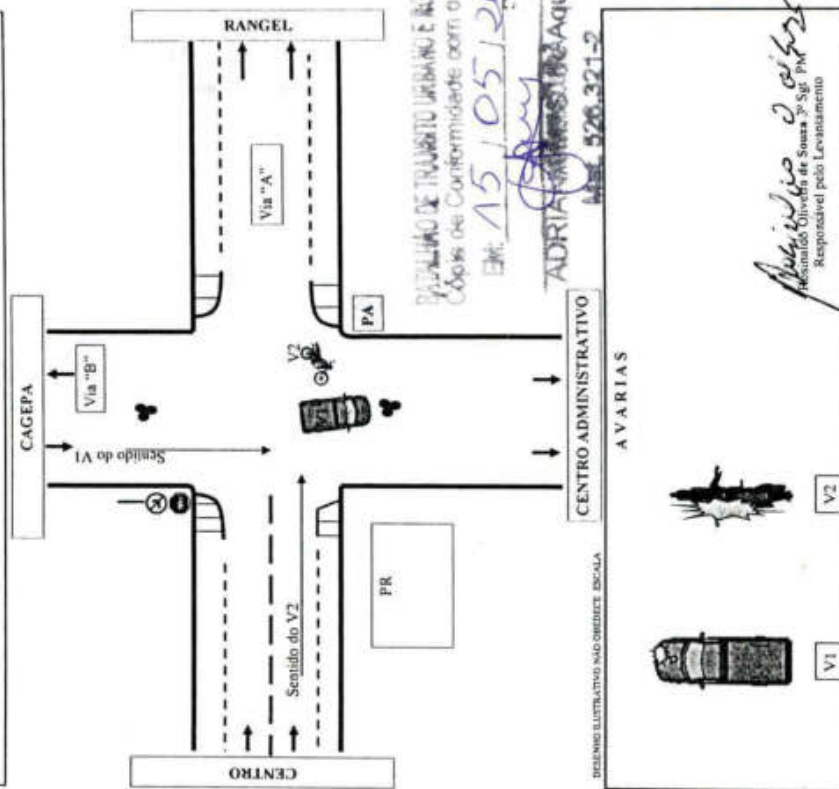
97=DANO DE PEQUENA MONTA

98=DANO DE PEQUENA MONTA

99=DANO DE PEQUENA MONTA

100=DANO DE PEQUENA MONTA

 <p> 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 </p>	<p>CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0253/ 2017</p>
<p>AMARRAÇÕES</p> <p>VIA "A" - Rua Frei Martinho 12,00metros VIA "B" - Rua Prefeito Osvaldo Pessoa 10,00metros</p> <p>PR (Ponto de Referência) Centro Administrativo PA (Ponto de Amarração) Poste da Energisa</p> <p>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)</p>	



27. FEV. 2018
 PROTOCOLO
 COMPREVE SEGURANÇA S/A





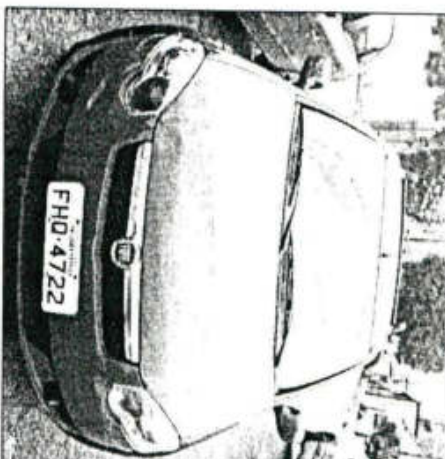
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



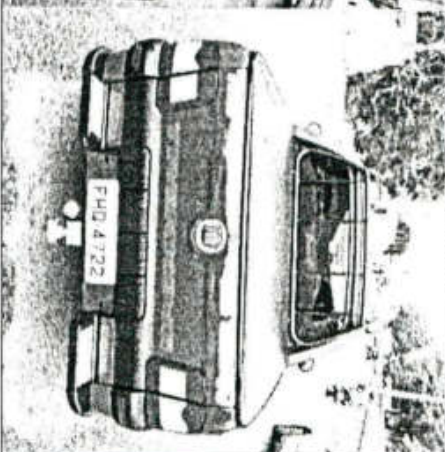
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0253/2017

FOTOS DO V1

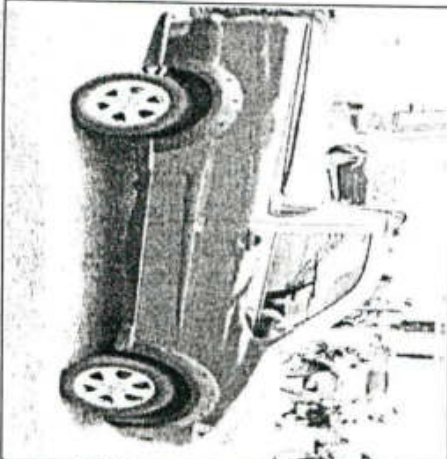
FRENTE (V1)



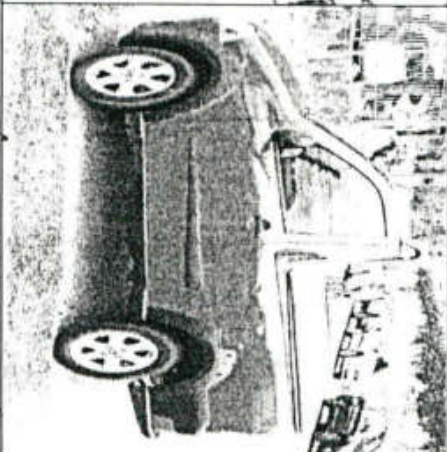
TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



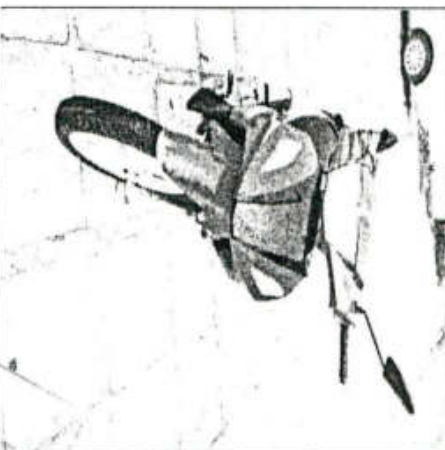
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



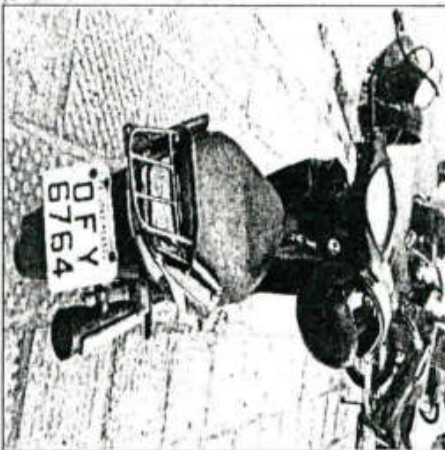
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0253/2017

FOTOS DO V2

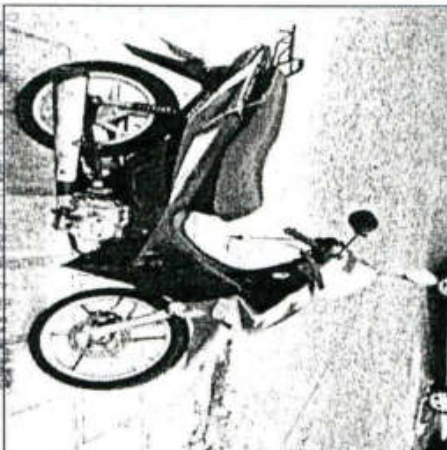
FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:24

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:24

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:24

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:24

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:24





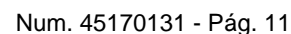
POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAIBA

DADES DO ACIDENTE

Conductor declarou que: trafegava na via B no sentido Cageta/Centro Administrativo, quando o veículo A, vindo de sentido contrário, não sinalizou o V2, vindo a abalroar, acidentando o mesmo. O mesmo foi adiantar um pouco o veículo A para ter a visão do fluxo por causa dos estacionamentos a sua direita, vindo a atrapalhar a via. Foi quando o mesmo viu o veículo B, vindo de sentido contrário, não sinalizou o V2, vindo a abalroar, acidentando o mesmo.

CONDUCTOR 02

Condutor declarou no Bptran no dia 27-04-2017 às 11:10h e disse que: trafegava na Avenida do Contorno sentido Centro/Rangel, momento que ao cruzar com a via B, foi atingido pelo V1 que avançava na faixa de trânsito de mão única, ocasionando o acidente.



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

Nome	Sexo	Nascimento
José Iordan de Sá	Masculino	04-10-1949
Endereço	Viajava no Veículo Nº	
Rua Dr. Silvino da Nobrega 130, Jaguaribe, João Pessoa - PB - Tel.(083)98851-8051 / 3221-6630.	Usava Cinto	
Condição da Vitima	Conduzia Para	
Conducutor	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 Aguiar, Coren: 106296, o V2 foi removido ao Bprian 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 eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:24



COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPRI-ICPR-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

DANOS NO V1

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

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVALIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação	Sim	Não	NA
01	Panela corta-fogo	x			
02	Longarina dianteira esquerda	x			
03	Caixa de roda dianteira esquerda	x			
04	Estrutura da soleira esquerda	x			
05	Air Bags frontais	x			
06	Air Bags laterais	x			
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda	x			
08	Estrutura da coluna central esquerda	x			
09	Estrutura da coluna traseira esquerda	x			
10	Caixa de roda traseira esquerda	x			
11	Assolinho central esquerdo	x			
Total Geral (Sim + NA)					
00					

DANOS NO V2

Marca/Modelo:	Placa:	Responsável pelo Preenchimento:	Data:
Loncin Dink	OFY-6764	3º Sgt De Souza	10-04-2017

PEÇAS ESTRUTURAIS AVALIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação	Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro	x			
02	Mesa superior da suspensão dianteira	x			
03	Mesa inferior da suspensão dianteira	x			
04	Coluna de direção	x			
Total Geral (Sim + NA)					
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

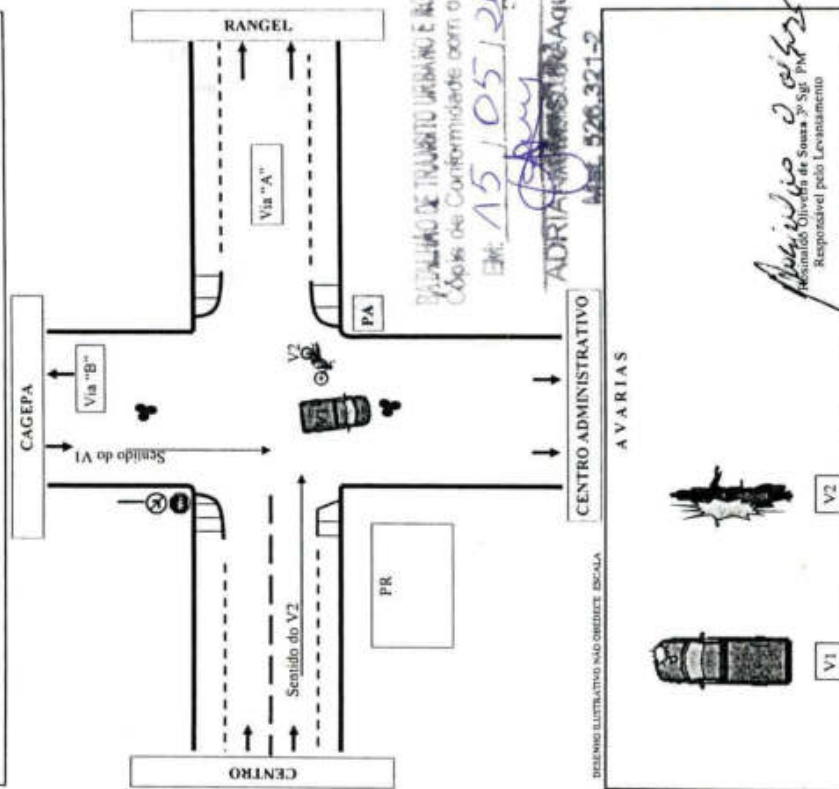
João Pessoa-PB, 11 de Maio de 2017.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:24

DETALHAMENTO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 15/05/2017
ADRIANA MOREIRA AGUIAR
Tel: 528-321-2




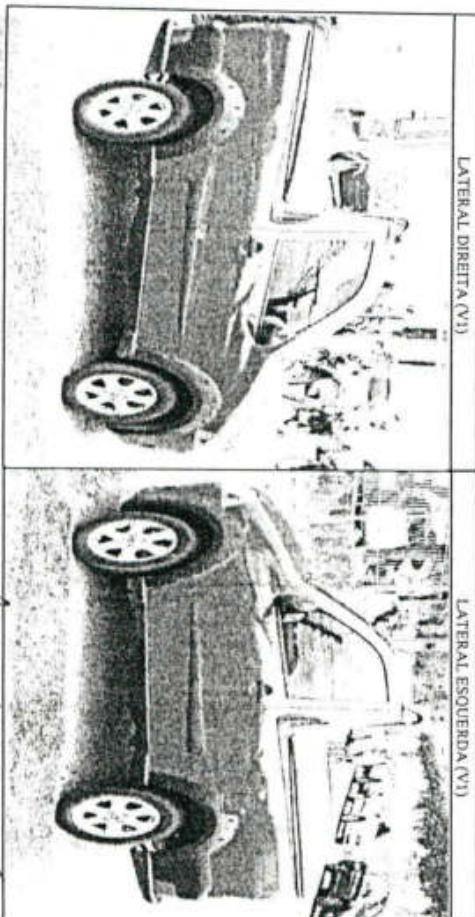
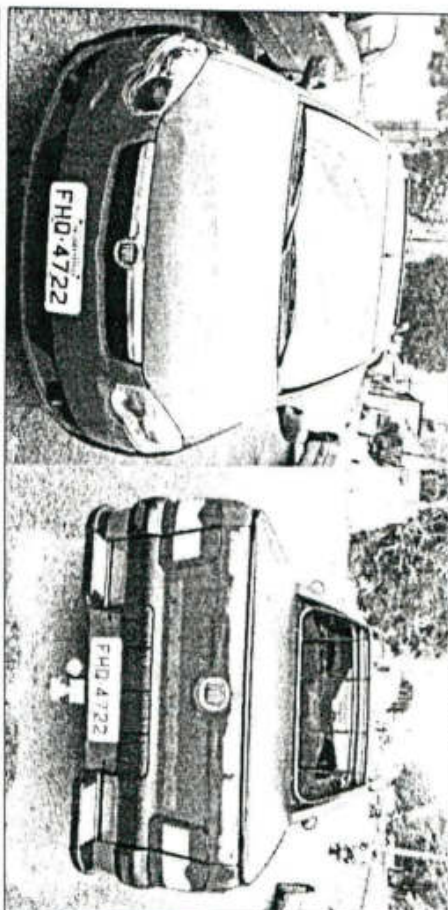
 <p> POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPRJ / CPR-II) BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT </p>	<p>CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0253/ 2017</p>
<p>AMARRAÇÕES</p> <p>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 Energisa</p> <p>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)</p>	




 COMPREV SEGURANÇA S/A
 27. FEV. 2018
 PROTOCOLO




 POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
 COMANDO DE POLICAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPRJ/CPRJII)
 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 VÍ



Rafael 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 Tomé 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 Tomé de Sá de maio de 2017

Local e Data

João Tomé de Sá

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017



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 Tomé 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 Tomé de Sá de maio de 2017

Local e Data

João Tomé de Sá

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017



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 Tomé 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 Tomé de Sá de maio de 2017

Local e Data

João Tomé de Sá

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

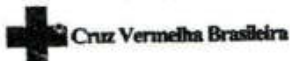
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017



23/11/2017

- TImed



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
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 IORDAN DE SA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 04/10/1949	Idade 68 anos 1 mes 19 dias	Estado civil	Religião
Mãe EMERENCIANA GOMES DE SA		Prontuário	
Escolaridade		Pai GILSON DE OLIVEIRA SA	
		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
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por MAYARA ANA LACERDA			Tempo 19seg

Imprimir

://172.16.0.6:8080/cvb/pages/boletimEmergencia.do?perform=imprimir&id=993033

1/1

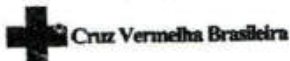


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:24
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21063021092353900000042929102
Número do documento: 21063021092353900000042929102

Num. 45170131 - Pág. 18

23/11/2017

- TImed



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
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 IORDAN DE SA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 04/10/1949	Idade 68 anos 1 mes 19 dias	Estado civil	Religião
Mãe EMERENCIANA GOMES DE SA		Prontuário	
Escolaridade		Pai GILSON DE OLIVEIRA SA	
		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
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por MAYARA ANA LACERDA			Tempo 19seg

Imprimir

://172.16.0.6:8080/cvb/pages/boletimEmergencia.do?perform=imprimir&id=993033

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:24
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21063021092353900000042929102
Número do documento: 21063021092353900000042929102

Num. 45170131 - Pág. 19

23/11/2017

- TIMed

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 IORDAN DE SA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 04/10/1949	Idade 68 anos 1 mes 19 dias	Estado civil	Religião
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
Meio de transporte SAMU		Quem transportou	
Sinais Vitais			
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por MAYARA ANA LACERDA			Tempo 19seg

Imprimir

://172.16.0.6:8080/cvb/pages/boletimEmergencia.do?perform=imprimir&id=993033

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:24
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21063021092353900000042929102>
 Número do documento: 21063021092353900000042929102

Num. 45170131 - Pág. 20





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



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT	0253 - 2017	Responsável pelo Levantamento do Acidente:	Posto/Gratificação:
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia:	Rua Fret Martins / Prefeito Osvaldo Pessoa	09:00	3ºSGT / PM
Data/Ocorrência	10-04-2017	Natureza do Acidente	UF
Envolvidos no acidente (Quantidade)	02 veículos	Abalroamento	João Pessoa
		Asfalto	UF
		Seca	João Pessoa
		Bom	UF
		Bom	UF

Nome	Francisco Ornan Ferreira Nobre	Sexo	Masculino	Nascimento	28-02-1951	RG	153999
------	--------------------------------	------	-----------	------------	------------	----	--------

Endereço	Rua Severino Chaves 1061, Manairá Apt. 102, João Pessoa PB - Tel.(083)98787-2191.
----------	---

1ª Habilitação	28-10-1977	Categoria	AB	Registro CNH Nº	00534393411	UF	PB	Exatidão	Sim	Data Vencimento	29-08-2018	Usava Capacete	Sim
----------------	------------	-----------	----	-----------------	-------------	----	----	----------	-----	-----------------	------------	----------------	-----

Exame de Embriaguez Alcoólica	Não	Destino do Condutor	Permaneceu no Local
-------------------------------	-----	---------------------	---------------------

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	Renovar Nº	00507726111	Data da Emissão	04-01-2017
------------	-------	------------	--------------	------------	-------------	-----------------	------------

Defeitos	Nada constatado
----------	-----------------

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Condutor declarou que: trafegava na via B no sentido Cageta/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, espertou passar, e veio a cruzar, não visualizou o V2, vindo a abalroar, acontecendo o sinistro.

Nome	José Jordán de Sá	Sexo	Masculino	Nascimento	04-10-1949	RG	210521
------	-------------------	------	-----------	------------	------------	----	--------

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

1ª Habilitação	22-02-1987	Categoria	AB	Registro CNH Nº	02817386513	UF	PB	Exatidão	Sim	Data Vencimento	18-02-2018	Usava Capacete	Sim
----------------	------------	-----------	----	-----------------	-------------	----	----	----------	-----	-----------------	------------	----------------	-----

Exame de Embriaguez Alcoólica	Não	Destino do Condutor	Socorrido ao Hospital
-------------------------------	-----	---------------------	-----------------------

Marca	Loncin Dank	Especie	Motocicleta	Placa	OFY-6764	Categoria	Particular	Município	João Pessoa	UF	PB
-------	-------------	---------	-------------	-------	----------	-----------	------------	-----------	-------------	----	----

Nome do Proprietário	José Jordán de Sá
----------------------	-------------------

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

Defeitos	Nada constatado
----------	-----------------



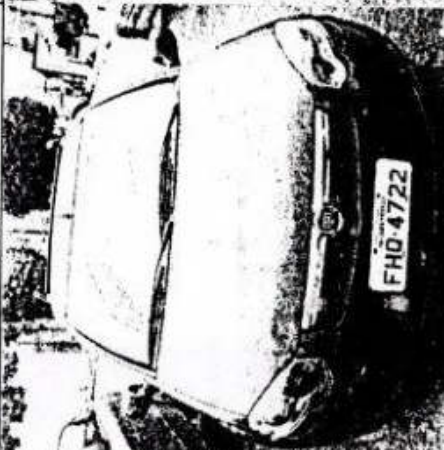
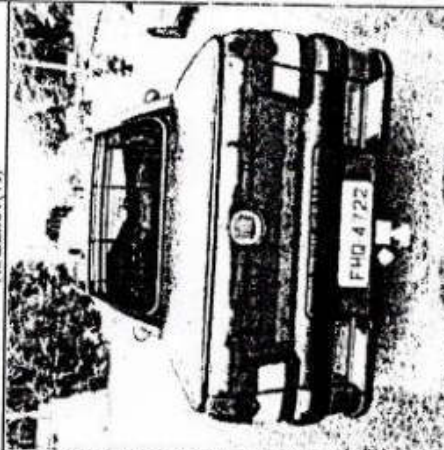
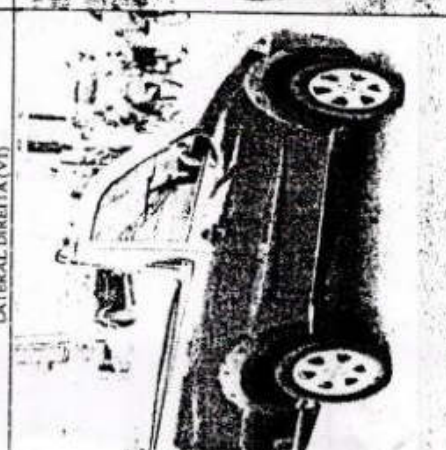
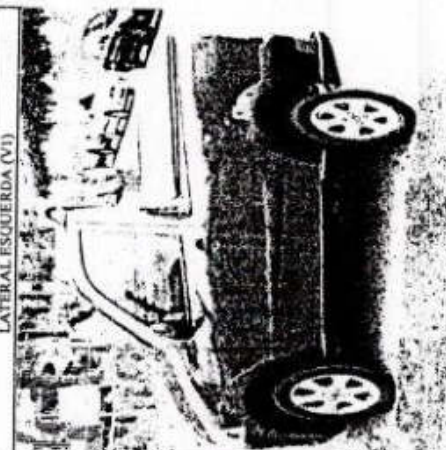
VERSÃO DO CONDUTOR 02







Condutor declarou 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.

AC-1040 PESSOA
PROTOCOLO
29 JUN 2018
COMPREV PREVIDENCIA S/A

COMPREV
29 JUN 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



 <p>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</p>		 <p>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</p>	
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0263/ 2017			
FOTOS DO V1			
FRENTE (V1)		TRASEIRA (V1)	
			
LATERAL DIREITA (V1)		LATERAL ESQUERDA (V1)	
			
<p>45.05.2017</p> <p>Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:24</p> <p>Responsável pelo Levantamento</p>		<p>45.05.2017</p> <p>Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:24</p> <p>Responsável pelo Levantamento</p>	

 <p>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</p>		 <p>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</p>	
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0263/ 2017			
FOTOS DO V2			
FRENTE (V2)		TRASEIRA (V2)	
			
LATERAL DIREITA (V2)		LATERAL ESQUERDA (V2)	
			
<p>45.05.2017</p> <p>Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:24</p> <p>Responsável pelo Levantamento</p>		<p>45.05.2017</p> <p>Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:24</p> <p>Responsável pelo Levantamento</p>	





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

VÍTIMA 01

Nome: José Iordan 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

Condutor

Condição da Vítima: Usava Cinto
Conduzia Para: Hospital de Trauma

CONSTATADO

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

João Pessoa - PB, 11 de Maio de 2017.

Suelio Moreira Torres
Respondido pelo Levantamento



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: 3º Sgt Dr. Souza
Data: 10-04-2017

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA Avariadas NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação	Sim	Não	Item	Nome da Peça	Avaliação	Sim	Não
01	Panela porta-fogo				12	Longarina traseira esquerda			
02	Longarina dianteira esquerda				13	Assolho porta malas ou caçamba			
03	Caixa de roda dianteira esquerda				14	Longarina traseira direita			
04	Estrutura da soleira esquerda				15	Caixa de roda traseira direita			
05	Air Bags frontais				16	Estrutura da coluna traseira direita			
06	Air Bags laterais				17	Estrutura da soleira direita			
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda				18	Estrutura da coluna central direita			
08	Estrutura da coluna central esquerda				19	Estrutura da coluna dianteira direita			
09	Estrutura da coluna traseira esquerda				20	Assolho central direito			
10	Caixa de roda traseira esquerda				21	Caixa de roda dianteira direita			
11	Assolho central esquerdo				22	Longarina dianteira direita			
Observações:					Total Geral (Sim + Não)				
00-DANO DE PEQUENA MONTA					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 5 -> DANO DE MÉDIA MONTA
Quantidade de peças estruturais seg. pass. danificadas > 5 -> DANO DE GRANDE MONTA

Marca/Modelo: Lancia Dink
Placa: OFY-6764
Responsável pelo Preenchimento: 3º Sgt Dr. Souza
Data: 10-04-2017

PEÇAS ESTRUTURAIS Avariadas NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação	Sim	Não	Item	Nome da Peça	Avaliação	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 (trincado)			
04	Coluna de direção				Total Geral (Sim + Não)				
Observações:					00				
00-DANO DE PEQUENA MONTA					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

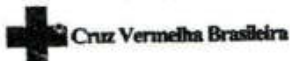
João Pessoa - PB, 11 de Maio de 2017.

João Pessoa e Cia
Respondido pelo Levantamento

João Pessoa e Cia
Respondido pelo Levantamento

23/11/2017

- TlMed



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
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 IORDAN DE SA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 04/10/1949	Idade 68 anos 1 mes 19 dias	Estado civil	Religião
Mãe EMERENCIANA GOMES DE SA		Prontuário	
Escolaridade		Pai GILSON DE OLIVEIRA SA	
		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
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por MAYARA ANA LACERDA			Tempo 19seg

Imprimir

://172.16.0.6:8080/cvb/pages/boletimEmergencia.do?perform=imprimir&id=993033

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:24
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21063021092353900000042929102>
 Número do documento: 21063021092353900000042929102

Num. 45170131 - Pág. 26

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	Custos	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				PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ		VENCIMENTO: 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		ACEITE	
17/01/2018		1800016186		12		N	
				DATA DO PROCESSAMENTO		26/01/2018	
<ul style="list-style-type: none">- Após o vencimento pagar no banco Itaú e Lotéricas.- Não receber após 90 dias do vencimento.- 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.						NOSSO NÚMERO	
						109/05926628-0	
						VALOR DO DOCUMENTO	
						1.316,35	
						(-) DESCONTO/ABATIMENTO	
						(-) OUTRAS DEDUÇÕES	
						(+/-) MULTA/MORA	
						(+/-) OUTROS ACRÉSCIMOS	
						(-) 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: 526965XXXXX3655

Atendimento a Clientes: 40545005

Demais Localidades: 0800 9409009

Vencimento da Fatura

28/10/2017

Total da fatura

R\$ 50,00

Pagamento à

R\$ 7,34

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá arcar com as taxas e juros aplicados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Não haverá encargos em caso de pagamento mínimo até o vencimento R\$ 5,41.
Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 13/11/2017



CTC RODRIGUE PE ALA
JOSE EDUARDO DA SILVA
AV MARIA ROSA 58
MANAIRA
58038-480 JOAO PESSOA PB



7211307021 58038 21000044754 35 171017
Vencimento: 28/10/2017 Pagamen: 10/10/17 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	DEBITO OBRIGADO PELO PAGAMENTO			24
	Subtotal Nacional			4

JOSE EDUARDO DA SILVA 526965XXXXX3655
Movimentações Nacionais
13/10 ANUIDADE DIFERENCIADA TIT 03104
Subtotal Nacional

Total Nacional
Total Internacional
Total da Fatura

Demonstrativo do Programa de Pontos Caixa

Saldo Original em	Pontos a Expirar
22274	1232

Encargos

MULTA	2,00 %
INTERESSE	1,00 %
	9,91 %





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	Custos	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	ACEITE	DATA DO PROCESSAMENTO	NOSSO NÚMERO		
17/01/2018	1800016186	12	N	26/01/2018	109/05926628-0		
<ul style="list-style-type: none">- Após o vencimento pagar no banco Itaú e Lotéricas.- Não receber após 90 dias do vencimento.- 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.						VALOR DO DOCUMENTO	
						1.316,35	
						(-) DESCONTO/ABATIMENTO	
						(-) OUTRAS DEDUÇÕES	
						(+/-) MULTA/MORA	
						(+/-) OUTROS ACRÉSCIMOS	
						(-) 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: 526965XXXXX3655

Atendimento a Clientes: 40545005

Demais Localidades: 0800 9409009

Vencimento da Fatura

28/10/2017

Total da fatura

R\$ 50,00

Pagamento à

R\$ 7,54

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá arcar com as taxas e juros aplicados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Não haverá encargos em caso de pagamento mínimo até o vencimento R\$ 5,41.
Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 13/11/2017



CTC RODRIGUE PE ALA
JOSE EDUARDO DA SILVA
AV MARIA ROSA 58
MANAIRA
58038-480 JOAO PESSOA PB



7211307021 58038 21000044754 35 171017
Vencimento: 28/10/2017 Prazo: 10/10/17 Emissão: 13/10/2017

Demonstrativo

Data	Descrição	Cidade/PAís	Valor US\$	Creditor/Débit
		Valor Original	Cotação	
13/10	TOTAL DA FATURA ANTERIOR			19
28/10	DEBITO OBRIGADO PELO PAGAMENTO			19
	Subtotal Nacional			0

JOSE EDUARDO DA SILVA 526965XXXXX3655
Movimentações Nacionais
13/10 ANUIDADE DIFERENCIADA TIT 03104
Subtotal Nacional

Total Nacional
Total Internacional
Total da Fatura

Demonstrativo do Programa de Pontos Caixa

Saldo Original em	Pontos a Expirar
22274	1232

Encargos

MULTA	2,00 %
INTERESSE	1,00 %
	9,91 %



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

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

Valor total
154,99

NET VIRTUA +

Mensalidade NET VIRTUA +	
01/02/18 a 31/07/18 MENSALIDADE VIRTUA 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 LARGA VIRTUA	-45,00
Sub-Total Descontos/Cancelamentos	-45,00
Total Itens Eventuais	-45,00



APROVEITE O DESCONTO EM TODAS AS ATRAÇÕES DOS ESPAÇOS CULTURAIS.



Desconto em até 4 ingressos

Desconto em até 2 ingressos

Acesse: www.net.com.br e confira!

- Para atendimento presencial consulte as endereços no site net.com.br
- Em caso de cancelamento de seu sinal teleselecione o pagamento via o data do vencimento. NET cobra a taxa de cancelamento de R\$ 25,00.
- 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 possível realizar a ligação com um intérprete adaptado com dispositivo TDD (Dispositivo de Telecomunicações para Surdos).
- Ligue 4004-7777 para atendimento técnico, financeiro e compra de serviços (custo de ligação local).
- Central de Relacionamento NET: 19621 e 0800-721 7707 (deficientes auditivos)
- Ouvidoria 08007018183
- REGISTROS DE ATENDIMENTO
907182544494405, 907182543171006,
907182543171006, 907182542619339,
907182543190167

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 ITAU S.A., BANCO MERCHANT DO BRASIL S.A., BANCO SAFRA S/A, BANCO SANTANDER, BANCO SE, BANRISUL, CAIXA ECONOMICA FEDERAL, CITIBANK, CPMF.

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 COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei 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>Marinares</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58038-460</u>
Email <u>alexandracasaduante@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

DLDR.L001 V001/2017



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 COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei 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>Marinares</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58038-460</u>
Email <u>alexandracasaduante@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

DLDR.L001 V001/2017



REQUISICÃO 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: *Dr. Jorde*

ENDEREÇO: *Dr. Jorde*

BAIRRO: *Dr. Jorde*

DADOS CLÍNICOS

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

DATA: 17.7.18

IDENTIDADE: 210521

IDADE: 68

PAM: ☐

SES: ☐

SSM: ☐

ORIGEM

ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE

Dr. Roberto A. Santos

CRM - Traumatologia

CRM 1585

CARIMBO E ASSINATURA

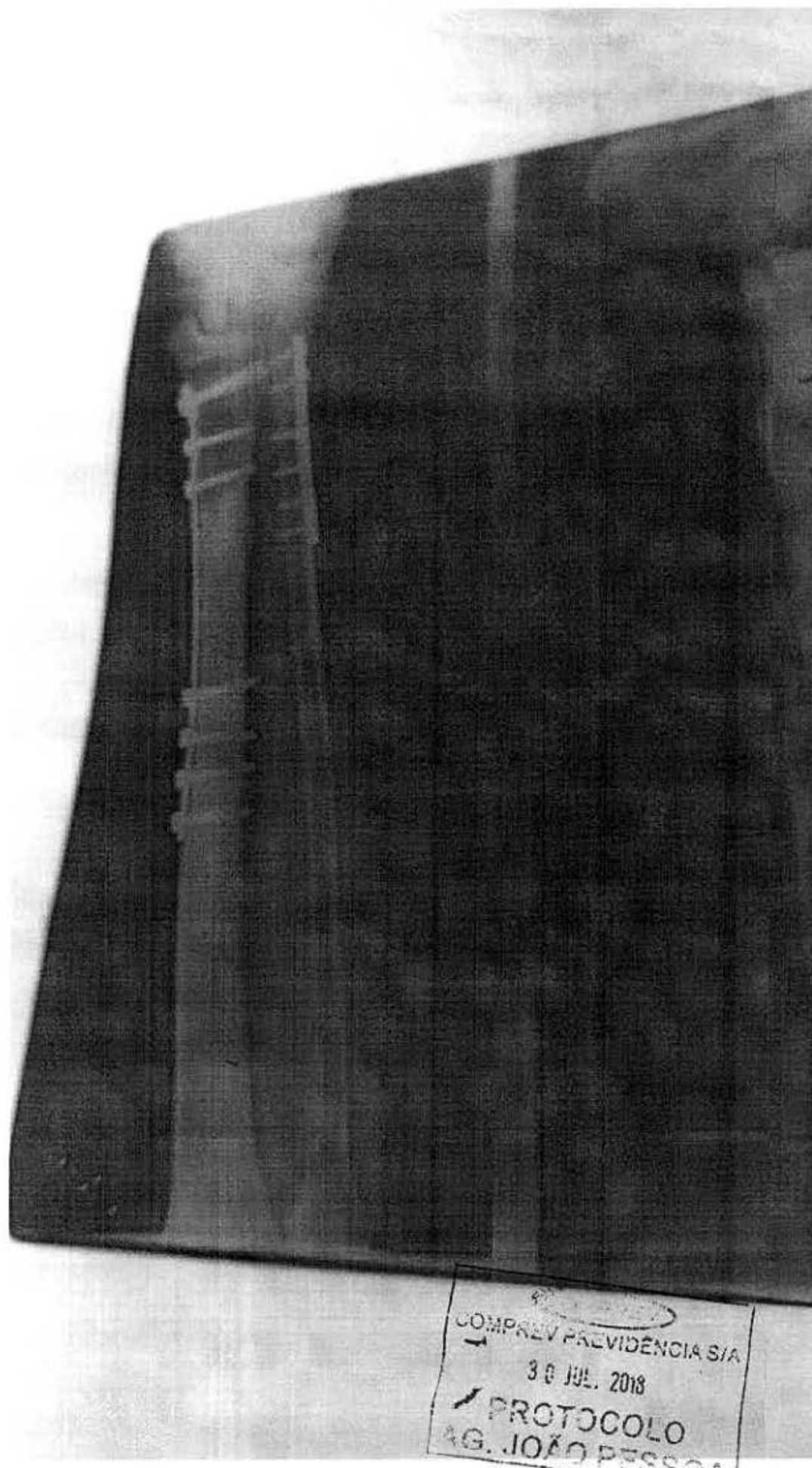
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA II

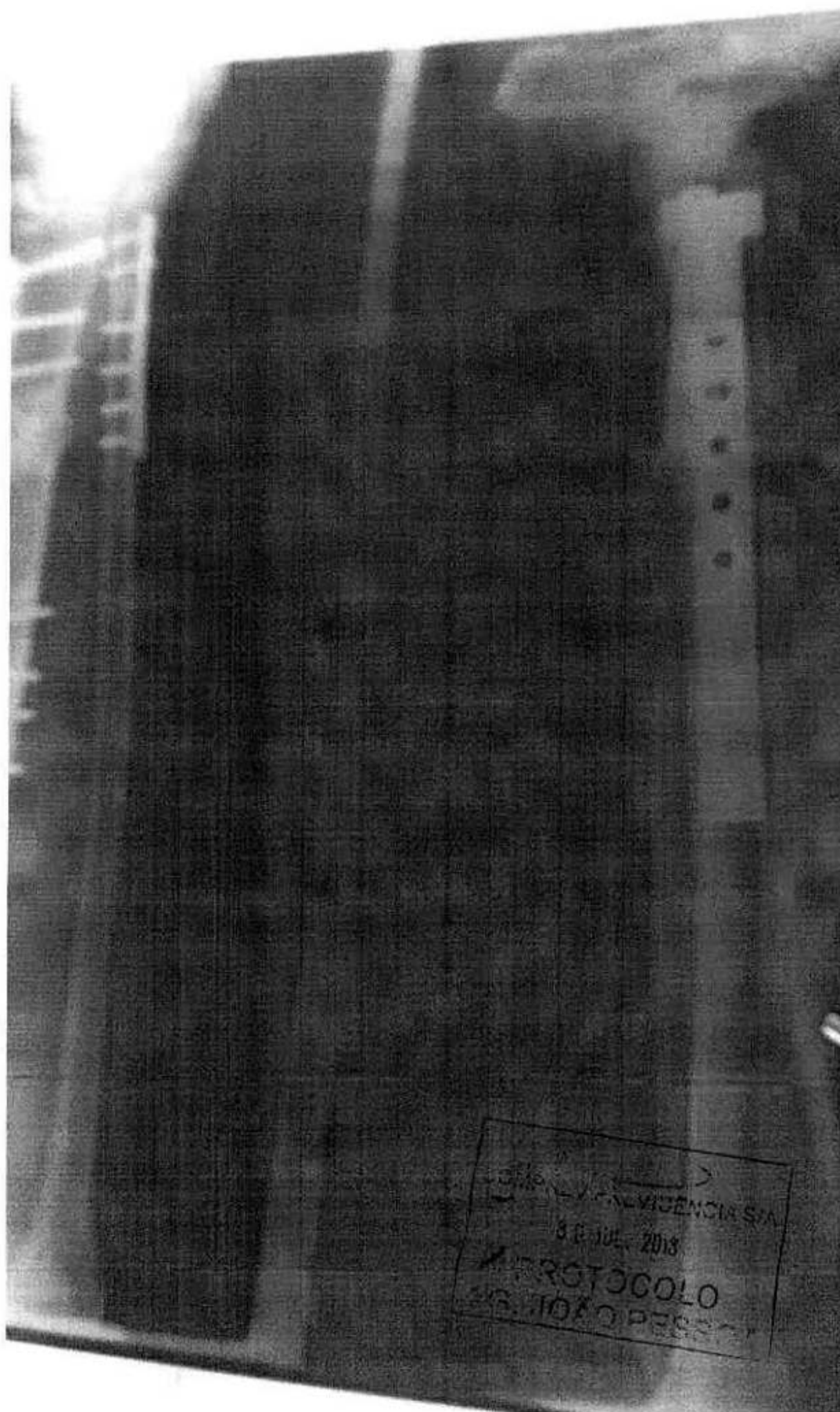
30 JUL. 2018

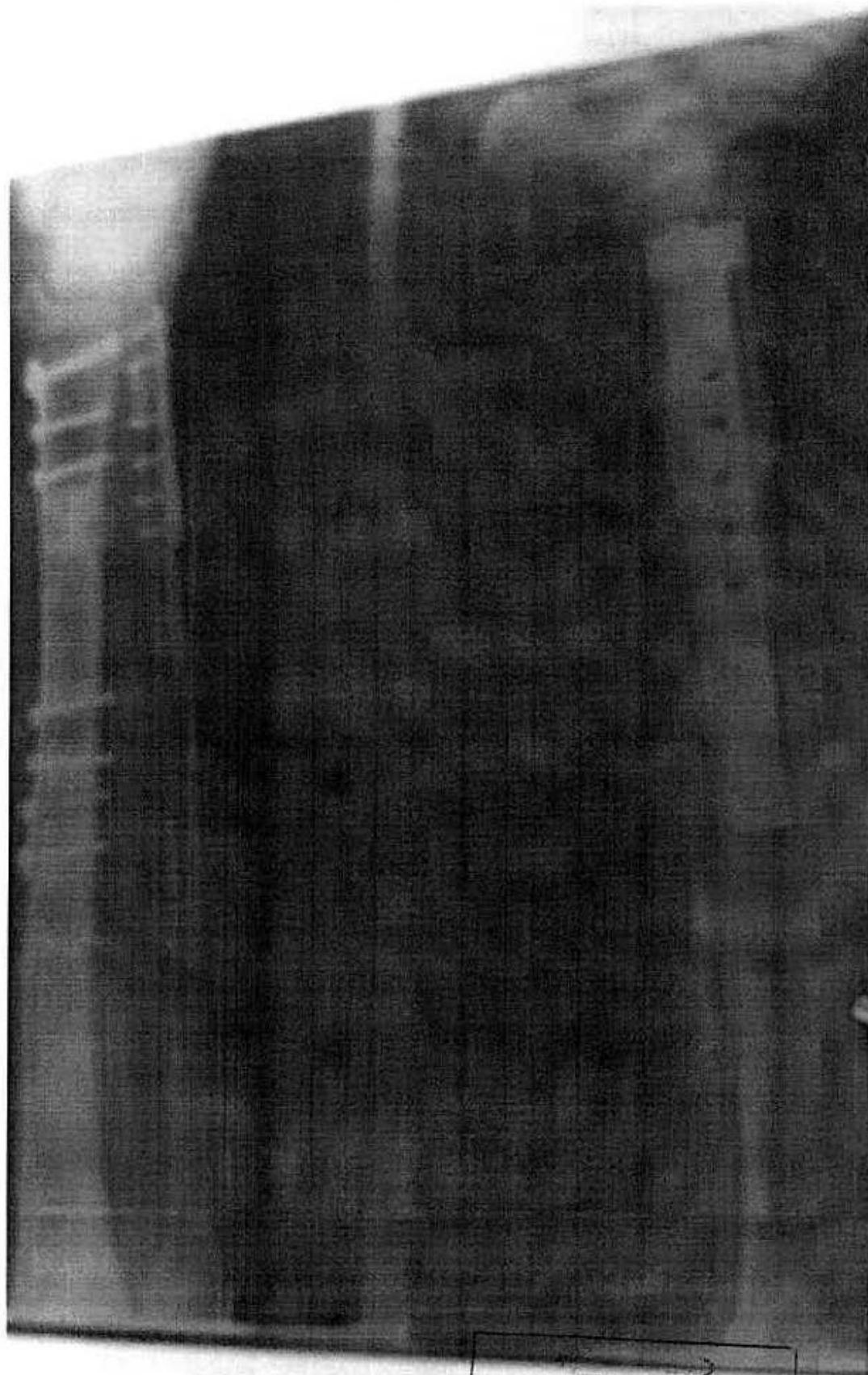
PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA



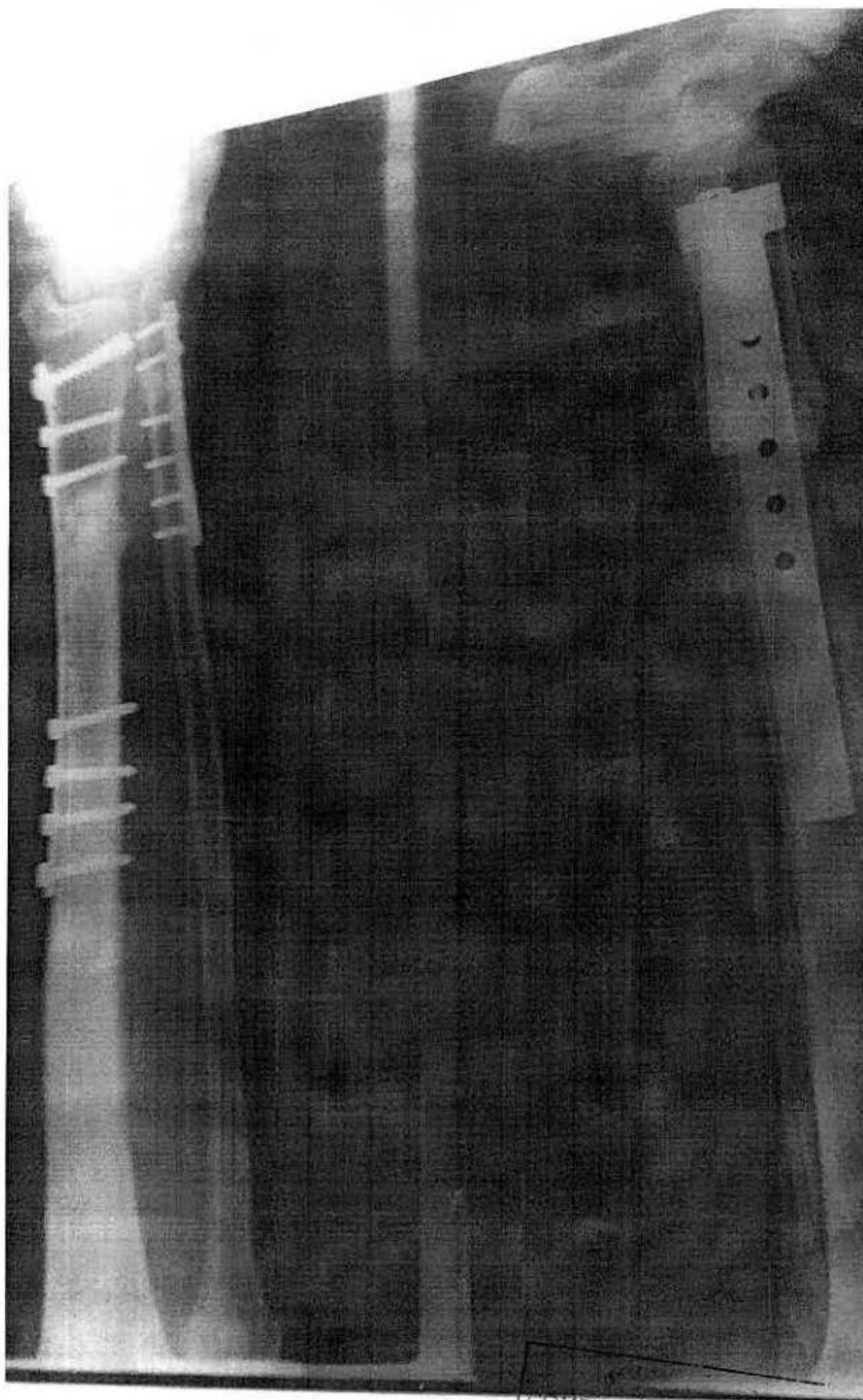






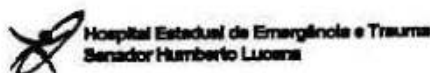
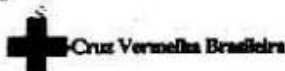
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 JUL. 2018
✓ PROTOCOLO
66. JOÃO PESSOA





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





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 10:41:09	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) 32216630
Endereço Doutor Silvério Nóbrega, 130	Bairro Jaguaripe	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GUSTAVO URQUIISA LEITE	UF PB
Data/Hora Classificação 12/04/2017 16:27:14		Nº Cons. Regional 7429/PB	
		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 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

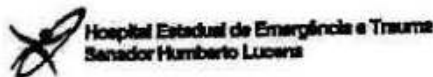
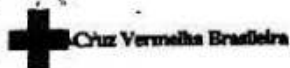
Em observação

Alta Hospitalar

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

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





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 963033	Data/Hora Entrada 10/04/2017 10:41:09	Data Saída 2017-04-12 18:27:11.0
Data de nascimento 04/10/1949	Idade 68	Sexo Masculino	CNS 705807470038432
Mãe EMERENCIANA GOMES DE SA			Telefone de Contato (83) 32216636
Endereço Doutor Silvino Nóbrega, 130			Prontuário
Bairro Jaguaribe		Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS	Nº Cons. Regional 10575/PB
Data/Hora Classificação 12/04/2017 16:27:14		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 <input checked="" type="checkbox"/> utilizar na Impressão?			
Conduta Em observação			
Alta Hospitalar			
Usuário CARLA FREDERICA LINS	Data e Hora 12/04/2017 16:27:11		
Motivo da Alta ALTA HOSPITALAR	Observações		

JOSE JORDAN DE SA

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

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

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&perform=imprimir&id=24120&pesquisa=S&&idPai=&classe=PRESCRICAO&conduta... 1/1

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2021 21:09:24

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21063021092353900000042929102

Número do documento: 21063021092353900000042929102

Num. 45170131 - Pág. 41

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.

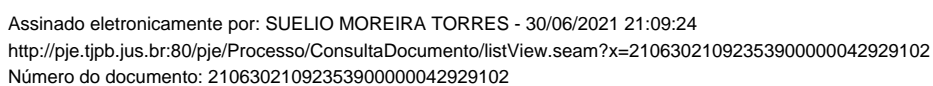
Dra. Arleide Andrade Medeiros
Médica
CRM/PB 11.289



COMPREV SEGURUNSA
27 FEV. 2013
PROTOCOLO

PROIBIDO PLASTIFICAR		VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL	
693886537		693886537	
 Rodrigo Carneiro 60191374460 PR025895331		 GILSON DE OLIVEIRA SA EXERCITADA DOME DE 18/02/2013 22/02/1987	
JOSE TORRES DE SA		JOSE TORRES DE SA	
110531		110531	
138.067.514-00/04/10/1948		138.067.514-00/04/10/1948	
18/02/2013		18/02/2013	
22/02/1987		22/02/1987	





COMPREV SEGURUNSA
27 FEV. 2013
PROTOCOLO

PROIBIDO PLASTIFICAR		VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL	
693886537		693886537	
 PAULO PESSOA, PB 19/02/2013 60191374460 PB025895331		 GILSON DE OLIVEIRA SA EXERCITADA DOME DE 18/02/2013 22/02/1987	



 **ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL**

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIABA
IDENTIDADE DE ADVOCADO

NOME
JOSE EDUARDO DA SILVA

FILIAÇÃO
JOSEPH GERVARIO DA SILVA
MATERNA, NADA

DATA DO REGISTRO
02/04/1987

ENDEREÇO
RUA
JOSÉ PESSOA JR

CITY
RIO DE JANEIRO - RJ

TELEFONE
1.084.982 - SSP/RJ

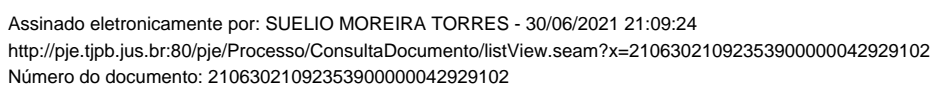
ASSINATURA
NÃO

DATA DE EXERCÍCIO
18/04/2010

VIA: SECCIONAL / CPES
PROCURADOR

17 FEV. 2018

PROTOCOLO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETTRAN - PB		Nº 012297862603	
CERTIFICADO DE REGISTRO		14600601827-5	
VIA - CDD. RENAVAM		RIN-TRC	
1 0053216879-8		00/00000000	
1903800195		2016	
JOSE IORDAN DE SA		NOME	
13606751400		C/F / CNPJ	
NOVO		PB	
PAS/MOTOCICLE/NAO-APLIC		LLCXCXL4XCA100066	
I/LONCIN DANK DC110		2011	
2 P/110 /CI		PARTIC	
IPVA PAGO EM		29/04/2016	
FAXA IPVA		PARCELAMENTO / COTAS	
*****		0	
PREMIO TARIFARIO (R\$)		10F (R\$)	
*****		SEGURO	
P A G O		29/04/2016	
SEM RESERVA DE DOMINIO		OBSERVAÇÕES	
JOAO PESSOA - PB		14311	
14311		0	
29/04/2016		30392	

[illegible]



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETTRAN - PB Nº 012297862603 CERTIFICADO DE REGISTRO E HABILITAÇÃO DE VEÍCULO CÓD. RENAVAM 2616806016822-5 CÓD. RENAVAM 2616806016822-5 1 0053216879-8 00/00000000 2016 NOME JOSE JORDAN DE SA	
CPF / CNPJ 13606751400	PLACA OFY6764/PB
PLACA ANT / UF NOVO PB	CHASSI LLCXCHL4XCA100066
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	COMBUSTÍVEL GASOLINA
MARCA / MODELO I/LONCIN DANK DC110	ANO FAB / ANO MOD 2011 2012
CAP / POT / CIL 2 P/110 /CI	COR PREDOMINANTE VERMELHA
CATEGORIA PARTIC	VENC. COTA ÚNICA 29/04/2016
1 IPVA PAGO EM	1ª
2 FAIXA IPVA	2ª
3	3ª
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) *****	10% (R\$) *****
PREMIO TOTAL (R\$) *****	DATA DE PAGAMENTO 29/04/2016
SEGURO	P A G O
OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO	
14311	
JOAO PESSOA - PB	
29/04/2016	
30392	

SEGURO OBRIGATORIO DE VEICULOS TRANSF. DE PROPRIEDADE 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.DPVAT.COM.BR SAC DPVAT 0800 022 1204	
EXERCÍCIO 2016	DATA EMISSÃO 29/04/2016
CPF / CNPJ 13606751400	PLACA OFY6764/PB
RENAVAM 00532168798	MARCA / MODELO I/LONCIN DANK DC110
ANO FAB 2011	CHASSI LLCXCHL4XCA100066
PRÊMIO TARIFÁRIO *****	COTA ÚNICA (R\$) *****
COTA ÚNICA (R\$) *****	DATA DE PAGAMENTO 29/04/2016
SEGURO	P A G O
OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO	
14311	
JOAO PESSOA - PB	
29/04/2016	
30392	

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 MENDONÇA

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 Deitor 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

27 FEV. 2018
PROTOCOLO



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 Deitor 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

27 FEV. 2018
PROTOCOLO

