

Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **GERFSON MANOEL DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170653699**

Vitima: **GERFSON MANOEL DA SILVA**

Data do Acidente: **09/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170653699**.

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 12109980



Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **GERFSON MANOEL DA SILVA**

Sinistro: **3170653699**

Vítima: **GERFSON MANOEL DA SILVA**

Data do Acidente: **09/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170653699** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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, 09 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: GERFSON MANOEL DA SILVA
Nº Sinistro: 3170653699
Vitima: GERFSON MANOEL DA SILVA
Data do Acidente: 09/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170653699**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página
- Comprovante de residência faltando página

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: GERFSON MANOEL DA SILVA
Nº Sinistro: 3170653699
Vitima: GERFSON MANOEL DA SILVA
Data do Acidente: 09/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170653699**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12341595



Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **GERFSON MANOEL DA SILVA**

Sinistro: **3170653699**

Vítima: **GERFSON MANOEL DA SILVA**

Data do Acidente: **09/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170653699** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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, 09 de Março de 2018

Carta nº: 12493836

A/C: GERFSON MANOEL DA SILVA

Nº Sinistro: 3170653699
Vítima: GERFSON MANOEL DA SILVA
Data do Acidente: 09/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: GERFSON MANOEL DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003571

Conta: 0000028280-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

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

Nome completo da vítima

459.258.838-02

Gerison Manoel da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Gerison Manoel da Silva		CPF titular da conta 459.258.838-02	Profissão Estudante
Endereço Rua Port. Mangueiras		Número SIN	Complemento Casa
Bairro Área rural	Cidade Nova Olinda	Estado PB	CEP 58.798-000
Email surtax.assessoria@hotmail.com		Telefone (DDD) 83) 999471520/996978811	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADÉSCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome
AGÊNCIA NR0. 3571 D/V	CONTA NR0. 28.280 D/V	AGÊNCIA NR0. D/V
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

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

Itaperanga 16 de novembro de 2017.

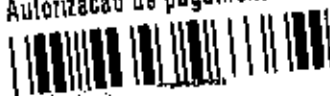
Local e Data

X Gerison Manoel da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Autorização de pagamento



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.seguradora lider.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

459.258.838-02

Nome completo da vítima

Geilson Manoel da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Geilson Manoel da Silva	CPF titular da conta	459.258.838-02	Profissão	Estudante
Endereço	Rua São Mateus	Número	514	Complemento	sem casa
Bairro	Parque Marquês	Estado	PR	CEP	558.798-000
Cidade	Nova Princesa	Telefone (DDD)	99	Telefone (DDD)	99441520/9969788
E-mail	antaoelmarcio@hotmail.com				

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
☐ R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 15.000,00	☐ R\$ 15.001,00 ATÉ R\$ 20.000,00	☐ R\$ 20.001,00 ATÉ R\$ 30.000,00
☐ R\$ 30.001,00 ATÉ R\$ 40.000,00	☐ R\$ 40.001,00 ATÉ R\$ 50.000,00	☐ R\$ 50.001,00 ATÉ R\$ 100.000,00

☐ CONTA POUPEANCA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)	☐ BANCO
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	☐ NOME

AGÊNCIA	DIV	CONTA	DIV
3571		28.280	0
(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.

ANA SOUZA 1337/17
05/02/2018 10:07:02

ANA SOUZA 1337/17
05/02/2018 10:07:02
CÓPIA: 02

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº 722 / 2017.

Natureza da Ocorrência: Acidente de Trânsito

Data do Fato: 09 / Outubro / 2017 . **HORAS** - 12hs. da noite.

Sob a responsabilidade do Del. Pol: RENATO ANDERSON DE OLIVEIRA

Notificante/Vítima:

SEBASTIÃO CLOVES DA SILVA, natural de Nova Olinda/PB, Divorciado, Agricultor, nascido no dia 16/DEZ/1967, filho de Cloves José da Silva e Rita Chagas da Silva, RG 27.646.786-3/SSP/SP e CPF 617.822.894-53, residente na Localidade Mangueza s/n área rural de Nova Olinda/PB.

HISTÓRICO DO FATO:

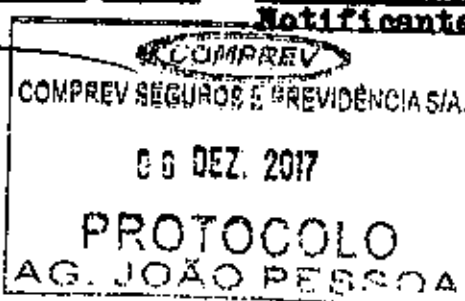
O (a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE**:

Que no dia e horas acima citadas, seu Enteadado 'GERFSON MANOEL DA SILVA' nascido no dia 05/10/1997, portador de RG 50.566.787-3/SSP/SP e CPF Nº 459.258.838-02, retornava do Sítio Jurema para Nova Olinda, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 FAN ESI, cor Prata, Ano 2011, Placa MOT3102 PB e chassi 9C2KC1670BR348678, em nome de JOSE TACIEL SEBASTIÃO DA SILVA e ao passar pelo Sítio Umbuzeiro, área rural de Nova Olinda/PB, em uma curva perdeu o controle da moto, colidindo contra uma árvore, sendo socorrido por terceiro até sua residência, onde acionaram o SAMU o qual lhe prestou socorro para atendimento Hospitalar.

Itaporanga (PB), 16 / Novembro / 2017.

ESCRIVÃO:

Fco. Silva Rodrigues
ESC. POLÍCIA / MAT. 6765-3
CHEFE DE CARTÓRIO





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

Gerson Manoel da Silva

CPF da Vítima

499.258.838-02

Data do Acidente

30/08/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

sentao.assessoria@hotmail.com

Telefone (DDD)

83 999471520/996978811

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:

Assinar 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.

Itaporanga 16 de novembro de 2017.

Local e Data

Gerson Manoel da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SAMU 192 -UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO

8
2
7
6

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
06 DEZ. 2007.
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

[illegible][illegible][illegible]



ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA OLINDA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ.: 11.268.720/0001-59
SAMU 192-UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO



PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

[illegible]

A: ENVOLVIMENTO, SEGURANÇA E CREDIBILIDADE

[illegible][illegible]

COMPREV SEGUROS PREVIDENCIAS
06 DEC. 2017

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA				
PEÇA	CARGA	MAZ	RESCUDO	TOXAS
☐ Corrente ☐ Mola ☐ Conector ☐ Pêra ☐ Chaveta ☐ Eixo	☐ Corrente ☐ Rolamento ☐ Lubrificante ☐ Ressaca ☐ Aquecimento ☐ Pêra ressaltada	☐ Corrente ☐ Rolamento ☐ Lubrificante ☐ Eixo ressaltado	☐ Corrente ☐ Rolamento ☐ Lubrificante ☐ Ressaca ☐ Eixo ressaltado ☐ Eixo ressaltado	☐ Corrente ☐ Rolamento ☐ Lubrificante ☐ Ressaca ☐ Eixo ressaltado ☐ Eixo ressaltado
☐ Corrente ☐ Lubrificante ☐ Rolamento ☐ Pêra ☐ Eixo ressaltado ☐ Ressaca	☐ Corrente ☐ Rolamento ☐ Lubrificante ☐ Ressaca	☐ Corrente ☐ Rolamento ☐ Lubrificante ☐ Eixo ressaltado	☐ Corrente ☐ Rolamento ☐ Lubrificante ☐ Ressaca ☐ Eixo ressaltado ☐ Eixo ressaltado	☐ Corrente ☐ Rolamento ☐ Lubrificante ☐ Ressaca ☐ Eixo ressaltado ☐ Eixo ressaltado

RECOMMENDATIONS

ALL OTHERS	CHILD-CARE/IN-CARE	INSTITUTIONALIZED
☐ Abuse ☐ Sexual Abuse ☐ Neglect ☐ Physical Abuse ☐ Emotional Abuse ☐ Neglect of Medical Needs ☐ Neglect of Educational Needs ☐ Neglect of Social Needs ☐ Neglect of Emotional Needs ☐ Neglect of Financial Needs ☐ Neglect of Other Needs	☐ Abuse ☐ Sexual Abuse ☐ Neglect ☐ Physical Abuse ☐ Emotional Abuse ☐ Neglect of Medical Needs ☐ Neglect of Educational Needs ☐ Neglect of Social Needs ☐ Neglect of Emotional Needs ☐ Neglect of Financial Needs ☐ Neglect of Other Needs	☐ Abuse ☐ Sexual Abuse ☐ Neglect ☐ Physical Abuse ☐ Emotional Abuse ☐ Neglect of Medical Needs ☐ Neglect of Educational Needs ☐ Neglect of Social Needs ☐ Neglect of Emotional Needs ☐ Neglect of Financial Needs ☐ Neglect of Other Needs

DIAGNOSTICS

THERAPEUTICA INSTITUIDA			
REPOSICAO VOLUMICA	VOLUME	MEDICACAOES	VM
FLUIDOTRACIPRO			
10% FLUIDOTRACIPRO	500	Atorvast 40 mg + AP	EU
SOL. Glicosado 50%			
OUTROS			

MATERIAL UTILIZATION

INTERFERÊNCIAS NO ATENDIMENTO

☐ FALTA DE ATENDIMENTO ☐ INDICAÇÃO TRANSFERÊNCIA ☐ ATRASAMENTO DE TRANSFERÊNCIA

☐ OUTRA DIFICULDADE ☐ PROBLEMA COM AVALIAÇÃO ☐ OUTRO

ALTERNATIVAS PARA RESOLVER AQUELIDADES

☐ Chamar um local ☐ Pedir ajuda para resolver ☐ Fazer uma pesquisa

☐ Contar com a ajuda de um amigo ☐ Fazer uma pesquisa ☐ Fazer uma pesquisa

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: 05/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GERFSON MANOEL DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03571

CONTA: 000000028280-0

Nr. da Autenticação 8B0491E11E7E483C

Comprovante de residência



MARIA DOVIRGEM ANANIAS DA SILVA
LOC. RUA MANGUEZAR, SM - AREA RURAL
NOVA OLINDA / PE CEP: 55199999 (AG: 154)

Emissão: 05/10/2017 Referência: Out/2017
Class/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASEO B230 T-25
Octeto: 2 - 158 - 659 - 4130 Nº medidor: 00003227254

Energisa

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Origem: Redimex - JSM Pesco / PB - CEP 58071-680
CNPJ: 09.930.001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Localização: Centro de Energia Básica N.º 000 01.505
Cód. para Dig. Automático: 0000137713

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ REND
Out / 2017	05/10/2017	07/11/2017	4130231413

UC (Unidade Consumidora): **5/137771-2**

Canal de contato

A Energisa investe em tecnologia, treinamento e capacitação
modernização de rede para garantir a melhor entrega de sua
conta. Para nós, a energia é você viver bem.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura		127	31
05/09/17	5281	05/10/17	5519			

Demonstrativo

CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
		(KWh)	(R\$/KWh)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)
0801	Consumo em kWh	121,000	0,551	66,65	90,12	27	21,52	90,12	0,53	47,86	2,84
0801	Adic. B. Amarela			2,47	2,87	27	0,90	2,87	0,00	0,14	0,14
0801	Adic. B. Verde			0,05	0,08	27	0,29	0,08	0,01	0,04	0,04

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CONTROLE DE UNIDADE	8,57	0,00	3	2,57	0,00		2,57
---------------------	------	------	---	------	------	--	------

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
26 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

37



EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA MANOEL PEREIRA CAIA, 39 - CENTRO
ITAPORANGA / PB CEP: 58700005 (AG 154)

Emissão: 15/08/2017 Referência: Ago / 2017
Cliente/Usuário: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO 3225.7-75- Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-070
Protocolo 7- 154- 75- 3980 Cód. de Acesso: 0000205061

energisa
ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 03.325.183/0001-40 Ins. Est. 15.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº000.492.229
Cód. para DTA Autenticação: 0000271834

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Ago / 2017	15/08/2017	14/09/2017	3924706409

UC (Unidade Consumidora): **5/27663-4**

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 15/07/17 Leitura: 2811	Data: 15/08/17 Leitura: 2947		38	31

Demonstrativo

CCI	Descrição	Orcamentado	Taxa de	Valor Base Calc	Imp	ICMS(%)	Base Calc	PIS(%)	Cofins(%)
0901	Consumo em kWh	39.000	0,458920	17,85	0,00	0	0,00	18,65	0,16
0903	Adc. B Amarela			0,40	0,00	0	0,00	0,40	3,00
0904	Adc. G Vermelha			0,53	0,00	0	0,00	0,53	0,20

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
06 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



MARIA DO VIRGEM ANANIAS DA SILVA
LOC POV MANGUEZAR SIN AREA RURAL
NOVA OLINDA/PB CEP: 58799000 (AG: 194)

Emissão: 05/10/2017 Referência Out / 2017

Classe/Subcls. RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASE CO Br 230, Km 25 - Casa Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-620

Roteiro 2 - 158 - 469 - 4130

Nº medidor 00009227395

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

CNPJ 09 095 183/0001-40 Insc. Est. 16.015.229-0

Nota Fiscal / Cota de Energia Elétrica Nº 000 101 565

Cód. para Deb. Automático: 00001377712

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

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da
próxima leitura

CPF/CNPJ/RANI

Out / 2017

05/10/2017

07/11/2017

4130231413

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/137771-2

Canal de contato

A Energisa investe em tecnologia, treinamento e aplicação para modernização da rede para garantir a melhor energia até sua casa. Para nós, o essencial é você viver bem.

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

25 JAN. 2018

PROTOCOLO

AO JOÃO PESSOA

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias				
Data	Leitura	Data	Leitura							
05/09/17	5397	05/10/17	5519	1	121	30				
Demonstrativo										
QCD	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc	Alíq. ICMS(R\$)	Base Calc Pto(R\$)	Colim(R\$)			
		Tributos Totais(R\$)		ICMS(R\$)	ICMS	Pto/Colim(R\$)	(1,0382%)(4,7260%)			
0601	Consumo em kWh	121,000	0,892160	80,12	80,12	27	2,97	0,03	3,94	
0601	Adic. B. Amarela			2,97	2,97	27	0,90	2,97	0,03	0,14
0601	Adic. B. Vermelha			0,98	0,98	27	0,26	0,98	0,01	0,04
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				9,52	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
CONTRIB. MUNICÍPIO										



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Edilson Rodrigues dos Santos, inscrito (a) no CPF/CNPJ 039.247.064 / 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Genilson Manoel da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 459.258.838 / 02, do sinistro de DPVAT cobertura invalidade da Vítima Genilson Manoel da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 459.258.838 / 02, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Manoel Pereira Caiana</u>		Número <u>58</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Itaperanga</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58.780-000</u>
Email <u>ventas.assessoria@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>83/999471520</u>	Telefone celular (DDD) <u>83/996978811</u>

Itaperanga 16 de Novembro de 2017.
Local e Data

Edilson Rodrigues dos Santos
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Declaração do proprietário do veículo



Eu, JOSÉ TACIEL SEBASTIÃO DA SILVA

RG nº 39.446.436-8, data da expedição 07/11/2005, órgão SSP/SP

Portador do CPF nº 386.335.038-32, com domicílio na cidade de NOVA OLÍMPIA, estado de PARAÍBA

Onde residu na (Rua/Avenida/Estrada) LOC POV MANGUEZAR

nº SN, complemento ÁREA RURAL, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima: GERFSON MANOEL DA SILVA, cujo

condutor era: O MESMO

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/CG 150 FAN EST

Ano: 2011/2011

Placa: MOT3102/PB

Chassi: 9C2K16703R348768

Data do Acidente: 09/10/2014

Local e Data: Itaporanga/PB, 10/11/2014.



José Taciel Sebastião da Silva

Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

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

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS

Rua Getúlio Vargas, 10, Centro, Nova Olinda

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

José Taciel Sebastião da Silva

Doc. nº: Nova Olinda/PB - 10/11/2017

Escrevente: Marcelo Górgens de Sousa Rodrigues

Selo Digital: AFY56745-10B0

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.fpf.org.br>

Emol R\$9,23 Farpem R\$0,27 MP R\$0,15 Fepj R\$1,70





HOSPITAL REGIONAL DE JANDUÍ CARNEIRO
RUA HORÁCIO NOBREGA, S/N
FATOS PARAÍBA (83)3423-2741

Data/Hora 9/10/2017 05:06:00

Prontuário: 101690
Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)
Servidor do Dr.:

Documentação médica - hospitalar



Idade 20 Sexo M

Paciente: GERFSON MANOEL DA SILVA

Filiação:

Pai: MANOEL ANTONIO DA SILVA
Mãe: MARIA DOVIRGEM ANNIAS DA SILVA

Endereço:

Cidade: NOVA OLINDA - PB - 58798-000 - 2510204
Endereço: PROJETADA
Bairro: DISTRITO MANGOENSE
Naturalidade: NOVA OLINDA - PB
Fone: 83998070251

Documentos

CNS: 701-7022-0079-1670

Identidade:

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 5/10/1997
Cor: PARDIA
Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Profissão: AGRICULTOR(A)

Responsável:

Maria D. A. da Silva

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

*Vítima de acidente de moto em
tomb no MTB*

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Neurovascul. sist.

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Raio X

Diagnóstico:

Fratura de fêmur

Motivo da Alta:

Resultado: () Saneado () Melhorado () Falecido () Transferido Em:

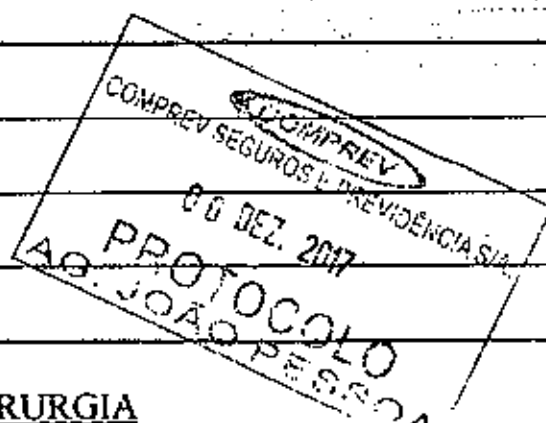
Recepcionista: ALANE





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Person Manuel da Silva</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia <u>16.10.17</u>	Enf.	Leito
Cirurgião <u>Sejorn Wanderley</u>	1º Auxiliar <u>Diego</u>	
Anestesista	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <u>Fratura diafisária de fêmur (E)</u>		
Tipo de Cirurgia <u>Tratament. cirúrgico</u>		
Diagnóstico Pós Operatório <u>O mesmo</u>		
Relatório Imediato do Patologista <u>-/-</u>		
Exame Radiológico no Ato <u>-/-</u>		
Acidente Durante a Cirurgia <u>-/-</u>		



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais
① Paciente em DDH sob anestesia
② Antissepsia ③ Colocação de campos cirúrgicos
④ Incisão lateral em coxa (E)
⑤ Dissecção por planos + Hemostasia de vasos sangrantes
⑥ Redução de fratura + Fixação com placa LCP + parafusos corticais
⑦ Limpeza
⑧ Sutura por planos ⑨ Curativos

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:	Gerson Manoel	CC
DA CLÍNICA		ENFERMARIA
A CLÍNICA		LEITO

MOTIVO DA CONSULTA: (ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

Risco Clínico

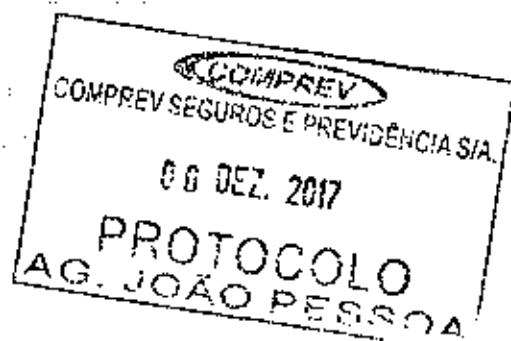
15.10.17

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Paciente sem queixas cardiológicas.
Nep. Renovado.
PA = 120 x 80 mmHg.
ECG = Normal.
Risco Clínico = Baixo Risco.



15/10/17

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE						GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE
Gerson Manoel da Silva						
DT.	LEITO	CORVETO	IDADE	REGISTRO		
02	01	SUS	20	101690		
CIRURGIÃO			CIRURGIÃO			
PRO CIRCULAT FIMES (R)			DR. SERRA			
ANESTESISTA			ANESTESISTA			
Kacini			Má Condilma			
INSTRUMENTADORA		DATA	HORA	FIM		
Kaldin		18.10.17	11:00	12:45		

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
1	TX. de Instrumentador	1	Equipos <u>pi</u> soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina do Bisturi
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembural		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dominid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestexin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%		Esparadrapo
	Etofinidate		Xilocaina Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVPi Tintura
	Dimorf		Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Nar . . .		Algodão Ortopédico
	Forans		Cidex
	Sofenta		Vaselina Esteril
	Diazopan		Agulha descartável
	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 cf agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 sf agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 cf agulha
	Eforil		Fio Cromado 1 sf agulha
	Cefalotina 19g		Fio Cromado 2-0 cf agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 sf agulha
	Piasil		Cat-gut simples 0 cf agulha
	Diphrona		Cat-gut simples 0 sf agulha
	Espanin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 cf agulha
	Tilasil		Cat-gut simples 2-0 sf agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 cf agulha
	Abbocote 20 e 22		Polycot 0 cf agulha
	Polycot 0 sf agulha		Polycot 2-0 cf agulha
	Polycot 2-0 sf agulha		Polycot 3-0 cf agulha

COMPREV
COMPREV
PREVIDENCIA S/A.
18 DEZ 2017
PROTOCOLO
JOAO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RUA CARLOS GOMES DE OLIVEIRA, 100

6400-4

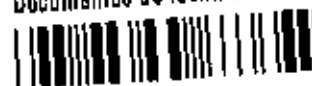
73412757

GERFSON MANOEL DA SILVA

ASSINATURA DA AUTORIDADE

CARTERA DE IDENTIDADE

Documentos de Identificação



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

IDENTIFICADORA 50.566.787-3 2 via DATA DE EMISSÃO 29/11/2016

NOME GERFSON MANOEL DA SILVA

FLACOR

MANOEL ANTONIO DA SILVA

MARIA DOVRGEM ANANIAS DA SILVA

NATURA E LOCALIDADE NOVA OLINDA - PB

DATA DE NASCIMENTO 05/10/1997

COC ORGEM SANTANA DOS CARROTES-PB NOVA OLINDA CH:LV.A2 /FLS.132V/ Nº07289

CPF 459258838/02

Carimbo Paulo Filho Delegado de Polícia (Identificação) 1968.07.07

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

06 DEZ. 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Documentos de identificação



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1424948517		EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS	
	DOC. IDENTIDADE / CIVIL. EXTERIOR / UF 5652161 SSP PE		
	CPF 039.247.064-09 DATA NASCIMENTO 13/04/1978		
	RELACÃO ADELSON DOS SANTOS		
	ODETE RODRIGUES DA SILVA		
PERMISSÃO 000000000000000000000000		CAT. HAB. AD	
Nº REGISTRO 04119219971		VALIDADE 20/06/2022	
		1ª HABILITAÇÃO 14/06/2007	
Observações			
<i>Edilson Rodrigues dos Santos</i>			
SIGNATURA DO PORTADOR			
LOCAL SERRA TALHADA, PE		DATA EMISSÃO 21/06/2017	
<i>[Signature]</i> Cardeal José Maria Serra Talhada		12584586707 PE079781308	
PERNAMBUCO			

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
06 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DUT



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

06 DEZ. 2017

DDOT

CONTRAN

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

Nº 013028087374
0030286064-7 00/08000600 2017

JOSE TRACIEL SEBASTIAO DA SILVA

38633503832 00/03/02/10/2017

NOVO CAMIONET 1.0 16V 1000CC/16V

ENS/MOTOCICLETA/NOVO CAMIONET

HONDA/CG 150 FAN EST 2017 2017

2 08/1997/CI 00/03/02/10/2017

1 00/03/02/10/2017

00/03/02/10/2017

00/03/02/10/2017

00/03/02/10/2017

00/03/02/10/2017

00/03/02/10/2017

00/03/02/10/2017

00/03/02/10/2017

00/03/02/10/2017

00/03/02/10/2017

00/03/02/10/2017

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

PB Nº 013028087374 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTÉ É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

00/03/02/10/2017

00/03/02/10/2017

00/03/02/10/2017

00/03/02/10/2017

00/03/02/10/2017

00/03/02/10/2017

00/03/02/10/2017

00/03/02/10/2017

00/03/02/10/2017

00/03/02/10/2017

00/03/02/10/2017

00/03/02/10/2017

00/03/02/10/2017

00/03/02/10/2017

00/03/02/10/2017

00/03/02/10/2017

00/03/02/10/2017

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 27.646.786-3 DATA DE EMISSÃO 23/NOV/2007

NOME SEBASTIÃO CLOVES DA SILVA

PLACAO CLOVES JOSÉ DA SILVA

E RITA CHAGAS DA SILVA

NATURALIDADE NOVA OLINDA -PB DATA DE NASCIMENTO 16/DEZ/1967

DOS OUTROS PIANCO-PB

CC: LV B19 / FLS: 209 / N: 005494

CPF 617822894/53 PIS 12344596676

ASSINATURA DO DETENTOR DO CARTÃO 7.116 DE 2003/03

PROIBIDO PLASTIFICAR

8400-4

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Sebastião Cloves da Silva

CARTÃO DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

06 DEZ. 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Notificante da Boletim de Ocorrência

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170653699 **Cidade:** Nova Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERFSON MANOEL DA SILVA **Data do acidente:** 09/10/2017 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA COXA ESQUERDA EM 3 CM, ENCURTAMENTO APARENTE RELATIVO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM APROXIMADAMENTE 2 CM, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO JOELHO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 20°, DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO DA COXA ESQUERDA EM 15°, ALÉM DE CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 09/10/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA COM A REALIZAÇÃO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA TIBIAL E NO DIA 16/10/2017 FOI REALIZADA A FIXAÇÃO INTERNA DA FRATURA COM USO DE PLACA DCP 4,5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS, RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 20/10/2017, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelae permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Sequelae: Com sequela

Data da perícia: 28/02/2018

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: adequamos o ?PI? conforme relatório descritivo do médico examinador. Procedida avaliação médica na cidade de Pombal.

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
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

PRESTADOR

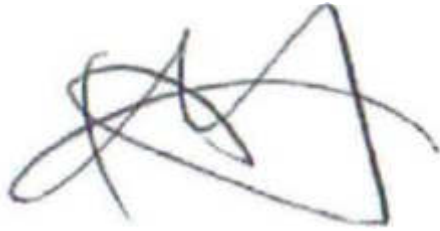
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **GERFSON MANOEL DA SILVA** Sinistro: **3170653699** Data: **09/10/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **LOT POV MANGUEZAR, S/N, CASA - AREA RURAL - Nova Olinda - PB - CEP 58798-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SP**] **505667873**

Data local do exame: [**28/02/2018**] **Pombal** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO. APRESENTA ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA COXA ESQUERDA EM 3 CM, ENCURTAMENTO APARENTE RELATIVO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM APROXIMADAMENTE 2 CM, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO JOELHO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 20°, DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO DA COXA ESQUERDA EM 15°, ALÉM DE CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 09/10/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA COM A REALIZAÇÃO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA TIBIAL E NO DIA 16/10/2017 FOI REALIZADA A FIXAÇÃO INTERNA DA FRATURA COM USO DE PLACA DCP 4,5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS, RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 20/10/2017, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA COXA EM 3 CM ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DE 2 CM DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO JOELHO GRAU II DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 20° DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO DA COXA EM 15° CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Tiago Martin Formiga

Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Condições do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0471337/17
Vítima: GERFSON MANOEL DA SILVA
CPF: 459.258.838-02

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 09/10/2017
Titular do CPF: GERFSON MANOEL DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de Identificação
DUT
Outros

Outros



EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS : 039.247.064-09

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de Identificação
Procuração

GERFSON MANOEL DA SILVA : 459.258.838-02

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A Indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/12/2017
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 039.247.064-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2017
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CARTA DE ESCLARECIMENTO

Outros



Eu, Gerlson Manoel da Silva

SINISTRO nº 3170653699 inscrito no CPF nº 459.258.838.02

residente e domiciliado (o) na Rua

Loc. Pq. Campesinato S/Nº Área Rural, Nova Olimpia.

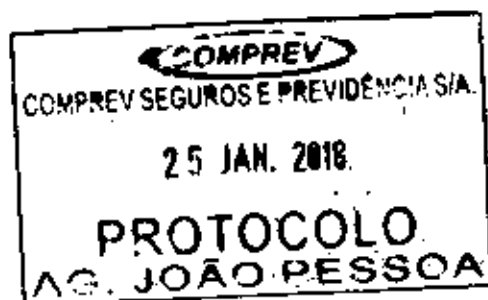
Informo a Seguradora Líder que não compareci a perícia médica porque estava viajando mais já me encontro disponível para realização do procedimental pericial.

Segue contatos atuais: (83) 999471520 ou 996978811.

Ainda disponibilizamos nossos e-mails, quais sejam:

sertao.assessoria@hotmail.com ou edilsondpvatpb@hotmail.com

Desde já, agradeço a compreensão.



Itaporanga/PB, 24 de Jan de 2018.

Edilson Roberto da Silva

PROCURADOR

Sinistros

Detalhe de Sinistro

Sinistro Histórico

Outros



ANA PAULA DE VASCONCELOS SOUZA (MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A) indicou que os seguintes documentos estão pendentes:

GERFSON MANOEL DA SILVA

• Autorização de pagamento (Não conclusivo) - obs

05/02/2018 10:11 Documentação pendente

Observações: *Ao Analista*
Gentileza receber a autorização de pagamento para que eu possa concluir o processo.

83 999471520 996978811
sertao.assessoria@hotmail.com
edilsondpvatpb@hotmail.com

02/02/2018 12:01 Carga realizada

O usuário Serviço Tasker (Recall do Brasil Ltda) informou que os documentos digitalizados do sinistro encontram-se disponíveis.

31/01/2018 09:00 Emissão de protocolo

O usuário recall (Recall do Brasil Ltda) informou que recebeu os documentos da remessa.

Recebimento de documentos realizado por NATALIA SOARES ALVES DA SILVA (COMPREV SEGURADORA S/A).

Os seguintes documentos foram recebidos:

25/01/2018 15:56 Receber documentos

Sinistro

• Outros.

GERFSON MANOEL DA SILVA

• Comprovante de residência.

ANA PAULA DE VASCONCELOS SOUZA (MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A) indicou que os seguintes documentos estão pendentes:

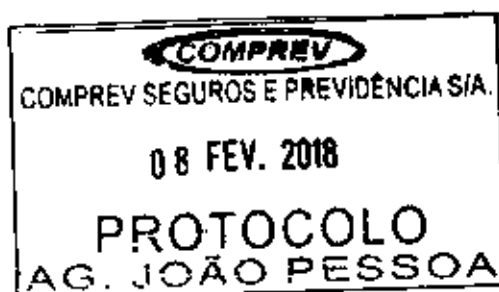
GERFSON MANOEL DA SILVA

09/01/2018 09:23 Documentação pendente

• Autorização de pagamento (Faltando página) - obs;

Exibir Documentos

Cancelar



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170653699 **Cidade:** Nova Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERFSON MANOEL DA SILVA **Data do acidente:** 09/10/2017 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2017
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: TRAUMA DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
Resultados terapêuticos: DEFICIT FUNCINAL
Sequelas permanentes: DEBILIDADE MODERADA DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
Sequelas: Com sequela
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas: MEMBRO INFERIOR 50%
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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JORGE DA SILVA MOTTA
CRM do médico: 52.31398-4
UF do CRM do médico: RJ
Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170653699 **Cidade:** Nova Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERFSON MANOEL DA SILVA **Data do acidente:** 09/10/2017 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR:

Procuração



OUTORGANTE:

Nome: Gerfson Manoel da Silva
Nacionalidade: Brasileira / Estado Civil: Solteiro
Profissão: Estudante
Identidade: 50.566.787-3 / 2ª via CPF: 459.258.838-02
Endereço: Rua. Per. Mangueiras, S/N, área rural, Nova Olinda/PB.

OUTORGADO:

Nome: Edilson Rodrigues dos Santos
Nacionalidade: Brasileiro / Estado Civil: Casado
Profissão: Autônomo
Identidade: 5.652.161 / CPF: 039.247.064-09
Endereço: R. Manoel Pereira Crisna, 58, Centro, Itaporanga/PB.

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado adma qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante AS SEGURADORAS, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinaturas em Ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato,

da vítima: Gerfson Manoel da Silva

Local e data: Itaporanga/PB, 10/11/2017.

X Gerfson Manoel da Silva

**ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)**

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS

Rua Getúlio Vargas, 10, Centro, Nova Olinda - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) do:

Gerfson Manoel da Silva

Dono JB, Nova Olinda/PB - 10/11/2017

Escrevente: Marcelo Gonzaga de Sousa Rodrigues

Selo Digital: AFY56744-D4LW

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.pb.jus.br>

Emol R\$9,23 Farpen R\$0,27 MP R\$0,15 Fej R\$1,70

