

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190443653 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS DOMINGOS DE ANDRADE **Data do acidente:** 09/08/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0250075/19

Vítima: MARCOS DOMINGOS DE ANDRADE

CPF: 027.332.584-19

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/08/2018

Titular do CPF: MARCOS DOMINGOS DE ANDRADE

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO : 072.139.414-02

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

MARCOS DOMINGOS DE ANDRADE : 027.332.584-19

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/07/2019
Nome: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO
CPF: 072.139.414-02

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/07/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190443653

Vítima: MARCOS DOMINGOS DE ANDRADE

Data do Acidente: 09/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCOS DOMINGOS DE ANDRADE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	027.332.584-1	Marcus Domingos de Andrade	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO PESSOAL VÍTIMA/BENEFICIÁRIO CIRCULAR SUSEP N° 45/2017			
Nome completo:			
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
E-mail:	Tel.(DDD): (83)98650-5733		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA IDENTIDADE / ASSINATURA / UNICA OPÇÃO DE CONTA

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

Bradesco (237) Itau (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1911

CONTA: 000 39411

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE / AVALIAÇÃO MÉDICA / INDENIZAÇÃO / TESTEMUNHAMENTO / CONCEITUAR / ASSINATURA / UNICA OPÇÃO DE CONTA

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o pagamento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

23 JUL. 2019

PROTÓCOLO
ACORDADO

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder, para que esta seja assistida à constatação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa plena concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO / PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:		
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascitur (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Bayeux / PB 11/07/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

8 marcos domingos de Andrade

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

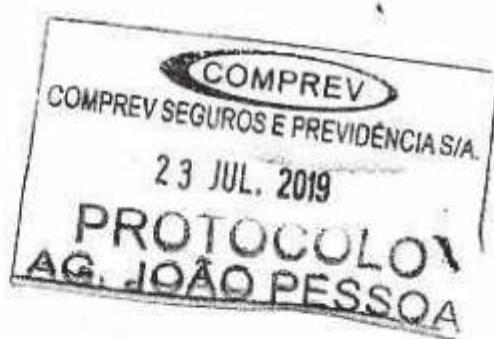
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

23 JUL. 2019

: POLÍCIA CIVIL DA PARAÍBA

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL

PRIMEIRA SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL

QUARTA DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL

5^a DELEGACIA DISTRITAL – BAYEUX - PB



NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

Data e Hora do Registro do B.O: 06/12/2018 às 14h57min..

Local do fato: Bayeux-PB.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL nº 4174/ 2018

NOTICIANTE

MARCOS DOMINGOS DE ANDRADE, brasileiro, natural de João Pessoa-PB, filho de José Domingos de Andrade e Maria de Sousa Andrade, com 42 anos, nascido em 02.06.1976, união estável, técnico em refrigeração, sabendo assinar, RG 2.193.649-2^avia/SSP/PB e CPF 027.332.584-19, residente a rua Marcelino Barbosa 13, Brasília, Bayeux/PB. (por trás da antiga empresa METRO), fone 98738-5488.

HISTÓRICO DO FATO.

NOTIFICANDO:QUE, por volta das 15h30min., do dia 09.08.2018, conduzia a MOTO marca HONDA CG 125 TITAN KS, cor vermelha, ano e modelo 2001/2001, placa MCP-0183/PB, chassi nº 9C2JC30101R104418, em nome de IVAN CARLOS NUNES DE MORAIS, trafegando pela rua Sete de Setembro, centro, Bayeux-PB, foi surpreendido pela colisão na moto provocado por uma CARRÉTA e condutor não identificados, onde do impacto o notificante foi acidentado e desmaiou e, quando voltou a si, já estava internado no HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DA CAPITAL, sendo submetido a avaliação médica; QUE, o notificante NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE contra o motorista infrator, apenas registra este BO, a fim de dar entrada no SEGURO DPVAT. Por este motivo veio notificar o fato.

Assinatura da Notificante:

Assinatura Policial: Josenildo de Lima Cardoso, escrivão, mat. 135.662-3.

Autoridade Policial: DPC. LUIZ EDUARDO MONTENEGRO.

ATENÇÃO: Art. 299 do CPB: "Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, de 01 (um) a 05 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular."



CARTÓRIO ÂNGELA CAETANO

2º Ofício Notarial

Angela Matheus C. Caetano
NOTÁRIA
Rosângela Caetano Moraes
MORADA

Av. Presidente 418 BAYEUX-PB CENTRO / CEP: 58010-001 - Tel.: (83) 3232-2229

Recomendo, como autêntica e verdadeira, a(s) flz. 001 a 05 de:

MARCOS DOMINGOS DE ANDRADE

XXXXXXXXXXXXXX

Em testi de verdade, Bayeux-PB 06/12/2018 17:00:39

Rosângela Caetano C. Reigres - Substituta

F2019-005809/ENOL-R\$ 19,48 FAPEN-R\$ 0,28 FEPJ-R\$ 1,90 ISS-R\$ 0,47

SELO DIGITAL: ANH96580-S1ZK

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	027.332.584-1	Marcus Domingos de Andrade	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO PESSOAL VÍTIMA/BENEFICIÁRIO CIRCULAR SUSEP N° 45/2017			
Nome completo: Marcus Domingos de Andrade		CPF: 027.332.584-19	
Profissão:	Endereço: Rua Morelino Bonfim	Número: 73	Complemento:
Bairro: Bonsucesso	Cidade: Bayeux	Estado: PB	CEP: 58305-000
E-mail: previdencia@bancosantana.sbn.br	Tel.(DDD): (83)98650-5733		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA IDENTIDADE / ASSINATURA / UNICA OPÇÃO DE CONTA

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

Bradesco (237) Itau (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1911

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 000 39411

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (APENAS PARA O TÍTULO DE INVALIDEZ PERMANENTE)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o pagamento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

23 JUL. 2019

PROTÓCOLO
ACORDADO

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder, para que esta seja assistida à constatação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa plena concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascitur (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Bayeux/PB 11/07/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Marcus Domingos de Andrade
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

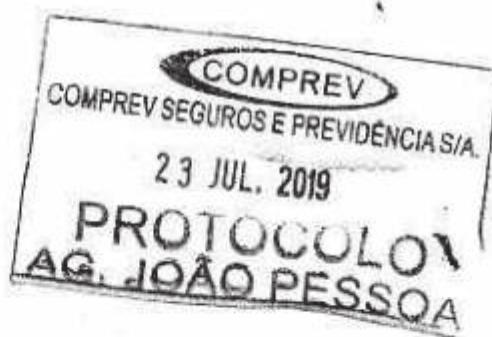
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1100291

**Identificação do paciente**

ID 1314641	Nome MARCOS DOMINGOS DE ANDRADE			Sexo Masculino
Data de nascimento 02/06/1976	Idade 42 anos 2 meses 7 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA DE SOUSA ANDRADE	Pai JOSE DIMINGOS DE ANDRADE			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARIA DE FATIMA FERREIRA MENDONCA - ESPOSO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986690223	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2193649	NP Crs 898000515705581		
Local de procedência BAYEUX	Type MUNICIPIO	UF PB		
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

Endereço

CEP 58307235	Município de residência BAYEUX	UF PB	Logradouro MARCELINO BARBOSA
Número 3	Complemento	Bairro BRASILIA	

Admissão

Data e Hora 09/08/2018 18:10:45	Número da pulseira 1000006095429	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação do risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTOCICLETA X CAMINHÃO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperature
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Líquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos

Diagnóstico:

Atendido por
ANA CARLA FELICIANO DA SILVACD
Tempo
01min 33seg

Imprimir **COMPREV**
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A
23 JUL. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cima, 229 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.654/0001-67

DATA CONTA/CONTA CAGEPA
INFORME SE TENDO NÚMERO
MATRÍCULA
6010881
REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JUN/2019

MARCOS DOMINGOS DE ANDRADE
RUA MARCELINO BARBOSA, 13 - BRASILIA BAYEUX PB
58305-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável
		Estatística	Consumo	Reserva	Estado
002.005.140.0250.000	000	1	0	0	0
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto	
Y15N626864	13/07/2015	JARDIM AC	CORTADO	POTENCIAL	

ANTERIOR		L	TOTAL	CONSUMO (m³)	Nº DE DIAS	PROXIMA LEITURA
576	576	0	28			11/07/2019
MIST. CONS./ANOR.	LEIT.	I	QUALID.	ÁGUA-ANEXO 20	PORT. 05/2017 MS.	
MAI/2019	0		PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
ABR/2019	0		TURBIDEZ	0	0	0
MAR/2019	0		CLORO	0	0	0
FEV/2019	0		COL.TERMOT	0	0	0
JAN/2019	0		COR	0	0	0
DEZ/2018	0		COL.TOTAIS	0	0	0
MEDIA(M)	6		DADOS REFERENTES A: ABR/2019			

DATA DA IMPRESSÃO: 12/06/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 09:09:45

DESCRICAÇÃO

CONSUMO

ÁGUA

TOTAL(R\$)

ESGOTO

PARCELAMENTO DE DEBITOS PARCELA 03/12

48,31

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A.

23 JUL. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 0,00 PLS E CONFINS, LEI 12.741/12

VENCIMENTO:	Total a Pagar:	R\$ 48,31
26/06/2019		

	CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA	TIPO DE TARIFA: 1
CAGEPA	CONDICÃO DO FATURAMENTO: SEM CONSUMO	

INFORMAÇÕES GERAIS:

SR. USUÁRIO! EM 31/05/2019, REGISTRAMOS QUE V. SA. ESTAVA EM DÉBITO. COMARQUE À OS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
6010881	JUN/2019	26/06/2019	R\$ 48,31

82670000000 1 48310016002 1 00601068101 6 06201950003 2





TELEMBR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0012-21 - INSC. ESTADUAL: 16.064.797-5
AV PRES EPITACIO PESSOA, 660 - JOÃO PESSOA - PB CEP: 58040-000
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-29

PAG. 2 1/2



CTC RECIFE PE PL7
LACERDA SANTANA ADVOCACIA
RUA AFONSO CAMPOS,82
CENTRO
58013-380 JOAO PESSOA PB

77002129

7213512820 65851 00000002129 30 210319

7213512820 65851 0000002129 30 210315

Referência

MARCO /2019

Telefone

(83) 3221-8265

Vencimento

03/04/2019

Total a pagar

R\$ 352,53

Resumo da sua fatura

	OI FIXO	R\$	211,36
	OI FIXO		211,36
	PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL		
	PACOTE DE MINUTOS LONGA DISTÂNCIA COM 31		
	OI VELOX	R\$	66,82
	OFERTA VELOX E SERVIÇOS DE BANDA LARGA		
	ASSINATURA VELOX		66,82
+	EXCEDENTES, OUTROS SERVIÇOS E TAXAS	R\$	74,35
	LIGAÇÕES FIXO-FIXO		
	LIGAÇÕES FIXO-MÓVEL		

DRAFT - READING DRAFTS, P. 362 BY ASHLEY, TIA, AGUSTIN, JEFFREY - 10/21/20 - 9:55 CHIETE: 1:17

Desde 06 de novembro de 2016 foi incluído o número 9 à frente dos celulares dos DDDs 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54 e 55 passando ao formato: (DDD) 9xxxx-xxxx.

Mais informações em www.oj.com.br/9digito

TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0012-21 - INSC. ESTADUAL:
16.064.797-5
AV. PRES. EPITACIO PESSOA, 960 - JOÃO PESSOA - PB
CEP: 58040-000
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

LACERDA SANTANA ADVOCACIA
TELEFONE/CONTRATO: 32218265 CJ: 6 SU: 5
CONTA 03/2019 LOCAL 3268 RV 2

FATURA.: 1100038940715
VENCIMENTO: 03/04/2019
VALOR A PAGAR: R\$ 352,53

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 61 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu	<u>Thiago de Araide Brandão</u>		
Inscrito (a) no CPF/CNPJ	<u>072.139.414 / 02</u>	na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário	
Morar, Domingos de Andrade		Inscrito (a) no CPF sob o Nº	<u>027.332.589 / 19</u>
do sinistro de DPVAT cobertura	<u>incidente</u>	da Vítima	<u>Morar D. de Andrade</u>
Inscrito (a) no CPF sob o Nº	<u>027.342.589 / 19</u>	conforme determinação da Circular SUSEP/12	COMPREV/12
Declaro Profissão:	Renda:	COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.	
<input checked="" type="checkbox"/> Recuso informar		e apresento os documentos comprobatórios: 23 JUL. 2019	

PROTOCOLO

AO JOÃO PESSOA

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider DPVAT, residir na 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 Afonso Campos</u>	Número:	<u>52</u>	Complemento:
Bairro:	<u>centro</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:
E-mail:	<u>previdenciavirtual@liderservicos.com.br</u>	CEP:	<u>58013-380</u>	Tel.(DDD): <u>(83) 3232-0304</u>

Local e Data: João Pessoa/PB 22/07/19

Thiago de Araide Brandão
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ivan Carlos Nunes de Moraes,

RG nº 1.632.896, data de expedição 12/04/04,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 021.805.224-36, com
domicílio na cidade de Baixio, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Mariano Barreto, nº 73,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Marcos Domingos de Andrade, cujo o condutor era
Marcos Domingos de Andrade.

Veículo: Moto Honda

Modelo: CG 125 Titan Fux

Ano: 2001

Placa: MOP-0183

Chassi: 9C2JC30101R104418

Data do Acidente: 09/08/19

Local e Data: Baixio / PB 05/07/19

Ivan Carlos Nunes de Moraes

Assinatura do Declarante (Sua/m)

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



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	MARCOS DOMINGOS DE ANDRADE
DATA DE NASCIMENTO	02/06/76
NOME DA MÃE	MARIA DE SOUZA ANDRADE

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.100.291
DATA DO ATENDIMENTO	09/08/18
HORA DO ATENDIMENTO	18:10
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE GRANDE TROCANTER DE FÉMUR DIREITO
CID 10	S72.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor intensa em região coxo-femural direita. Trauma isolado de quadril direito. Consciente e orientado. Glasgow 15. Presença de fratura de grande trocanter direito, com desvio mínimo. Indicação de tratamento conservador.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de coxa direita

RX de bacia

RX coxo-femural direita

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de grande trocanter de fêmur direito.

TRATAMENTO:

Tratamento conservador da fratura.

ALTA HOSPITALAR: 09/08/18

DATA DA EMISSÃO: 12/11/18

Dr. José de Almeida Braga

CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE COMBATE.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A.

23 JUL. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



ÁREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONÇALVES, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
 Tel:
 CNES: 6121221

Paciente	MARCO DOMINGOS DE ANDRADE	BAE	Data/Hora Entrada	Data Saída
Lugar de nascimento		Nº 000001	06/08/2018 16:10:45	
Mês-ano-nascimento	Maio-1978	Idade	CNS	Telefone da Clinica:
	42a 2m 7c	Sexo:	SEB000015703561	(83) 329990223
Mae	MARIA DE SOUSA ANDRADE			Prontuário:
Enderço	MARCELINO BARBOSA, 3	Sexo:	Município	AUF
		BRASILIA	BAYEUX	PB
Acidente	MOTOCICLETA X CAMINHÃO	Motivo	Profissão:	IN/ Cons. Regionais:
		ACIDENTE DE MOTOCICLETA	FRANCISCO DE ASSIS FREITAS	6303/PB
Data/Hora Classificação			Data/Hora Prescrição:	
06/08/2018 16:10:45			06/08/2018 16:28:00	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO CARRO MOTO APRESENTANDO DOR DE FORTE INTENSIDADE EM REGIÃO DE ARTICULAÇÃO COXO FEMURAL DIREITA

SOLICITO RX E AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

ALTA DA CIRURGIA GERAL

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

1) RX DE RABDIA

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

RADIOGRAFIA DE BRAÇO

RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMURAL DIREITA

CID10

Código	Descrição
T81	Traumatismo não especificado

Conduita

Em observação

MARCO DOMINGOS DE ANDRADE

FRANCISCO DE ASSIS FREITAS

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

Cirurgia Geral e UCI

CRM: 858001

Dr. Francisco de Assis Freitas

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, 811, PEDRO GONÇALVES, JOÃO PESSOA - PB.
58030-000

Tel:

CNPJ: 3121221

Paciente	CPF	Data de Nasc.	Nome do Responsável	Nome da ESF
MARCOS DORNINOS DE ANDRADE	11100291	10/09/1972 18:17:02		2012-06-20 20:08:56
03.4.13.100.713.00	1421	19-11-00		2012-06-20 20:08:56
02/05/1976	1421 20.70	0.000.000.0000		2012-06-20 20:08:56
Mãe				
MARA DE SOUSA ANDRADE				
Endereço:	18870			
LAROCILHO SARD 704, 3	370.00			
Paciente	Plano:	Plano:	Plano:	Plano:
MOTOCICLETA X CAMINHÃO	ACIDENTE DE VELOCIDADE	ACIDENTE DE VELOCIDADE	ACIDENTE DE VELOCIDADE	ACIDENTE DE VELOCIDADE
DetalHos Clínicos:				
09/08/2015 10:10:45		09/08/2015 10:10:45		

Anamnese

Trauma isolado no quadril direito. Pelo impar 100g sem 31.0.

Paciente tem queixas sentidas no resto.

RX: nenhuma da extremidade proximal da panturrilha direita com desvio mínimo.

OU: optado juntamente com o paciente a saída para observação.

Oriento quanto a necessidade de reposo no leito, os exercícios de coxa e de fazer reforços estimulais no ambiente.

Marco: retorno para "semana, dia devem ser medicados em casa, medicação para casa.

Conselhos**Alta médica****Alta hospitalar**

Médico:
ALBERTO P. DE OLIVEIRA
Assistente:
ALTA HOSPITALAR

MARCOS DORNINOS DE ANDRADE

09/08/2015 10:10:45

PROTÓTIPO DE ESTATUTO DE FÉMI (PACIENTE TRAUMATIZADO)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 08/08/2018
Unidade: Pronto-Socorro
Bolígrafo: 000291



Nome: MARCOS DOMINGOS DE ANDRADE Médico de Atenção	Data de Nascimento: 07/05/1970 Cidadão: Físico	Sexo: Adu 2m 7d	Sexo: MASCULINO	Nº Presbítero: 1006291	Nº Presbítero: Data Prescrição: 08/08/2018 10:25:00 - 11/08/2018 18:25:00
Prescrição: 700			Residente		Saúde

Nome do medicamento	Dose	O.H.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Fr.	Poss.	Aparecimento
1. IVANECER ORTO	0,6						

ESPECIALISTAS DE ASSIS FREITAS,
CRM: 5203

Assinatura e Número do Profissional
Dr. Francisco de Assis Freitas
Cirurgia Geral e UTI
CRM-5303

08 de Agosto de 2018



 GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA



CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: MARCOS DOMINGO B
LUNAS

DATA DO ATENDIMENTO: 08/08/18

Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA: _____

MÉDICO (CARIMBO): _____

DIAGNÓSTICO: Fibrosis quística

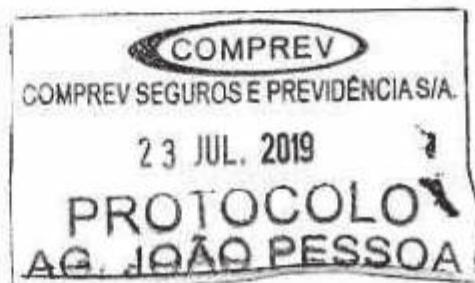
PROCEDIMENTO: ~~com prova minima~~

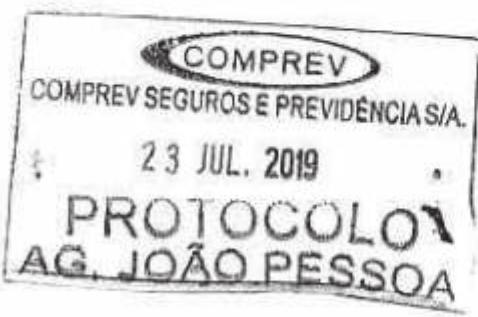
SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

Dr. ANDRÉS H. SÁNCHEZ DE URIB
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGO
CLINICA HOSPITAL TECNICO

F(NG).APC.035-1

F(NG).APC.035-1





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

BETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA CÓD. REGISTRO - 201800000000328 - Exercício
1 0075473447-1 00/00000000 2018

IVAN CARLOS NUNES DE MORAIS

CPF / CNPJ	PLACA	
02180522436	MOP0183/PB	
PLACA ANT / UF	CHASSI	
NOVO PR	9C2JC30101R104416	
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL	
P2S / MOTOCICLETA	GASOLINA	
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA / CG 125 TITAN RS	2001	2001
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 P/124 /CI	PARTIC	VERMELHA
COTA LINICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
I	00/00/0000	1*
P	FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS
V	*****	2*
A	0	3*

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURADO PAGO 08/08/2018
OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL DATA
BAYEUX - PB 10/08/2018
38903 8290



SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEHÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014200846620 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE 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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 10/08/2018

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1 02180522436	RENAVAM	MARCA / MODELO
00754734471	HONDA / CG	125 TITAN RS
ANO FAB.	DELTARE	Nº CHASSI
2001	9	9C2JC30101R104418

PRÉMIO TARIFÁRIO

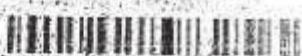
FNB (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL SERVICO PELA SOLICITAÇÃO
*****	SEGURADO	PAGO
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.605/0001-04

8290-1004220-20180810



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

23 JUL. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190443653 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS DOMINGOS DE ANDRADE **Data do acidente:** 09/08/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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