
Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190427640

Vítima: JOSE EDVAN DA SILVA

Data do Acidente: 08/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROBERIO SILVA CAPISTRANO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE EDVAN DA SILVA

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

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190427640

Vítima: JOSE EDVAN DA SILVA

Data do Acidente: 08/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROBERIO SILVA CAPISTRANO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE EDVAN DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 718.472.224/80 4 - Nome completo da vítima: JOSÉ EDUAN DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: JOSÉ EDUAN DA SILVA 6 - CPF: 718.472.224/80
 7 - Profissão: AUX. DE PRODUÇÃO 8 - Endereço: R. JÚLIO GERALDO DE SOUZA 9 - Número: 779 10 - Complemento: -
 11 - Bairro: MANGABEIRA 12 - Cidade: JOÃO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.057-170
 15 - E-mail: robertosilvacapistrano.adv@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (83) 98803-0309

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: ROBERTO SILVA CAPISTRANO
 18 - CPF do Representante Legal: 008.261.157-89 19 - Profissão do Representante Legal: AVOGADO

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
 AGÊNCIA: 1234 3 CONTA: 35256 X (0)

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.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 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 do pedido.

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 verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou residência (valorizar)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: ROBERTO SILVA CAPISTRANO

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 008.261.157-89

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Local e Data: JOÃO PESSOA, 12 de Junho 2019

41 - Assinatura da testemunha (se houver)
 FPS 012 1000 2019
 Adv. Roberto Silva Capistrano
 OAB/PB 20.812
 Tel.: (83) 8308-0309/9336-7869

42 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

13700014-6/2009-00000000-00 Procurador (se houver)
 Dr. Roberto Silva Capistrano
 OAB/PB 20.812
 Tel.: (83) 8308-0309/9336-7869

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.

É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01 a 16 Registro de informações cadastrais Preencher corretamente de acordo com a documentação.

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):
Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente. Assinalar a opção que melhor justifique a ausência de apresentação de Laudo do Instituto Médico Legal (IML).
-----------	--	---

MORTE

23 a 33 Declaração de Únicos Beneficiários A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a rogo/a pedido.
36	CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a rogo/a pedido.
37	Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade. Necessário reconhecer firma da assinatura.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu rogo/a pedido, na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fidedignidade do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura do Pedido do Seguro DPVAT.

TESTEMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível para a cobertura de morte e para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.segundonalider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 17 05
Ouvidoria: 0800 021 91 35



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 04664.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04664.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:21 horas do dia 02 de maio de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu José Edvan da Silva, CPF nº 718.472.224-80, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Porteiro, filho(a) de Edileuza Pereira da Silva e José Santiago da Silva Filho, nascido(a) em 20/02/1989 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Julho Geraldo de Souza, Nº 229, complemento II, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Próximo Ao Antigo Posto Texaco, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98835-6423.

Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida Doutor Euclides Neiva, Aec, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 08/07/18 21:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 08/07/2018, POR VOLTA DAS 21:30, ESTAVA GUIANDO A MOTOCICLETA HONDA TORNADO DE COR VERMELHA, ANO 2001, PLACA MNN-2042/PB, CHASSI 9C2MD34002R005587, REGISTRADA EM NOME DE PAULO VITOR DOS SANTOS FILHO, NA AVENIDA DOUTOR EUCLIDES NEIVA, MANGABEIRA IV, NESTA CAPITAL, QUANDO COLIDIU EM UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO COLIDIU NESTE NOTIFICANTE E EVADIU-SE DO LOCAL EM SEGUIDA SEM PRESTAR SOCORRO A ESTE NOTIFICANTE; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S82.5 + S82.6, CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. VALDEBAN DE S. C. JUNIOR.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 02 de maio de 2019.

[Assinatura]
JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

[Assinatura]
JOSÉ EDVAN DA SILVA
Noticiante

RECEBIDO

08 JUL 2019

Seguradora Lider DPVAT

Procedimento Policial: 04664.01.2019.1.00.401



Comprovação de ato declaratório

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: JOÃO GILBERTO DA SILVA Data da Admissão: 28/07/18
Prontuário: 1101 Idade: 22 Enfermaria: 150 Leito: 2
Nome da Mãe: JOÃO GILBERTO DA SILVA
Endereço: BR 101 - KM 10 - JARDIM Bairro: JARDIM
Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB Fone: 3333-3333 Profissão: ENFERMEIRO
Sexo: F () M () Cor: BRANCO Estado Civil: CASADO Religião: CATÓLICA
Escolaridade: GRADUADO Data de Nascimento: 11/11/96

OPD: 201 5 52500 0 - D-2 D NO 03140 70
IDA: PR VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILIAR
COM 20% DE LESÃO NO TÓRAX - D-2 D
COM FRATURAS DE CÂNBRA D.

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

General: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso 5 Kg em 1 ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema ☐ Outros: _____

ABD: ☐ Dor ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME: ☐ Dor ☐ Rigidez pós-reposso ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa [] HT

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGÜ: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas:

Fr. Hx aguda de T-2 D. Bimovim

Conduta:

*Doença Transitoria + Soro.
Tratamento + Início Placenta*



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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

JOSE COVAN DA SILVA

CPF da Vítima

718.472.224-80

Data do Acidente

08/07/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

ROBÉRIO SILVA CARISTANO

CPF do Representante Legal

008.261.154-89

Email

roberiocaristano.adv@gmail.com

Telefone (DDD)

(83) 98803-0309

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

JOÃO PESSOA 12 de JUNHO de 2019

Local e Data

P/P

[Assinatura]
Assinatura do Beneficiário

ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA
Dr. Robério Silva Caristano
OAB/RN nº 20.872
Tel.: (83) 8300-0309/306-7009

[Assinatura]
Assinatura do Representante Legal

ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA
Dr. Robério Silva Caristano
OAB/RN nº 20.872
Tel.: (83) 8300-0309/306-7009

Jan/19 89,74

**CAGEPA**
 COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍSA
 Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
 CEP: 58.015-070 - CNPJ: 09.123.054/0001-07

 INFORME ESTERMINADO
 MATRÍCULA

927384

N. OSP

21232577

MODIFICAÇÃO DE DÍBITOS

 ROBERIO SILVA CAPISTRANO
 RUA DR EUCLEDES NEIVA DE OLIVEIRA, 2387 -
 MANGABEIRA JOAO PESSOA PB 58057-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Banheiro	Cocina	Quarto	Outro	
001.024.355-0333-000	000	0	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y15NS19945	10/03/2016	LAT 0000	ATIVA	ATIVA		

Consta(n) em nossos registros pendência(s) de pagamento de conta anterior(es). Conforme previsto na Lei Federal 11.445, essa(s) pendência(s) sujeita(n) o imóvel a suspensão no fornecimento de água. Caso o débito já tenha sido quitado, há mais de 5 dias, desconsidere este aviso.

Para demais informações, entre em contato com a CAGEPA pelas lojas de atendimento ou pela central telefonica de atendimento (115), gratuitamente.

REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)	REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)
ABR/2019	04/05/2019	278,74			
MAI/2019	04/06/2019	257,08			

 PAGO
 PAGO

 CERTIFICO E DOU FÉ, SOB AS
 PENAS DA LEI, QUE A PRESENTE
 FOTOCÓPIA, CONFERE COM O
 ORIGINAL APRESENTADO PERANTE
 ESTE ADVOGADO

 ADVOCACIA & CONSULTORIA JURÍDICA
 Dr. Roberio Silva Capistrano
 OAB/PB 20.812
 Tel.: (83) 8300-0309/9336-7069

EMISSÃO:

22/06/2019

Total a Pagar:

R\$ 535,82


 MATRÍCULA N DO OSP EMISSÃO TOTAL A PAGAR
 927384 21232577 22/06/2019 R\$ 535,82

82650000005 2 35820010001 6 00042738402 4 12325771215 8





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguredoridder.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 81 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 ROBERTO SILVA CASTRANO

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.261.157, 89, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSÉ EDVAN DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 318.472.224 / 80

do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima JOSÉ EDVAN DA SILVA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 318.472.224, 80, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 5.000,00 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 DOUTOR EUCLIDES MEIRA DE LIMA</u>		Número: <u>2387</u>	Complemento: <u>SALA 2</u>
Bairro: <u>MUNGABEIRA II</u>	Cidade: <u>JOÃO PESSOA</u>	Estado: <u>PB</u>	CEP: <u>58.057-000</u>
E-mail: <u>robertocastano.adv@gmail.com</u>			Tel.(DDD): <u>(83) 8803-9309</u>

Local e Data: JOÃO PESSOA, 12 DE JUNHO DE 2019

[Assinatura manuscrita]
 ADVOCADO E PROCURADOR
 DR. ROBERTO SILVA CASTRANO
 Tel. (83) 8803-9309
 Assinatura do Declarante

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 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Declaração do proprietário do veículo



Eu, PAULO VITOR DOS SANTOS FILHO

RG nº 3108630, data de expedição 1/1/

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 075.554.084-06

com domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de

PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R. ALBERTINA CABRAL DANTAS, nº 71

complemento X, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

JOSÉ EDVAN DA SILVA, cujo o condutor era

JOSÉ EDVAN DA SILVA

Veículo: MOTO-HONDA Modelo: XR-250-TORNADO Ano: 2001/2002

Placa: MANN-2042^{PB} Chassi: 9CZMD3400ZR005587

Data do Acidente: 08/07/2018

Local e Data: JOÃO PESSOA, 08/10/2019

x Paulo Vitor dos Santos Filho
Assinatura do Declarante

x José Edvan da Silva
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA



Edison **LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA**

NOME JOSE BRUNO DA SILVA			PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 29anos	SEXO MASC	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.24
DATA DE ADMISSÃO: 09/07/2018		DATA DE ALTA 21/07/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA
DIAGNÓSTICO INICIAL				CD
Fratura do Maléolo Lateral e Medial do tornozelo Direito				S82.5 + S82.1
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO				
• O mesmo				
OUTROS DIAGNÓSTICOS				
PRINCIPAIS EXAMES				
Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo lateral e Medial				
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA				
AN. HIA PATOLÓGICA				
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA				
CONDIÇÕES DE ALTA				
(X) MELHORADO	() REMOVIDO	() A PEDIDO	() CURADO	()
ÓBITO				

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de maléolo lateral e medial foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Ciprofloxacina e Profenid

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão dr. ALISSON

21/07/2018

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO
CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <u>Jose Edmar da Silva</u>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <u>29a</u>	SEXO <u>Mas</u>	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <u>09/7/18</u>		DATA DE ALTA <u>21/7/18</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <u>Fx do TNEP</u>				CM <u>S2.51-S2.6</u>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <u>Amidrose</u>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <u>Rx</u>					
PROCEDIMENTO REALIZADO:					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O. ☐ SIM		☒ NÃO		COLETA DE MATERIAL ☐ SIM	
☒ NÃO					
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA		MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO
					ÓBITO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
Vit. Com tratamento do TNEP (Amidrose) realizado
a 11/07/18 com sucesso com amputação
com placa provisória. Resultado alto com
boa cicatrização e sem complicações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:
REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar a ferida com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.
MEDICAÇÕES PARA CASA:

RETORNO Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do Atendimento em 30 dias para revisão.

21/7/18 DATA
Dr. Edmar da Silva Médico
ASS. MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 142877 Atd: Nao Regi
Data: 08/07/2018
Hora: 22:18:27
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE EDVAN DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.07.000949

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 988356423

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 20/02/1989 Id: 29 ano(s)

End.: RUA JOSE GOMES AMARANTES, 0

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: EDLEUZA PEREIRA DA SILVA

Pai: EDNALDO PEREIRA DA SILVA

Raca: BRANCA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: SEGURANCA

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: JOSE EDVAN DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 988356423 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: VITIMA DE COLISAO MOTO +CAMINHAP HJ AS

Vitima de violencia por: 21:00, EM MANGABEIRA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	[] Aparentemente Bem	[] Grave
FC:	TP:	[] Politraumatizado	[] Convulsao
Peso:	Altura:	[] Hemorragia	[] Dispneia
Glicemia:	IMC:	[] Diarreia	[] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[] Regular	[] Chocado
		[] Vomito	

Queixa Principal

Observacao

CC: SAO CARRO X MOTO. TRAUMA EM MID.

SAMU

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vitima de colisão entre carro, o capacete apresentando dano e o
unidade em MID. Nega perda da consciência ou vômito. Glasgow 15.

Alergia: neg. Alcool e tabaco: NDA

Diagnostico

CD: Atendimento Inicial

Rx de Tornozelo e Perna + Avaliação da ortopedia

Prescrição

Ata da An. Geral

Dipirona 1g + AD, EV, agora.

Dr. Paulo César

Dr. Paulo César

Dr. Paulo César

Data e Hora : PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

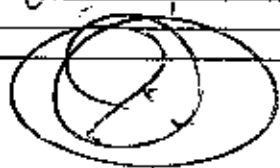
Assinatura e Carimbo do Medico

FICHA DE ADMISSÃO DA SRPA

Paciente: _____ Pront.: _____ Data: _____
 Hora da admissão: _____ Hora da alta: _____ Enfermeiro: _____
 PA. na admissão: _____ PA. na alta: _____ Téc. Enf.: _____

PARÂMETROS	PONTOS	ADMISSÃO	1 H	2 H	3 H
CONSCIÊNCIA					
ACORDADO	2	2	2	2	2
RESPONDENDO AO CHAMADO	1				
NÃO RESPONDENDO	0				
RESPIRAÇÃO					
CAPACIDADE DE RESPIRAR PROFUNDAMENTE OU TOSSIR	2	2	2	2	2
DISPNEIA	1				
APNÉIA	0				
CIRCULAÇÃO					
PA VARIANDO ATÉ 20% DO NÍVEL HABITUAL	2	2	2	2	2
PA VARIANDO DE 20% A 50% DO NÍVEL HABITUAL	1				
PA SUPERIOR A 50% DO NÍVEL HABITUAL	0				
ATIVIDADE MUSCULAR					
MOVIMENTO MUSCULAR DAS EXTREMIDADES	2	2	2	2	2
MOVIMENTO MUSCULAR DE	1				
AUSÊNCIA DE MOVIMENTO	0				
COLORAÇÃO DA PELE					
ROSADO, QUENTE	2	2	2	2	2
PALIDO, TERROSO, ICTÉRICO	1				
CIANÓTICO	0				
TOTAL		10	10	10	10

INTERCORRÊNCIAS	MEDICAÇÃO	HORÁRIO	ASSINATURA
Atividade 10:40			



Anestesiologista



MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NA SALA DE CIRURGIA

NOME: João Robinson da Silva PRONT: _____
 Tipo de Cirurgia: Prost. Cirurg. RN?
 Cirurgião: Dr. Piusson 1º Auxiliar: Dr. Roberto Almeida
 2º Auxiliar: _____ Instrumentador(a): Ana Riquelme
 Anestesista: Dr. Neto Leite Tipo de Anestesia: Rogue
 Início: 08:00 Término: _____ Duração: _____

MEDICAMENTO	Q.	MEDICAMENTO	Q.	MATERIAL	Q.
Adrenalina (amp.)		Oxido nitroso (N ₂ O)		Escalpe	
Água dest. (amp.)		Oxigênio (O ₂)	<u>2L</u>	Espadrado	
Aminofilina (amp.)		Pancuron (amp.)		Espadrado hipod.	
Atropina (amp.)		Plasil (amp.)		Fio de algodão	<u>me 0</u>
Bicarbonato de sódio (amp.)		Propofol (amp.)		Fluxor artrosc.	
Bupivacaína 0.5 % (fr.)		Prostigmil (amp.)		Gorro descartável	
Bupivacaína 0.75 % (fr.)		PVPI deger.		Lamina de bisturi	<u>n: 24</u>
Captopril (compr.) 12.5 mg		PVPJ tintura	<u>1000ml</u>	Lamina gilete	
Cedilanide (amp.)		Quelicin (amp.)		Luvas de procedimentos	
Cloreto cálcio (amp.)		Rapifen		Luvas estéreis (par)	<u>9.5U</u>
Cloreto potássio (amp.)		Revivam (amp.)		Malha tub 10 cm	
Clorexidina 2%		Rocelin 1g (amp.)		Mascara descartável	
Cloridrato de tramadol		Sevocris		Mononylion	<u>20</u>
Cloridrato nalorfina (amp.)		Sol. Ringer c/ lact. 500 ml	<u>1</u>	Propé descartável	<u>02</u>
Decadron (amp.)		Soro fisiológico 1000 ml		Serin. descartável 1 cc	
Dexametazona (amp.)	<u>1</u>	Soro fisiológico 500 ml	<u>1</u>	Serin. descartável 10 cc	<u>1</u>
Diazepam (amp.)		Soro glicosado 500 ml		Serin. descartável 20 cc	<u>02</u>
Dimorl (amp.)		Sulo-cortel 500 mg		Serin. descartável 5 cc	<u>1</u>
Dipirona (amp.)	<u>1</u>	Enitoína sódica		Sonda Foley	<u>02</u>
Dolantina (amp.)		Tilail (amp.)		Sonda nasogastrica	
Dolosaí (amp.)		Voltarem (amp.)		Sonda uretral	
Dormonid (amp.)	<u>1</u>			Vicryl	<u>20L</u>
Eforil (amp.)	<u>01</u>				
Eter					
Etimidato					
Fenergan (amp.)		Abboath ou Gelco			
Fenocris		Aciflex			
Fentasil	<u>1</u>	Água oxigenada			
Fiumazenil	<u>01</u>	Agulha desc. p/ raque	<u>25</u>		
Glicose (amp.)		Álcool iodado	<u>70%</u>		
Haloperidol		Atad. Gessada Cremer/Jonson			
Halothano (fr.)		Atadura algodão 20 cm			
Hidrocortizona 500 mg		Atadura de crepom 15 cm			
Isoforane ml		Bola de algodão			
Kanakion (amp.)		Bolsa de colostomia			
Kefazol (fr.)	<u>1</u>	Camisa p/ microscópio			
Keflin (amp.)	<u>02</u>	Cateter p/ oxigênio	<u>1</u>		
Ketalar (fr.)		Cateter p/ peridural			
Lasix (amp.)		Cateter p/ subclávia			
Lidocaina 2%		Catgut cromado			
Lidocaina 2% (geléia)		Catgut simples			
Neocaina 5% pes. (amp.)	<u>1</u>	Catgut simples agulhado			
Liquemine	<u>01</u>	Cera óssea			
Meildopa (compr.)		Coletor urina fechado			
Metronidazol 500 mg		Compressa cirúrgica			
Midazolam		Compressa gaze	<u>1</u>		
Narcan		Dreno de Kher	<u>05</u>		
Neocaina 0.5 % hiph (amp.)		Dreno penrose			
Neocaina 0.5 % isob (amp.)		Eletrodo desc.			
Nilperidol		Equipo macro	<u>1</u>		
		Equipo micro			

Data: 20/07/2018

Rosalia Castro
 ENFERMEIRA
 Assinatura e Carimbo

Chauvinha
 CIRCULANTE
 Assinatura e Carimbo



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: José Edson de Melo

Louso Médico

Atento para os
devidos fins que o
paciente supracitado
apresenta Dor e
limitação da Mobilidade
em Tornozelo Direito
que foi operado neste
Hospital há 6 meses
e precisa de ajuda
de obstinamento de
suas atividades
requerendo ao recuperem
de tratamento.

José F. F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 69130 CRM-PE 17506
8801 12614

01/03/19



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Joni Edvan de Silva

Paciente submetido
a tratamento cirúrgico
de torções do joelho
aproximadamente 1 mês.
Evolui com Dor, edema
na articulação em
condrologia, necessi-
tando de analgesia e pos-
teriormente de seus fígados
por 70 dias.

- Em caminhada a
fisiologia -

C10-582.

Dr. Atisson F. F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE 69130/PRM-PE 17808
SB00172514

Assinatura e Carimbo

24-08-2018



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: José Edvan da Silva

Paciente submetido a
tratamento cirúrgico
de fratura do tornozelo dir. há 15 dias.
Apresenta dor, edema
e restrição de A/P.
Segue em fisioterapia.
Sugiro manter afastamento
mínimo 60 (sessenta dias).

582

14/12/19

Assinatura e Carimbo

Wilson F. F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-AM 3913 / C.R.M.P.E. 17606
SIST 12514



CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Jose Edvan

DATA DO ATENDIMENTO: 20/07/18

Nº PRONTUÁRIO: _____ O FICHA: _____

MÉDICO (CARIMBO): Alisson

DIAGNÓSTICO: Ex tunc

PROCEDIMENTO: _____

PAFC

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO.



CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Jose' Edilson
da Silva

RG: _____

DATA DE ATENDIMENTO: 09/01/18

Nº PRONTUÁRIO: 19

MÉDICO: Kaysa

DIAGNÓSTICO: _____

PROCEDIMENTO: Fisio

SEMPRE QUE RETORNAR AO SERVIÇO É
OBRIGATÓRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO.

CONTATO: 3239-1221



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que a pedido do(a)
Sr.(a) Jose Edson da Silva portador(a) da
identidade RG _____, que o(a) mesmo(a)
foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da
patologia CID-10 S82.5+ S82.6 devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período de 60
(seisenta) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 9/7/18

Dr. Voldean de S. C. Junior
Médico
CRM 7682

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a)
Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <u>Roberto Edson da Silva</u>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <u>29a</u>	SEXO <u>Mas</u>	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <u>09/7/18</u>		DATA DE ALTA <u>21/7/18</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <u>Fx do TNE P</u>				CM <u>S2, S1-S2</u>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <u>Amidoma</u>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <u>Rx</u>					
PROCEDIMENTO REALIZADO:					
TERAPIA MÉDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☒ NÃO		COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☒ NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA		MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO
					ÓBITO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMBINAÇÕES)
Adm. com fratura do TNE @ subclavicular
a 1ª etapa do tratamento com osteossíntese
com placa e parafusos. Resultado alto com
ótimo alinhamento da curvatura

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:

REPOUSO:

Relativo em casa por _____ dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA:

RETORNO Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do Alfonso em 30 dias para revisão.

21/7/18
DATA

Dr. Ronaldo de S. C. Júnior
Médico
CRM 1569
ASS. MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação do atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



CARTÃO DE RETORNO

Paciente:	JOSE EDSON DA SILVA
Médico:	Dr. ALISSON
Data 1º atendimento:	09/07/2018
HD:	FX LX DE TORNOZELO D
CD:	RAFI

RETORNOS

DATA

HORA

ASSINATURA

Agendar 1º retorno em 15 DIAS ou o mais próximo

03/08/18

08:30 hrs

mo 

P/ JOSE EDSON DA SILVA

R

Uso Oral

1) Ciprofloxacina (500mg) 01CX
(Comprimido)

Tomar 01 comprimido por via oral de 12/12 horas por...
(07) dias.

2) Profenid (100mg) 01 CX
(Cetoprofeno)

Tomar 01 comprimido de 12/12 horas, se dores



Dr. Tulcedon de S. E. Júnior
Médico
CRM 7692

João Pessoa, 21 de julho de 2018

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.353.323 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 07/03/2019

NOME JOSÉ EDVAN DA SILVA

FILIAÇÃO JOSÉ SANTIAGO DA SILVA FILHO
EDILEUZA PEREIRA DA SILVA

NATURALIDADE RECIFE-PE DATA DE NASCIMENTO 20/02/1989

DOC ORIGEM NASC.N.21798 FLS.233 LIV.A-18
CARTORIO RECIFE-PE

CPF

Assinatura Digital

LEI Nº 7.116 DE 20/06/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
AP-917

Assinatura Digital

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

digito verificador: 00

às 09:02:00 do dia 20/03/2019 (hora e data de Brasília)

Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil



B9718278.CCA1.FBA

CÓDIGO DE CONTROLE



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
718.472.224-80

Nome
JOSE EDVAN DA SILVA

Nascimento
20/02/1989

Documentos de Identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

Assinatura Digital

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR
JOSE EDVAN DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO 20/02/1989 Nº INSCRIÇÃO 0485 3373 1244 ZONA 070 SEÇÃO 0388

MUNICÍPIO / UF
JOAO PESSOA/PB

DATA DE EMISSÃO 11/03/2019

Assinatura Digital

Des. Carlos Martins Balthão Filho



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 008.261.154-89

Nome: **ROBERIO SILVA CAPISTRANO**

Data de Nascimento: 19/09/1980

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: 18/07/1997

Digito Verificador: 00

Documentos de Identificação



Comprovante emitido às: 08:53:51 do dia 15/07/2019 (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: 343B.F73E.EA58.8634

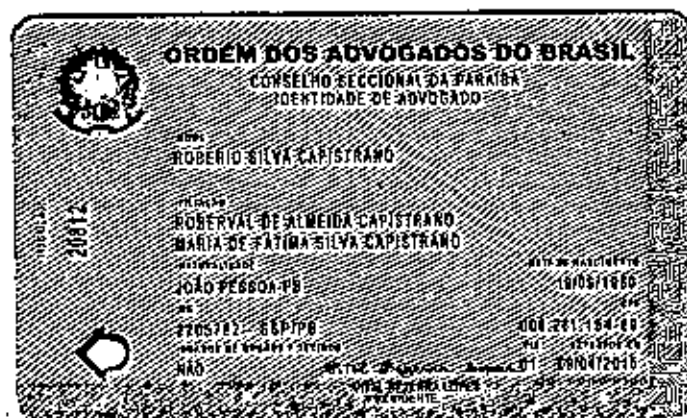
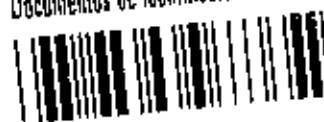


Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



Documentos de identificação



CERTIFICO E DOU FÉ, SOB AS
PENAS DA LEI, QUE A PRESENTE
FOTOCÓPIA, CONFERE COM O
ORIGINAL APRESENTADO PERANTE
ESTE ADVOGADO.

ADVOCACIA & CONSULTORIA JURÍDICA
Dr. Roberto Silva Capistrano
OAB/PB 20.812
Tel.: (83) 8000-0300/PB36-7959



DETRAN - PB		No 013929724641	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
VIA	COD RENAVAM	PLACA	ANO
1	0078811976/14	00/00000000	2018
NOME			
PAULO VITOR DOS SANTOS FILHO			
CPF / CNPJ		PLACA	
07555408406		MNN2042/PB	
PLACA ANT / UF		CHASSI	
NOVO PE		9C2MD34002R005587	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB	ANO MOD
HONDA / X3-250 TORNADO		2008	2008
CAP / POT CL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2 P/249 /CI	PARTIC	VERMELHA	
COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC / COTAS	
	00/00/0000	1°	
FAIXA LPVA	PARCELAMENTO / COTAS		2°
*****	0		3°
PREMIO TARIFARIO (R\$)	IOF (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	SEGURO	P A G O	07/03/2018
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMINIO			

PB Nº 013929724641 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

2018

DATA EMISSÃO

07/03/2018

VIA

1

CPF / CNPJ

07555408406

PLACA

MNH2042/PB

RENAVAM

00786179764

MARCA / MODELO

HONDA/YR 250 TORNADO

ANO FAB.

2001

CATEG.

9

NP CHASSI

9C2MD34002R005587

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DEMATRA (R\$)

CUSTO DO SEGURO PM

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

SEGURO

VTL 15% DO BILHETE

P A G O

PAGAMENTO

☒

COTA ÚNICA

☐

PARCELADO

DATA DE OUTRUGA

07/03/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04



REQUISIÇÃO DE EXAME Nº: 128/19
Exame Requisitado: **Traumatológico**

João Pessoa, 20/05/2019

Ao Senhor
Gerente Executivo
Gerência de Medicina e Odontologia Legal
IPC-PB

Outros



Assunto: Requisição de Perícia de Lesão Corporal.

Senhor Gerente

Requisitamos a Vossa Senhoria as providências, para que no prazo legal (Art. 160, parágrafo único do CPP, alterado pela lei 8.862/94), seja procedido o exame de **Traumatológico** da pessoa abaixo qualificada, e que o laudo seja remetido para o **DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS**

NOME: **JOSÉ EDVAN DA SILVA**

NACIONALIDADE: **brasileira**

NATURALIDADE: **RECIFE/PE**

IDENTIDADE: **3.353.323/PB**

FILIAÇÃO: **JOSÉ SANTIAGO DA SILVA FILHO E EDILEUZA PEREIRA DA SILVA**

DATA DE NASCIMENTO: **20/02/1989** IDADE: 30 anos

ESCOLARIDADE: **ENSINO MÉDIO**

PROFISSÃO: **SEGURANÇA**

ESTADO CIVIL: **SOLTEIRO**

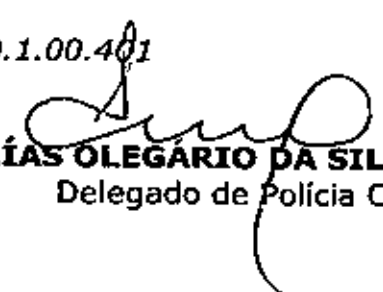
ENDEREÇO: **RUA JULHO GERALDO DE SOUZA, 229, complemento II, MANGABEIRA**

TELEFONE: **(83)98835 6423**

DATA E HORA DO FATO: **08/07/2018, 21:30 horas**

HISTÓRICO: QUE NO DIA E HORA DESCRITO ACIMA, NA AV. Dr. EUCLIDES NEIVA, MANGABEIRA, NESTA CAPITAL QUANDO GUIAVA A SUA MOTO DE PLACA MNN-2042 FOI COLIDIDO POR UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO QUE SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR NEHUMA ASSISTENCIA AO NOTIFICANTE, QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULANCIA DO SAMU PARA O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM O CID S82.5 + S82.6, CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO Dr. VALDEBAN DE S. C. JUNIOR.

Referência: Certidão de Ocorrência nº 04664.01.2019.1.00.401


ISAÍAS OLEGÁRIO DA SILVA
Delegado de Polícia Civil

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0237755/19

Vítima: JOSE EDVAN DA SILVA

CPF: 718.472.224-80

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE EDVAN DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ROBERIO SILVA CAPISTRANO : 008.261.154-89

Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE EDVAN DA SILVA : 718.472.224-80

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: 15/07/2019
Nome: ROBERIO SILVA CAPISTRANO
CPF: 008.261.154-89

ROBERIO SILVA CAPISTRANO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0237755/19

Número do Sinistro: 3190427640.

Vítima: JOSE EDVAN DA SILVA

CPF: 718.472.224-80

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Outros



Data do acidente: 08/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE EDVAN DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Dedaração do Proprietário do Veículo

Outros

ROBERIO SILVA CAPISTRANO : 008.261.154-89

Procuração

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/10/2019

Nome: JOSE EDVAN DA SILVA

CPF: 718.472.224-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/10/2019

Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

CPF: 760.547.217-04

JOSE EDVAN DA SILVA

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

Situação do requerimento:

PAQUETE SEGURO

Como Pagar
Consulta a Pagamentos Efetuados

acompanhe o processo

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

VÍTIMA JOSE EDVAN DA SILVA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA
LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS
BENEFICIÁRIO JOSE EDVAN DA SILVA
CPF/CNPJ: 71847222480

Posição em 14-10-2019 10:31:13

Seu pedido de indenização foi analisado e identificamos pendências que impedem a conclusão do processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, no mesmo local onde você deu entrada, para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Documento	Nome	Status	Nome
Declaração do Proprietário do Veículo	Vítima	Pendente	
Comprovante de residência	Beneficiário	Pendente	ROBERIO SILVA CAPISTRANO
Documentos de identificação	Beneficiário	Não Conforme	ROBERIO SILVA CAPISTRANO

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190427640

Vítima: JOSE EDVAN DA SILVA

Data do Acidente: 08/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROBERIO SILVA CAPISTRANO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE EDVAN DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

- * Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190427640

Vítima: JOSE EDVAN DA SILVA

Data do Acidente: 08/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROBERIO SILVA CAPISTRANO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE EDVAN DA SILVA

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0237755/19

Número do Sinistro: 3190427640

Vítima: JOSE EDVAN DA SILVA

CPF: 718.472.224-80

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE EDVAN DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

ROBERIO SILVA CAPISTRANO : 008.261.154-89

Comprovante de residência

Documentos de Identificação

Procuração

Outros



ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/11/2019
Nome: ROBERIO SILVA CAPISTRANO
CPF: 008.261.154-89

ROBERIO SILVA CAPISTRANO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPRENSATRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nov. Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190427640 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE EDVAN DA SILVA

COBERTURA Invalidoz

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO JOSE EDVAN DA SILVA

CPF/CNPJ: 71847222480

Posição em 30-10-2019 08:55:13

Seu pedido de indenização foi analisado e identificamos pendências que impedem a conclusão do processo. Por favor, regularize:

Descrição	Tipo	Status	Nome
Comprovante de residência	Beneficiário	Pendente	ROBERIO SILVA CAPISTRANO
Documentos de Identificação	Beneficiário	Não Conforme	ROBERIO SILVA CAPISTRANO
Procuração	Beneficiário	Não Conforme	ROBERIO SILVA CAPISTRANO

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
24/07/2019	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/SlHikkKy9F4zYcilzQ8fi/api_key=tEbd5YBUJMu1XQVzIPQxcN8iF__L+I3n3qGktqa4E__oc=)
24/07/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/YjoQ1DNWNXHXeqHkl/api_key=tEbd5YBUJMu1XQVzIPQxcN8iF__L+I3n3qGktqa4E__oc=)



Dr. Robério Silva Capistrano
Advogado & Consultor Jurídico

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE

JOSE EDVAN DA SILVA, brasileiro, solteiro, autônomo, portador do RG sob o nº 3.353.323 2ª via SSP/PB e inscrito no CPF sob nº. 718.472.224-80, residente e domiciliado na Rua Júlio Geraldo de Souza, nº 229, casa A, Bairro Mangabeira II, João Pessoa-PB, CEP.: 58.057-170.

OUTORGADO

Dr. ROBÉRIO SILVA CAPISTRANO, brasileiro, casado, advogado, inscrito no CPF sob o nº 008.261.154-89 e inscrito na OAB/PB sob o nº 20.812 e Dr. ROGÉRIO SILVA CAPISTRANO, brasileiro, casado, advogado, inscrito no CPF sob o nº 048.219.224-01 e inscrito na OAB/PB sob o nº 26.371, ambos escritório profissional na rua Dr. Euclides Neiva de Oliveira, nº 2387, sala 2, Mangabeira II, João Pessoa-PB.

PODERES

Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere ao OUTORGADO plenos poderes para o foro em GERAIS e em ESPECIAIS, com a cláusula ad judicium et extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunais superiores, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo uma e outras, até o final da decisão, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os PODERES ESPECIAIS para receber citação ou intimação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, negociar, transigir, peticionar, desistir, renunciar ao direito sobre qual se funda a ação, receber, dar quitação, sacar ou receber quaisquer valores referente a funda ação perante quaisquer instituições bancárias mediante alvará judicial expedido pelo Juízo da demanda, firmar compromisso, receber quaisquer valores referente ao DPVAT na conta corrente do banco do Brasil agência 1234-3, conta corrente 35.256-(X) favorecido o outorgado ou em qualquer conta indicado pelo outorgado, assinar documentos perante a seguradora LIDER, administradora do seguro DPVAT, requerer ao Juízo competente o desconto de 30%(trinta) por cento a título de honorário advocatício, solicitar o levantamento dos honorários advocatícios em alvará separado, assinar declaração de hipossuficiência econômica (conforme estabelecido no artigo 105 do NCPC, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, danto tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso,

João Pessoa, 29 de março de 2019.

Jose Edvan da Silva
JOSE EDVAN DA SILVA

RG sob o nº 3.353.323 2ª via SSP/PB

CPF sob nº. 718.472.224-80

OUTORGANTE



Dr. Robério Silva Capistrano
Advocacia & Consultoria Jurídica

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE

JOSE EDVAN DA SILVA, brasileiro, solteiro, autônomo, portador do RG sob o nº 3.353.323 2ª via SSP/PB e inscrito no CPF sob nº. 718.472.224-80, residente e domiciliado na Rua Júlio Geraldo de Souza, nº 229, casa A, Bairro Mangabeira II, João Pessoa-PB, CEP.: 58.057-170.

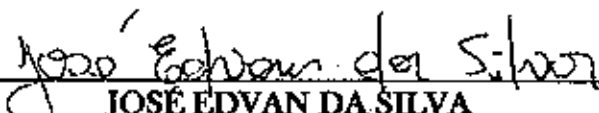
OUTORGADO

Dr. ROBÉRIO SILVA CAPISTRANO, brasileiro, casado, advogado, inscrito no CPF sob o nº 008.261.154-89 e inscrito na OAB/PB sob o nº 20.812 e Dr. ROGÉRIO SILVA CAPISTRANO, brasileiro, casado, advogado, inscrito no CPF sob o nº 048.219.224-01 e inscrito na OAB/PB sob o nº 26.371, ambos escritório profissional na rua Dr. Euclides Neiva de Oliveira, nº 2387, sala 2, Mangabeira II, João Pessoa-PB.

PODERES

Por este instrumento particular de mandato, o **OUTORGANTE** confere ao **OUTORGADO** plenos poderes para o foro em **GERAIS** e em **ESPECIAIS**, com a cláusula ad judicium et extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunais superiores, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo uma e outras, até o final da decisão, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os **PODERES ESPECIAIS** para receber citação ou intimação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, negociar, transigir, peticionar, desistir, renunciar ao direito sobre qual se funda a ação, receber, dar quitação, sacar ou receber quaisquer valores referente a funda ação perante quaisquer instituições bancárias mediante alvará judicial expedido pelo Juízo da demanda, firmar compromisso, requerer ao Juízo competente o desconto de 30%(trinta) por cento a título de honorário advocatício, solicitar o levantamento dos honorários advocatícios em alvará separado, assinar declaração de hipossuficiência econômica (conforme estabelecido no artigo 105 do NCPC, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso,

João Pessoa, 29 de março de 2019.


JOSE EDVAN DA SILVA
RG sob o nº 3.353.323 2ª via SSP/PB
CPF sob nº. 718.472.224-80
OUTORGANTE



Dr. Robério Silva Capistrano
Advocacia & Consultoria Jurídica

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE

JOSE EDVAN DA SILVA, brasileiro, solteiro, autônomo, portador do RG sob o nº 3.353.323 2ª via SSP/PB e inscrito no CPF sob nº. 718.472.224-80, residente e domiciliado na Rua Júlio Geraldo de Souza, nº 229, casa A, Bairro Mangabeira II, João Pessoa-PB, CEP.: 58.057-170.

OUTORGADO

Dr. ROBÉRIO SILVA CAPISTRANO, brasileiro, casado, advogado, inscrito no CPF sob o nº 008.261.154-89 e inscrito na OAB/PB sob o nº 20.812 e Dr. ROGÉRIO SILVA CAPISTRANO, brasileiro, casado, advogado, inscrito no CPF sob o nº 048.219.224-01 e inscrito na OAB/PB sob o nº 26.371, ambos escritório profissional na rua Dr. Euclides Neiva de Oliveira, nº 2387, sala 2, Mangabeira II, João Pessoa-PB.

PODERES

Por este instrumento particular de mandato, o ~~OUTORGANTE~~ confere ao ~~OUTORGADO~~ plenos poderes para o foro em ~~GERAIS~~ e em ~~ESPECIAIS~~, com a cláusula ad judicium et extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunais superiores, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo uma e outras, até o final da decisão, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os ~~PODERES ESPECIAIS~~ para receber citação ou intimação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, negociar, transigir, peticionar, desistir, renunciar ao direito sobre qual se funda a ação, receber, dar quitação, sacar ou receber quaisquer valores referente a fundação ação perante quaisquer instituições bancárias mediante alvará judicial expedido pelo Juízo da demanda, firmar compromisso, receber quaisquer valores referente ao DPVAT na conta corrente do banco do Brasil agência 1234-3, conta corrente 35.256-(X) favorecido o outorgado ou em qualquer conta indicado pelo outorgado, assinar documentos perante a seguradora LIDER, administradora do seguro DPVAT, requerer ao Juízo competente o desconto de 30%(trinta) por cento a título de honorário advocatício, solicitar o levantamento dos honorários advocatícios em alvará separado, assinar declaração de hipossuficiência econômica (conforme estabelecido no artigo 105 do NCPC), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso,

João Pessoa, 29 de março de 2019.

JOSE EDVAN DA SILVA

RG sob o nº 3.353.323 2ª via SSP/PB

CPF sob nº. 718.472.224-80

~~OUTORGANTE~~

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0237755/19

Vítima: JOSE EDVAN DA SILVA

CPF: 718.472.224-80

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE EDVAN DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ROBERIO SILVA CAPISTRANO : 008.261.154-89

Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE EDVAN DA SILVA : 718.472.224-80

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: 15/07/2019
Nome: ROBERIO SILVA CAPISTRANO
CPF: 008.261.154-89

ROBERIO SILVA CAPISTRANO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO