

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **EDSON HIGINO DE FREITAS**

Nº Sinistro: **3180062066**

Vítima: **EDSON HIGINO DE FREITAS**

Data do Acidente: **01/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180062066**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12361642



Rio de Janeiro, 16 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **EDSON HIGINO DE FREITAS**

Sinistro: **3180062066**

Vítima: **EDSON HIGINO DE FREITAS**

Data do Acidente: **01/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180062066** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Março de 2018

Carta nº: 12478997

A/C: EDSON HIGINO DE FREITAS

Nº Sinistro: 3180062066
Vítima: EDSON HIGINO DE FREITAS
Data do Acidente: 01/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: **EDSON HIGINO DE FREITAS**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000000617**

Conta: **000008895-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

840.975.904-72

Nome completo da vítima

Edson Higino de Freitas

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Edson Higino de Freitas	CPF titular da conta 840.975.904-72	Profissão macineiro
Endereço Calote do Rocha	Número 115	Complemento
Bairro Tibiri	Cidade Santa Rita	CEP 58302-085
Email Zeduardosilva@idmair.com	Estado PB	Telefone (DDD) 99340-1170

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 18.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
☒ FAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ BANCO	
AGÊNCIA NRO. 0617	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V
CONTA NRO. 0008893	D/V 8	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

Santa Rita de Janeiro de 2018
Local e Data

x Edson Higino de Freitas
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



group



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

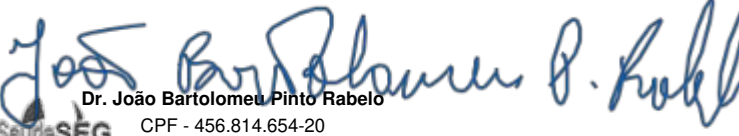
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180062066
Nome do(a) Examinado(a): Edson Higino de Freitas
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Catole do Rocha, 115
Tibiri Santa Rita PB CEP: 58302-085
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 1507631
Data local do acidente: [01/07/2017]
Data local do exame: [26/02/2018] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DA TÍBIA DIREITA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.
Data da Alta: 01/02/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, HIPOTROFIA MUSCULAR DA PERNA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO TORNOZELO DIREITO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO TORNOZELO DIREITO E DEFICIT DE FORÇAS MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|--|
| () "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias | () "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica) |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. João Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00017.01.2018.1.05.014

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00017.01.2018.1.05.014, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:29 horas do dia 09 de janeiro de 2018, na cidade de Santa Rita, no estado da Paraíba, e nesta 14ª Delegacia Distrital de Santa Rita, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Antônio Alvares de Farias, matrícula 631299, e lavrado por Gilvanildo Fernandes de Brito, Escrivão de Polícia, matrícula 1356704, ao final assinado, compareceu **Edson Higino de Freitas**, conhecido(a) por Dô, RG nº 1507631 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero masculino, profissão Marceneiro, filho(a) de Marluce Higino de Freitas e José Joaquim de Freitas, natural de Mari/PB, nascido(a) em 18/03/1971 (46 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Catolé do Rocha, Nº 115, bairro Tibiri II, tendo como ponto de referência Próximo Ao Colégio Maria de Lourdes, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98706-1555.

Dados do(s) Fatos:

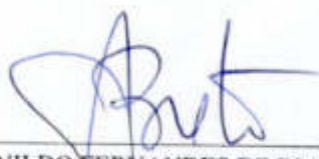
Local: Próximo Ao Depósito de Material de Construção de Josafá, Santa Rita/PB, bairro Tibiri II; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/07/17 13:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

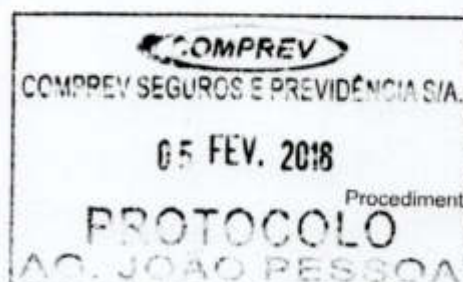
QUE, afirma o notificante que na tarde do dia 01/07/2017, por volta das 13h00min aproximadamente, quando pilotava a moto de marca HONDA/NXR150 BROS ES, cor preta, placa NQJ6860-PB, chassi nº 9C2KDO4209R058788, ano e modelo 2009, cujo documento se encontra em seu nome e que vinha conduzindo a referida moto nas proximidades do antigo depósito de Josafá, localizado no Loteamento Jardim Europa I, Tibiri II, Santa Rita - PB, e, que inesperadamente surgiu em sua frente um outro motoqueiro e para não colidir com o mesmo teve que frear sua moto rapidamente, tendo perdido o controle da moto e caído ao solo, tendo sido socorrido pelo SAMU, para o Hospital Complexo Hospitalar Mangabeira - Governador Tarcísio Burity, e, lá foi constatado trauma na perna direita, e, após exame médico evidenciou fratura diafisária de tibia direita, tendo sido realizado cirurgia dia 06/07/2017, recebendo alta médica dia 08/07/2017, conforme Certidão nº 1795/2017, expedida pelo referido hospital; QUE, afirma que não é habilitado.

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.

Santa Rita/PB, 09 de janeiro de 2018.


GILVANILDO FERNANDES DE BRITO
Escrivão de Polícia


EDSON HIGINO DE FREITAS
Notificante



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

Edson Higino de Freitas

CPF da Vítima

840.975.904-72

Data do Acidente

05-07-17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

Santa Rita do Jameiro de 2018
Local e Data

Edson Higino de Freitas
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CERTIDÃO

Nº. 1795/2017

Atendendo solicitação de **GERLANDO PEREIRA DA SILVA** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº41122 e prontuário de nº2017.07.0049 pertencentes a **EDSON HIGINO DE FREITAS** que foi atendido dia 01/07/2017 às 14H03min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em perna direita.

Submetido à avaliação médica e exames de imagem que evidenciou fratura diafisária de tíbia direita. Realizado cirurgia dia 06/07/2017 e alta médica dia 08/07/2017

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 01 de dezembro de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDSON HIGINO DE FREITAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00617

CONTA: 000000008895-8

Nr. da Autenticação E1C4E040FFF37B94

MARLUCE HIGINO DE FREITAS
RUA CATOLEDO ROCHA, 119 - TIPIR
SANTA RITA / PB CEP: 58302-085 (AO 1)

Emissão: 18/12/2017 Referência: Dez/2017
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO R-200, Km 25 - Centro Residencial - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
Número: 10 - 9 - 955 - 1490 Nº medidor: 0000361914

ENERGISA PARÁIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.085.189/0001-40 Ins. Est. 16.015.822-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000 724374
Cód. para Deb. Automático: 00001664 150

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

Conta referente a: Dez / 2017
Apresentação: 18/12/2017
Data prevista da próxima leitura: 17/01/2018
CPF/CNPJ/RANI: 25150545449
Insc. Est.: 5/156616-5

UC (Unidade Consumidora):

Canal de contato

Diversão com segurança e a qual as crianças devem aprender.
Nunca, em caso de fios da rede elétrica e não se
retire caso tenham quedas na rede. É rede de usuário
instalado pelo próprio usuário. Com segurança, não se preocupe.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
20/11/17	17010	18/12/17	17165	28
Demonstrativo				
Consumo em kWh				
0801	Consumo em kWh	155,000	171,233	111,87
0802	Adic. S. Vermeja	5,40	5,40	27
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807	CONTRIB. SERV. ILUM. PÚBLICA	4,12	0,00	0
0804	JUROS DE MOR. 11/2017	0,39	0,00	0
0802	MULTA 11/2017	2,84	0,00	0
0806	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2017	0,19	0,00	0
0800	BRM 55 J. RD. FÁCIL - ACB 12/2017	5,28	0,00	0

CCI Código de Classificação do ter: TOTAL 133,27 120,37 32,88 120,37 0,97 4,48

Média últimos meses (kWh): 170
VENCIMENTO: 26/12/2017
TOTAL A PAGAR: R\$ 133,27

Histórico de Consumo (KWh)											
112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123
Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Sep/18	Out/18

RESERVAÇÃO DE NOME: e2ec.15c1.eaf3.a838.508c.6f9a.a411.6396

Indicadores de Qualidade				Resumo da Qualidade		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
PC 12V/3A	11,54	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	100,00	100,00
PC 12V/3A	22,52	0,00	CONTRATADA	Serviço de Energia	100,00	100,00
PC 12V/3A	3,48	0,00	CONTRATADA	Serviço de Transmissão	100,00	100,00
PC 12V/3A	0,07	0,00	CONTRATADA	Serviço de Manutenção	100,00	100,00
PC 12V/3A	13,85	0,00	CONTRATADA	Serviço de Atendimento	100,00	100,00
PC 12V/3A	3,29	0,00	CONTRATADA	Serviço de Segurança	100,00	100,00
PC 12V/3A	12,22	0,00	CONTRATADA	Serviço de Qualidade	100,00	100,00
				Total	133,27	100,00

ATENÇÃO
O cliente deve manter em seu poder a Nota Fiscal e a Nota de Emissão de Fatura sem estas o cliente não poderá solicitar a troca de medidor ou a troca de unidade consumidora.
O cancelamento da cobrança do cliente e a emissão de fatura sem estas o cliente não poderá solicitar a troca de medidor ou a troca de unidade consumidora.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
05 FEV. 2018
PROTOCOLO
AC. JOAO PESSOA

Pagamento à
Total da fatura
R\$ 75,00

Vencimento da Fatura
28/10/2017
R\$ 50,00

Fatura Mensal

Número do Cartão: 526965XXXXX3655
 Atendimento a Clientes: 40049009
 Demais Localidades: 0800 9409009



CIT REGISTRE PEI PJ
JOSE EDUARDO DA SILVA
AV MARIA ROSA 58
MANAIRA
58038-460 JOAO PESSOA PB



7211307021 988888 21000044754 30 171017
 Vencimento 28/10/2017 Postagem 17/10/17 Emissão 13/10/2017

Programa de Pontos Caixa
 Pontos a Exp. 1230

Encargos
 MULTA
 MORA

2,00 %
 1,00 %
 1,00 %

Demonstrativo	Cidade/Pais	Valor US\$	Cotação	Créditor/Débit
Data Descrição	Valor Original			
13/09 TOTAL DA FATURA ANTERIOR				
28/09 OBRIGADO PELO PAGAMENTO				
Subtotal Nacional				

JOSE EDUARDO DA SILVA 526965XXXXX3655
 Movimentações Nacionais
 13/10 ANUIDADE DIFERENCIADA TIT 03/04
 Subtotal Nacional

Total Nacional
 Total Internacional
 Total da Fatura



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu João Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.074-91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edson Higino de Freitas inscrito (a) no CPF sob o Nº 840.975.904-72 do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima Edson Higino de Freitas inscrito (a) no CPF sob o Nº 840.975.904-72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Av. Maria Rosa</u>		Número <u>58</u>	Complemento <u>-</u>
Bairro <u>Marina</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58038-460</u>
Email <u>Zeduardosilva@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>98863-4900</u>	Telefone celular (DDD) <u>99342-1170</u>	

João Pessoa de Fevereiro de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

EFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
MPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
IA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
1056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
IX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 41122 Atd: Nao Regulado
Data: 01/07/2017
Hora: 14:03:09
Recepcionista: MARIA JOSE DE ALCANTARA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: EDSON HIGINO DE FREITAS

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.07.000049

NS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1507631 Fone: 988336454

Matr.: MARI/PB Data Nasc.: 18/03/1971 Id: 46 ano(s)

End.: RUA CATOLE DO ROCHA, 115

Bairro: TIBIRI Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF: PB

Mae: MARLUCE HIGINO DE FREITAS

Pai: JOSE JOAQUIM DE FREITAS

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação: AUTONOMO

Escolaridade: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: IRMA/ ANA LUCIA DE FREITAS

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

P: Residencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: SAMU/ QUEDA DE MOTO EM TIBIRI II AS

Vitima de acidente por: 13:00 HRS PROX. AO DEPOSITO DE COS. JOSAFÁ

Vitima de violência por: CONDUTOR

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

colisao moto x moto

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[x] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao

05 FEV. 2018

PROTOCOLO

Joana Alencar de Albuquerque
Méd. do Trabalho
COREN-PB 37.230

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

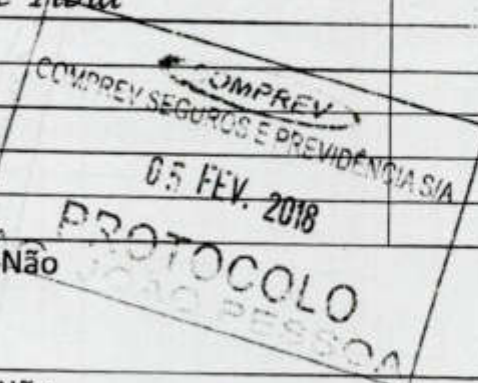
TCE, desmorao em membros. Ao exame: ABCD, Arterias
torax, abdome e bacia sem alteracoes. Aproximadamente
na fratura fechada em perna direita.
Imunizado no 4 anos. Conduta Rx
Alta da Cirurgia Geral

Prescricao

Horario da medicacao

OT. latilgama e AD. el. leito

Dr. Gustavo Urquiza Leite
Cirurgia Geral
CRM-PB 7429

Nome: <i>EDSON HIGINIO DE FREITAS</i>				Registro:	
Idade: <i>46</i>	Sexo: <i>MASC</i>	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>06 / 07 / 2017</i>			Cirurgião: <i>ROBERTO SANTOS</i>		
1º Assistente:			2º Assistente:		
Anestesista: <i>EUCLIDES</i>			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura Diafisária de Tíbia</i>					<i>S82.2</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Osteossíntese de Fratura de Tíbia</i>					
					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

[illegible]

RECEIVED
ADDITIONAL EVIDENCE INFORMATION COMPLETION

6/6/84 11:11 AM

[illegible]

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em 1/3 médio da região anterolateral da perna

Dissecção por planos + hemostasia com eletrocautério

Acesso entre músculo tibial anterior e face lateral de diáfise da tibia

Achados:

Visualização de foco de fratura da tibia

Conduta:

Realizada manobra de redução

Aposição de 1 PLACA DCP DE 8 FUROS

Aposição de 9 PARAFUSOS CORTICAIS

Limpeza exhaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%

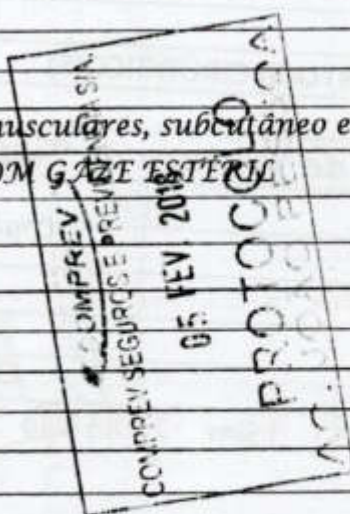
Realizado RX controle

chamento:

Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo OCLUSIVO COM GAZE ESTÉRIL

OBS:



Data: 06/07/2017

Dr. Tiago B. F. Pinheiro
Médico
CRM 09933-PB
MÉDICO/CRM

R, + Dr. Rêbe
sau

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
------	--------------	------	---------	----------

Assinatura da Enfermeira

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia

☐ Alta a pedido

☐ Transferido

☐ Enfermaria

☐ Desistencia

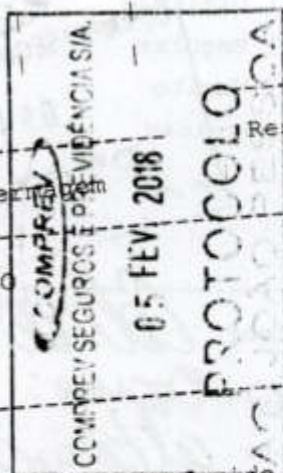
☐ UTI

Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

J. Ana Lucia de Freitas

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-124

APROVADO EM MATRIZ

EDSON HIGINO DE FREITAS

840.975.904-72

18/03/1971

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1.507.631

EDSON HIGINO DE FREITAS

JOSÉ JOAQUIM DE FREITAS
MARLICE HIGINO DE FREITAS

PARAIBA

840.975.904-72

18/03/1971

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
05 FEV. 2018
PROTOCOLO
AC. JOAO PESSOA

05701485



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA FARMACIA
IDENTIDADE DE ADVOGADO



JOSE EDUARDO DA SILVA

JOSEFA GERVASIO DA SILVA

JOAO PESSOA-PE

12578

DATA DE NASCIMENTO: 02/04/1987
CPF: 488.538.024-81
DATA DE EXERCICIO: 15/04/2015
ART. 22, § 1º, inciso I, Lei 13.904/2015
VITAL MARIANO LOPES
PRESIDENTE

COMPREV

05 FEV. 2018

PROTOCOLON

COMPREVE
05 FEV. 2013
PROT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIOIBES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
PRT 2011000378336-1
EXERCÍCIO 2011
CIC REG 00/00000000
CIC 20909465-6

1 20909465-6 00/00000000 2011

EDSON HIGINO DE FREITAS

84097590472 NQJ6860/PB

NOVO PB 9C2KD004209R058788

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

HONDA/NXR150 BROS ES 2009 2009

2 P/149 /CI PARTIC PRETA

IPVA PAGO EM 28/11/2011

SEM RESERVA DE DOMINIO

0 02/12/2011

SANTA RITA, PB 2011

PB N° 9429658269 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2011

84097590472 NQJ6860/PB

209094656 GAS HONDA/NXR150 BROS ES

2009 9C2KD004209R058788

1 84097590472 NQJ6860/PB

PREMIO TARIFARIO

SEGURO PAGO

20/10/2011

Seguradora Líder dos Consórcios

do Seguro DPVAT-S/A

40568-0927321-20111212

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180062066 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDSON HIGINO DE FREITAS **Data do acidente:** 01/07/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, HIPOTROFIA MUSCULAR DA PERNA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO TORNOZELO DIREITO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA PORÉM RESULTOU EM CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO TORNOZELO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/02/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joo Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Victor Borba

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180062066 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDSON HIGINO DE FREITAS **Data do acidente:** 01/07/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à perícia médica para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insuscetíveis à terapêutica nos moldes previsto pela legislação vigente

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

EDSON HIGINO DE FREITAS

brasileiro(a), estado civil DE VORCIADO, profissão NACENEIRO, CI RG nº 1.507 631

CPF/MF nº 840.975.904-72, residente e domiciliado(a) à Rua CATOLÉ DO ROCHA 115

Cidade de SANTA RITA, Estado PARAIBA, CEP: 58302-085, telefone

83-98663 4900, 99342-1170

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar pericias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
05 FEV. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Santa Rita, 10 de fevereiro de 20 18.

x Edson Higinio de Freitas

OUTORGANTE



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:

EDSON HIGINO DE FREITAS

Em test. da verdade, Santa Rita-PB, 10/01/2018, 08h30m.

Alexsandro Rolim Dantas - Escrevente

SELO DIGITAL: 46072184-3580

Confira a autenticidade em: selodigital.tipb.jus.br

Alexsandro Rolim Dantas

Escrevente Autorizado