

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: 18/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE RAFAEL DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00044

CONTA: 000000111982-8

Nr. da Autenticação 7342971BC622F564

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180349338 **Cidade:** Baía da Traição **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RAFAEL DOS SANTOS **Data do acidente:** 13/10/2017 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÉUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180349338 **Cidade:** Baía da Traição **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RAFAEL DOS SANTOS **Data do acidente:** 13/10/2017 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/09/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: ***PARA REANÁLISE FAVOR APRESENTAR: RELATÓRIO DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO. EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO, A NÍVEL AMBULATORIAL E LAUDO DE EXAMES DE IMAGEM REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO: RAOX X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180349338 **Cidade:** Baía da Traição **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RAFAEL DOS SANTOS **Data do acidente:** 13/10/2017 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÉUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180349338 **Cidade:** Baía da Traição **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RAFAEL DOS SANTOS **Data do acidente:** 13/10/2017 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBARACNÓIDEO.

Descrição do exame médico pericial: DANO NEUROLÓGICO EM GRAU RESIDUAL.

Resultados terapêuticos: CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA, SEM COMPLICAÇÕES. ENCONTRA-SE DE ALTA. BOM ESTADO GERAL, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL, CORADO, HIDRATADO. DEAMBULA SEM DIFICULDADES E NÃO APRESENTOU ANORMALIDADES RELACIONADAS AO SISTEMA NERVO CENTRAL DURANTE TODO O DECORRER DO EXAME. INFORMA COMPROMETIMENTO DO EQUILÍBRIO, VERTIGEM, ENXAQUECA E USO CONTROLADO DE FENITOÍNA.

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVO CENTRAL.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/10/2018

Conduta mantida:

Observações: - REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E ADEQUOU A VALORAÇÃO AO EXAME MÉDICO DESCrito PELO EXAMINADOR.

Médico examinador: FELIPE TAVARES SENA

CRM do médico: 5349

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



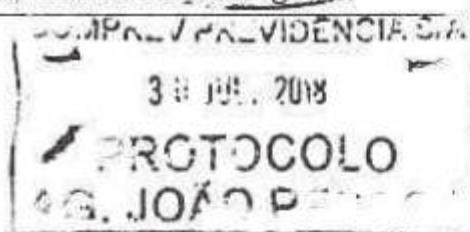
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Jose Rafael dos Santos,
brasileiro(a), estado civil união estável, profissão
eletricista, CI RG nº 003.410.573,
CPF/MF nº 016.678.254-88, residente e domiciliado(a) à Rua
Aldeia, Alto do Tambor, zona rural - Baia da Traíca
Cidade de Baia da Traíca, Estado
Paraíba, CEP: 58295-000, telefone
99105-5363, 98663-4900.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o nº 046.502.754-74
e RG sob o nº 2.627.718 SSP/PB, 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 perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É da responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e dos documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Baia da Traíca 11 de maio de 2018

Jose Rafael dos Santos

OUTORGANTE

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL

Rua Dr. Osvaldo Trigueiro, 652, Praia de ^{Brasil} Tricô -

17052-000

WALDIR FERNANDES DE OLIVEIRA

Oficial do Registro Civil

Dr. Osvaldo Trigueiro - Nº 65

BAIA DA TRAIÇAO - PB

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

Jose Rafael dos Santos

Dou Fz. Baia da Traíca/PB - 17052-000

Substituto: *Waldir Fernandes de Oliveira*

Selo Digital: AGY79851-90UP6

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

Ental R\$8,00 Farpen R\$1,75 MP R\$0,13 Fepi R\$1,75 Praimha - CEP: 58295-000

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0277171/18

Número do Sinistro: 3180349338

Vítima: JOSE RAFAEL DOS SANTOS

CPF: 016.678.254-88

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/10/2017

Titular do CPF: JOSE RAFAEL DOS SANTOS

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 24/09/2018
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOSE RAFAEL DOS SANTOS
Nº Sinistro: 3180349338
Vitima: JOSE RAFAEL DOS SANTOS
Data do Acidente: 13/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180349338**.

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

Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOSE RAFAEL DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180349338

Vitima: JOSE RAFAEL DOS SANTOS

Data do Acidente: 13/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180349338**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE RAFAEL DOS SANTOS
Nº Sinistro: 3180349338
Vitima: JOSE RAFAEL DOS SANTOS
Data do Acidente: 13/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180349338**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE RAFAEL DOS SANTOS

Sinistro: 3180349338

Vítima: JOSE RAFAEL DOS SANTOS

Data do Acidente: 13/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

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 3180349338** 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

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180349338**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE RAFAEL DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a): **ALDEIA GALEGO n° 0 - ZONA RURAL - BAIA DA TRAICAO/PB**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 003140573 - SSP**

Data e local do acidente: **13/10/2017 RIO TINTO/PB**

Data e local do exame: **11/10/2018 JOAO PESSOA/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBARACNÓIDEO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA, SEM COMPLICAÇÕES. ENCONTRA-SE DE ALTA

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

BOM ESTADO GERAL, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL, CORADO, HIDRATADO. DEAMBULA SEM DIFICULDADES E NÃO APRESENTOU ANORMALIDADES RELACIONADAS AO SISTEMA NERVOSO CENTRAL DURANTE TODO O DECORRER DO EXAME. INFORMA COMPROMETIMENTO DO EQUILÍBRIO, VERTIGEM, ENXAQUECA E USO CONTROLADO DE FENITOÍNA

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DANO NEUROLÓGICO EM GRAU RESIDUAL

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 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

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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): **SISTEMA NERVOSO CENTRAL**

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

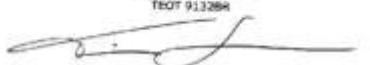
10% 25% 50% 75% 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E ADEQUOU A VALORAÇÃO AO EXAME MÉDICO DESCrito PELO EXAMINADOR -

Médico Perito: FELIPE TAVARES SENA CRM:5349/PB

Felipe Tavares Sena
Ortopédia - R\$ 4.700,00
CRM 5.349 PB
TELEF 9.13286



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

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

016.678.254-88

Nome completo da vítima

José Rafael dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
José Rafael dos Santos	016.678.254-88	eletricista
Endereço	Número	Complemento
Motela do Tambor	3101	
Bairro	Cidade	Estado
Zona rural	Baía da Traíca	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
aleandomarcerduarte@hotmail.com	58295 - 000	69105 - 5363

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 FAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. **0044** DV **00** CONTA NRO. **001982** DV **8**
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	DATA
BANCO NOME	31/12/2018
AGÊNCIA NRO.	VIDENCIA S/F
PROTOCOLO	
(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

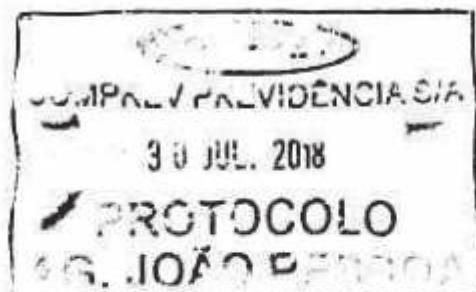
Baía da Traíca de 17 maio de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2018
Ocorrência nº. 015/2018

Aos 17 dias de ABRIL de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de RIO TINTO/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **NORIVAL GOMES PORTELA FILHO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) AD-HOC, aí, por volta 10h:50min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

JOSÉ RAFAEL DOS SANTOS, conhecido por , Identidade nº 003.140.573-SSP/PB, CPF nº 016.678.254-88, nacionalidade brasileiro, estado civil: união estável, profissão: eletricista, filho(a) de Francisco Rafael Dos Santos E Maria Do Ceu Rodrigues Dos Santos, natural de Naral/RN, nascido(a) em 08/01/1995 (23 anos de idade), do sexo MASCULINO, residente e domiciliado(a) no(a) Aldeia Alto Do Tambar(Antiga Aldeia Galego - Próximo Ao Pagé Antonio, tendo como ponto de referência: ZONA RURAL, na cidade de BAIA DA TRAIÇÃO/PB, fone(s) para contato: 83 98891-0896.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

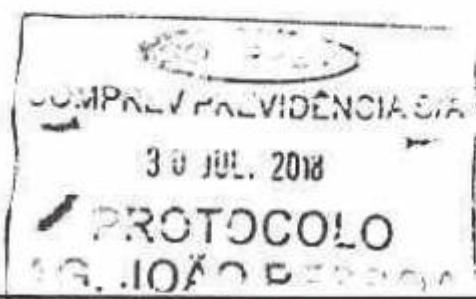
- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE MOTO;
- 2) DATA DO FATO: 13 de 10 de 2017;
- 3) HORÁRIO: 22h:0min;
- 4) LOCAL: Baia da Traição/PB.

5) BREVE RESUMO DO FATO:

Que, no dia 13/10/2017, por volta das 22:00 horas, na rua Matias Freire – centro – Baia da Traição/PB, sentido Praça /Aldeia Forte, nas proximidades da Vila Campinense;QUE, de acordo com o noticiante o mesmo teria cochilado pilotando a moto: HONDA CG 150 TITAN EX, ANO/MODELO 2014, COR PRETA, PLACA NQF7052/PB, CHASSI Nº 9C2KC1660ER516860, RENAVAN Nº 0099511783-7, PERTENCENTE A PESSOA DE INUALDO DE ARAÚJO DELFINO, amigo do noticiante, causando o acidente que vitimou o noticiante;QUE, de acordo com o noticiante o mesmo teve TRAUMATISMO CRANIANO, conforme laudo apresentado nesta Delegacia;QUE, o noticiante teria sido socorrido pela ambulância da Prefeitura Municipal de Baia da Traição/PB, trazido para o HGM em Mamanguape/PB e delá encaminhado na Ambulância do SAMU para a cidade de João Pessoa/PB, para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde permaneceu internado durante 27(vinte e sete) dias;QUE, o noticiante declara não ser pessoa legalmente habilitada, não possuindo CNH.

6) OBSERVAÇÕES:

QUE, o noticiante apresentou os documentos originais da moto e seus documentos pessoais, juntamento com o laudo original do HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA EM JOÃO PESSOA/PB.





Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivā(o) que digitei.

JOSE RAFAEL DOS SANTOS
Comunicante

Marina Lúmen Carneiro
Escrivā(o) Agente
Matrícula nº 000834



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

José Rabelo dos Santos

CPF da Vítima

016.678.254-88

Data do Acidente

13-10-17

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 atende 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.

✓-IPN ✓-LGD VIDÊNCIA S/A
30 JUN. 2018

PROTOCOLO
09.10.2018

Baixada Mariana de 17 maio de 2018

Local e Data

José Rabelo dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	José Rafael dos Santos
DATA DE NASCIMENTO	06/01/95
NOME DA MÃE	Maria do Ceu Rodrigues dos Santos

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	104801
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1033912
DATA DO ATENDIMENTO	13/10/17
HORA DO ATENDIMENTO	02 09
MOTIVO DO ATENDIMENTO	Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S)	Trauma craniano
CID 10	S06.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, trazido pelo SAMU, vítima de acidente de moto, sem capacete, entubado, glasgow 10 na cama, no momento glasgow 3. Foi submetido a tomografia isofoto. Avaliado pela Neurocirurgia e internado para tratamento especializado.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC HSAT direita swelling + hemossinus esfenoideal e etmoidal

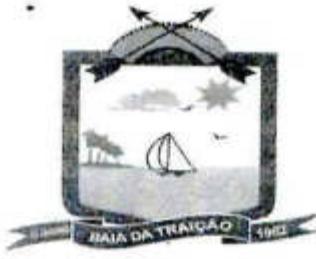
TRATAMENTO:

Implante de cateter de PICC

ALTA HOSPITALAR: 28/10/17
DATA DA EMISSÃO: 08/03/17

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
-CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovar id de atendimento hospitalar para DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



PREFEITURA MUNICIPAL DE BAÍA DA TRAIÇÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr. José Rafael dos Santos, 23 anos portador do RG: 003140573 SSP-RN, CPF: 016.678.258.8 é residente na Aldeia galego vítima de um acidente de motocicleta no dia 12.10.2017 na Aldeia Forte Baía da Traição, que teve atendimento pela equipe da urgência Francisco Porto deste município, sendo acionado o SAMU de Mamanguape para fazer a interceptação com a equipe e sendo encaminhado para o hospital de trauma de João Pessoa pela equipe do SAMU.

Amanda Soares Medeiros
AMANDA SOARES MEDEIROS

Responsável Técnica
COREN-PB:267.655



Baía da Traição, 16 de agosto de 2018



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	José Rafael dos Santos
DATA DE NASCIMENTO	08/01/95
NOME DA MÃE	Maria do Ceu Rodrigues dos Santos

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	104801
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1033912
DATA DO ATENDIMENTO	13/10/17
HORA DO ATENDIMENTO	02:09
MOTIVO DO ATENDIMENTO	Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S)	Trauma craniano
CID 10	S06.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, trazido pelo SAMU, vítima de acidente de moto, sem capacete, entubado, Glasgow 10 na cama, no momento Glasgow 1, pupilas isófoticas. Avaliado pela Neurocirurgia e internado para tratamento especializado.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: HSAT direita, swelling + hemossinus esfenoidal e etmoidal

TRATAMENTO:

Implante de cateter de PIC

ALTA HOSPITALAR:
DATA DA EMISSÃO:

28/10/17

08/03/17

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

27.370.720-0

PROTÓCOLO
N.º: 1040 PESSOA

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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