

Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **IOVANI RIBEIRO JUNIOR**

Nº Sinistro: **3180055052**

Vitima: **IOVANI RIBEIRO JUNIOR**

Data do Acidente: **04/08/2017**

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 3180055052**.

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 12333477



Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: IOVANI RIBEIRO JUNIOR

Sinistro: 3180055052

Vítima: IOVANI RIBEIRO JUNIOR

Data do Acidente: 04/08/2017

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 3180055052** 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

Nome do(a) Examinado(a): **IOVANI RIBEIRO JUNIOR**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA PROJETADA nº 000 - PARATIBE - JOAO PESSOA/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 4335214 - SSP**
Data e local do acidente: **04/08/2017 JOAO PESSOA/PB**
Data e local do exame: **23/02/2018 JOAO PESSOA/PB**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA LUXAÇÃO BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO.

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

FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO TRATADA CIRURGICAMENTE COM FIXADOR EXTERNO NO PRIMEIRO TEMPO E REDUÇÃO ABERTA COM FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS NO 2º TEMPO. APARESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS BILATERAIS NO TORNOZELO ESQUERDO. ALTA EM 18/08/2017.

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

CICATRIZES CIRÚRGICAS BILATERAIS NO TORNOZELO ESQUERDO. LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXO EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO,

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

☒ SIM

☐ NÃO

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

☒ SIM

☐ NÃO

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

DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO

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 seqüela 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): **TORNOZELO ESQUERDO**

☐ 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 VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB



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:

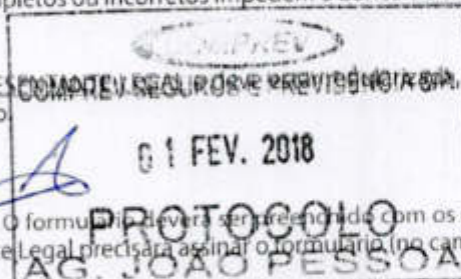
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, 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

294.500.632.49

Nome completo da vítima

Jovani Ribeiro Júnior

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Jovani Ribeiro Júnior	CPF titular da conta 294.500.632.49	Profissão montador de adesão
Endereço Projete toda	Número 51N	Complemento
Bairro Parati de	Cidade João Pessoa	Estado PB
E-mail Zeduardosilva@hotmail.com	CEP 58000-000	Telefone (DDD) 99342-1170

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 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\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

0037

D/V

CONTA

Nº

00147423

D/V

9

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

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.

João Pessoa, 08 de Janeiro de 2018

Local e Data

Jovani Ribeiro Júnior

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
01 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00178.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00178.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:56 horas do dia 26 de janeiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Iovani Ribeiro Junior**, CPF nº 294.500.632-49, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Montador de Adesivo, filho(a) de Maria da Penha Soares de Melo e Iovani Ribeiro, natural de Crateus/CE, nascido(a) em 25/06/1970 (47 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Projetada, Nº S/N, bairro Paratibe, tendo como ponto de referência Merceria do Nildo, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98724-7042.

Dados do(s) Fatos:

Local: Maria Caetano Fernandes de Lima, Moriar Shopping, João Pessoa/PB, bairro Expedicionários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/08/17 11:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, o notificante, no dia 04/08/2017, por volta das 11:30 horas, quando trafegava na rua: Maria Caetano Fernandes de Lima, bairro do expedicionário, nesta Capital PB, conduzindo o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: JTZ/CHOPPER R, ano e modelo: 2017/2018, de cor vermelha, placa: QFJ 8265/PB, chassi nº 99KPC7ZJ1M100111, registrado em nome do notificante, CNH registro nº 05700289841, QUE, segundo o mesmo ao chegar no endereço acima citado, um veículo não identificado pelo notificante, não sabendo informar marca e modelo, nem o condutor do mesmo; QUE o notificante relata que este veículo cruzou a AV acima citado com a Manoel Paulino Junior, vindo a colidir com o veículo do notificante, e que o condutor do veículo causador do acidente evadiu-se do local, que devido ao impacto o notificante veio a cair e se lesionar, sendo socorrido por terceiro para complexo hospitalar de Mangabeira, conforme certidão de nº 1860/2017, datado de 08/12/2017, assinado pela médica da Vigilância a saúde, CRM/PB 3883. Não quer representar criminalmente.

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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 26 de janeiro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


IOVANI RIBEIRO JUNIOR
Noticiante



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

João Ribeiro Junior

CPF da Vítima

294.500.632-19

Data do Acidente

04-08-17

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.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

01 FEV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Ribeiro Junior de Janeiro de 2018

Local e Data

João Ribeiro Junior

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

IPAL DE JOAO PESSOA

ATLAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

58055-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 49955

Atd: Nao Regulad

Data: 04/08/2017

Hora: 12:09:51

Recepcionista: ANTONIA GADELHA LOUREN

Clinica: ORTOPIEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: IOVANI RIBEIRO JUNIOR

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.08.000460

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 0266009 Fone: 988997070

Natural: CRATEUS/CE Data Nasc.: 25/06/1970 Id: 47 ano(s)

End.: RUA GATO DO MATO, 00

Bairro: PARATIBE Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA DA PENHA SOARES DE MELO

Pai: IOVANI RIBEIRO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: DIVORCIADO(A)

Ocupação: MONTADOR DE PECAS NAO ESPECIFICADAS

Escolaridade: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: IOVANI RIBEIRO JUNIOR

Tel/Doc. Responsavel: 988997070 / IDENTIDADE: 0266009

Proc. ncia: RUA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COLISAO MOTOX CARRO

Uma de violência por: HOJE POR VOLTA DAS 11,30 PROX ATRAZ DO MURIAR SHOM

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queix Principal

Trauma em tornozelo e

HISTORIA - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Trauma Tornozelo (E) hoje c/dor e edema local.

Diagnostico

Conduta

R. x Tornozelo (E)
Fratura da base do Tornozelo

Prescricao

Horario da medicacao

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

01 FEV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

André Romero L. Nogueira
Ortopedia Traumatologia
CRM 5040-TOOT 8511

Psicologia - Visita de rotina.
14/08/17. Acolhimento + entrevista.
São Valdeir Araújo de Andrade

Psicólogo

CRP 13/0858

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtd	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução



Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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: 28/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IOVANI RIBEIRO JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000147423-9

Nr. da Autenticação D833FDEEEEDD175E5

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

01 FEV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

JOSE HUMBERTO PEREIRA DA SILVA
RUA PROJETADA S/N - FAPATITE
JOÃO PESSOA - PB CEP: 55000-000 (A01)

Emissão: 28/12/2017 Referência: Dez/ 2017
Classe/Suporte: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO 9/230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 55071-990
Retro: 11 - S - 831 - 1125 NF medidor: 0000004991

Energisa

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.096.193/0001-40 - INSC. EST. 16.016.829-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica IP001 353.920
Cód. para Des. Automático: 0001240217

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

Conta referencial: 28/12/2017
Data prevista da próxima leitura: 26/01/2018
CPF/CNPJ/RANI: 85453988468
Insc. Est: 5340321-7

UC (Unidade Consumidora):

Canal de contato

Este é um canal de contato para o cliente. Não é um canal de atendimento ao cliente. Não é um canal de atendimento ao cliente. Não é um canal de atendimento ao cliente.

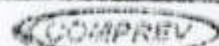
Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
28/11/17	9225	28/12/17	9217	28

Demonstrativo					
	Unidade	Valor	Valor	Valor	Valor
0001 Consumo em kWh	14.000	0,70	9.800	0,70	9.800
0001 Adc. S. Verifica					
0001 CONTRA SERV. LUM. UNICA					

IOVANI RIBEIRO SENIOR

0001 Valor de Distribuição de Energia	TOTAL	99,16	92,00	1,00	91,00	0,50	1,33
---------------------------------------	-------	-------	-------	------	-------	------	------

Mapa de Tarifas (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

01 FEV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

05701485



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME

JOSE EDUARDO DA SILVA

NÚMERO

JOSEPA CERVASIO DA SILVA

NACIONALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

RG

1.004.992 - SSP-PB

ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA E CONTATO

VIA

Ata da Comissão de Ética
2017/2018 - 1ª sessão

DATA DE EMISSÃO

22/04/2017

VÁLIDA ATÉ

22/04/2018

12576

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

01 FEV. 2018

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Jose Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455-536-024-91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Iovami Ribeiro Junior inscrito
(a) no CPF sob o Nº 294.500.632-49 do sinistro de DPVAT cobertura invalida da Vítima
Iovami Ribeiro Junior inscrito (a) no CPF sob o Nº 294.500.632-49 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>Mamaira</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58038-460</u>
Email <u>alexandrecesarduarte@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>98663-4900</u>		Telefone celular (DDD) <u>99105-5363</u>

João Pessoa, 29 de Janeiro de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante



CERTIDÃO

Nº. 1860/2017

Atendendo solicitação de **GISELE LOPES TEIXEIRA** 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 N°499955 e prontuário nº 2017.08.0460 pertencentes a **IOVANI RIBEIRO JUNIOR** que foi atendido dia 04/08/2017 às 12H09min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

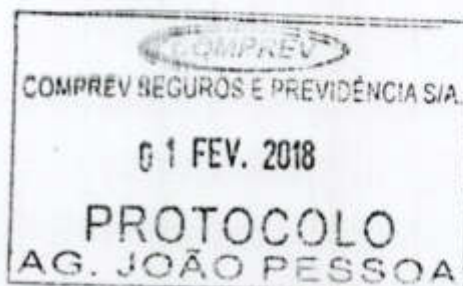
Submetido à avaliação médica e exames de imagem que evidenciou fratura de bimaléolar do tornozelo esquerdo. Realizado cirurgia dia 15/08/2017 e alta medica dia 07/09/2017.

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

João Pessoa, 08 de dezembro de 2017

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Joventi Ribeiro Jr Data da Admissão: 04/08/17
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

QPD: _____

HDA: _____

Tramete em ferrozelo e
após acidente de trânsito e / obter
a deformidade local.

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoco: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

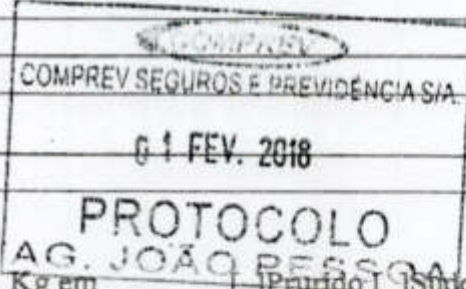
AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

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-reposou [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
[] Amnésia [] Libido [] Humor



Nome: <i>iovani ribeiro junior</i>				Registro:	
Idade: <i>47a</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor:	Clínica: <i>Traumat.</i>	EMP:	LR:
Data: <i>09/06/2017</i>			Cirurgião: <i>Alexandre Galvão</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>			2º Assistente:		
Anestesista:			Instrumentador: <i>Paulo</i>		

DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Fratura Bimaleolar do Tornozelo Esquerdo

S82.6+S82.5

DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

O mesmo

PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)

CÓDIGO

Osteossíntese do Tornozelo

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

01 FEV. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

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

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
Realizado garroteamento de membro inferior
Assepsia + Antissepsia
Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em região lateral do tornozelo
Dissecção por planos até foco de fratura
Hemostasia com eletrocautério

Achados:

Visualização de fratura do maléolo lateral

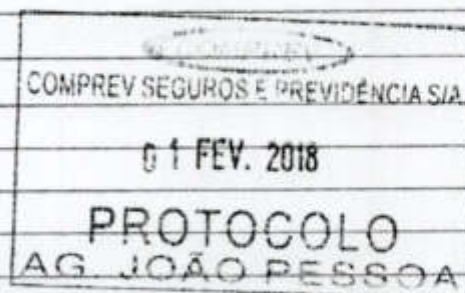
Conduta:

Realizada manobra de redução
Redução de fragmentos ósseos com uso de intensificador de imagem
Aposição de 01 Placa 1/3 tubular 3.5mm + parafusos corticais + parafusos maleolares
Incisão em região medial do tornozelo
Dissecção por planos até foco de fratura
Redução dos fragmentos ósseos
Aposição de parafuso(s) maleolar(es)
Realizado RX controle
Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%

Fechamento:

Fechamento de incisões por planos de planos musculares, subcutâneo e pele
Curativo
Tala bota gessada

OBS:



Data: 06 / 09 / 2017

DR JORGE
MÉDICO/CRM

Posição e Preparo:

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

1. ~~Paciente em DD~~ 203 1/2
2. ~~Exatidão de~~ 1/2 1/2
3. ~~Paciente~~ 10 K 4/5 - Transcendência
4. ~~Exatidão~~ fixação externa em 2017
5. ~~Conteúdo~~ de 2017

Incisão:

Achados:

Paciente: - Exatidão de 1/2 1/2 ->
- Exatidão de 1/2 1/2 ->
- Exatidão de 1/2 1/2 ->

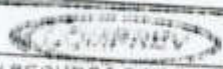
Conduta:

15/08/17

Dr. Carlos Augusto S. Ravi
035 1100973
Hospital Unimed JP

Fechamento:

OBS:


COMPRESSEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
01 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Data: ____/____/____

MÉDICO/CRM

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDH
Anestesia e anti-epilepsia
Aplicação do campo estéril

Incisão:

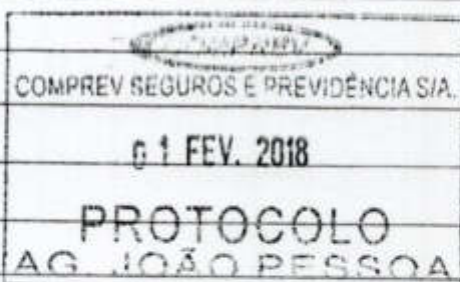
Achados:

Conduta:

Retirada de fixador externo
Liquor
Curativos

Fechamento:

OBS:



Data: 30 / 08 / 17

Dr. Daniel Braga Cavalcante
MÉDICO
CRM 4248 PB

MÉDICO/CRM

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

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

[]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: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

01 FEV. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Fratura - bacia de Torquato
(Pilo Tisuel)

Conduta: _____

Heider Romero I. Nóbrega
Ortopedia/Traumatologia
CRM 10.000.000.000.000.000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-917
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO




Iovani Ribeiro Júnior
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
01 FEV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.335.214 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/06/2015
NOME IOVANI RIBEIRO JÚNIOR
FILIAÇÃO IOVANI RIBEIRO
MARIA DA PENHA SOARES DE MELO
NATURALIDADE CRATEUS-CE DATA DE NASCIMENTO 25/06/1970
DOC ORIGEM
NASC.N.20771 FLS.114 Lev. A-38
CARTÓRIO DE CRATEUS-CE
CPF 294.500.632-49
Assinatura do Diretor
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



Fatura Mensal

Número do Cartão: 526965XXXXX3655
Atendimento a Clientes: 400490099
Demais Localidades: 0800 9409009

Vencimento da Fatura
28/10/2017

Total da fatura
R\$ 50,00

Pagamento 5
R\$ 2,50

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deve entrar em contato com a Central de Atendimento desta fatura, incidindo sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Valor mínimo de encargos em caso de pagamento inferior até o vencimento R\$ 3,44.
Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 13/11/2017



CTC RECIFE PE PE
JOSE EDUARDO DA SILVA
AV MARIA ROSA 58
MANAIRA
58038-460 JOAO PESSOA PB



7211307021 98860 21000044754 30 12/10/17
Vencimento: 28/10/2017 - Posipagem: 17/10/17 - Emissão: 13/10/2017

Demonstrativo

Data - Descrição	Cidade/Pais	Valor US\$	Credito/Debito
	Valor Original	Cotação	
13/10 TOTAL DA FATURA ANTERIOR			1
28/10 OBRIGADO PELO PAGAMENTO			5
Subtotal Nacional			C
JOSE EDUARDO DA SILVA 526965XXXXX3655			
Movimentações Nacionais			
13/10 ANUIDADE DIFERENCIADA 11T 03/104			
Subtotal Nacional			
Total Nacional			
Total Internacional			
Total da Fatura			

Complemento do Programa de Pontos Caixa

Descrição	Valor Original	Valor a Pagar
Encargos	2,00 %	
Interj. TA	1,00 %	
Interj. TA	3,00 %	

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

01 FEV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADADES

DETRAN - PE Nº 013176405960

1. CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

1 0111986791-3 00/00000000 2017

JOVANI RIBEIRO JUNIOR

29450063249 QF8265/PE

MONO PB 99KPKCTZJPM100111

PAS/MOTOCICLE/MNO ARTIC GASOLINA

JTZ/CHOPPER R 2017 2018

2 P/149 /CI PARTIC VERMELHA

IPVA PAGO EM 00/00/0000

***** 0

***** SEGURO P A G O 08/06/2017

A.F. AYMORE CRED FINANÇ E INVEST SA

0

JOÃO PESSOA - PE 17221 16/06/2017 2011

PB Nº 013176405960 DETRAN - PE SEGURO DPVAT

1. CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

1 0111986791-3 00/00000000 2017

JOVANI RIBEIRO JUNIOR

29450063249 QF8265/PE

MONO PB 99KPKCTZJPM100111

PAS/MOTOCICLE/MNO ARTIC GASOLINA

JTZ/CHOPPER R 2017 2018

2 P/149 /CI PARTIC VERMELHA

IPVA PAGO EM 00/00/0000

***** 0

***** SEGURO P A G O 08/06/2017

A.F. AYMORE CRED FINANÇ E INVEST SA

0

JOÃO PESSOA - PE 17221 16/06/2017 2011

2011-0846130-20170616

DE2-2016

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0042750/18
Vítima: IOVANI RIBEIRO JUNIOR
CPF: 294.500.632-49

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 04/08/2017
Titular do CPF: IOVANI RIBEIRO JUNIOR

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

IOVANI RIBEIRO JUNIOR : 294.500.632-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/02/2018
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF/CNPJ: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/02/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180055052 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IOVANI RIBEIRO JUNIOR **Data do acidente:** 04/08/2017 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MI ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/MI ESQUERDO :25% DE 70% = 17,5%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180055052

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IOVANI RIBEIRO JUNIOR

Data do acidente: 04/08/2017

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO. CICATRIZES CIRÚRGICAS BILATERAIS NO TORNOZELO ESQUERDO. LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXO EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO TRATADA CIRURGICAMENTE COM FIXADOR EXTERNO NO PRIMEIRO TEMPO E REDUÇÃO ABERTA COM FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS NO 2º TEMPO. APARESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS BILATERAIS NO TORNOZELO ESQUERDO. ALTA EM 18/08/2017.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/02/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARCUS HERRERA R ALMEIDA

CRM do médico: 52.20028-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO



OUTORGANTE:
Jovani Ribeiro Junior,
 brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
montador automotivo, CI RG nº 4.335.2K1,
 CPF/MF nº 294.500.632-49, residente e domiciliado(a) à Rua
Projetada, S/N Paraibá,
 Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58000-000, 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 perícias 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.

João Pessoa, 08 de Janeiro de 20 18.

Jovani Ribeiro Junior

OUTORGANTE

