

Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **DANIEL DOS SANTOS TRAJANO**

Nº Sinistro: **3180188746**

Vitima: **DANIEL DOS SANTOS TRAJANO**

Data do Acidente: **23/11/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180188746**.

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 12725372



Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **DANIEL DOS SANTOS TRAJANO**

Nº Sinistro: **3180188746**

Vitima: **DANIEL DOS SANTOS TRAJANO**

Data do Acidente: **23/11/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180188746**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **23/11/2016**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

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 402.862.084-07	Nome completo da vítima Daniel dos Santos Trujano
---------------------------	---------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Daniel dos Santos Trujano	CPF titular da conta 402.862.084-07	Profissão Desempregado
Endereço Rua Jacafrina	Número 1915	Complemento
Bairro Nogueira	Cidade João Pessoa	Estado PB
Email ndbrppnt@gmail.com	CEP 58055-000	Telefone (DDD) 83.99100-5607

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)		☐ CONTA CORRENTE (Somente para os bancos) BANCO Nome NRO	
AGÊNCIA NRO. 3484 D/V (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 01300024649 D/V (Informar dígito se existir)	AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)

COMPREV
25 ABR. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOAO PESSOA

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, PB, 14 de Abril de 2018
Local e Data

Daniel dos Santos Trujano

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00471.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00471.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:51 horas do dia 09 de março de 2017, 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, comigo, Agente de Investigação do seu cargo, ao final assinado, compareceu **Daniel dos Santos Trajano**, CPF nº 702.862.084-07, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Desempregado, filho(a) de Lucilene Semeão dos Santos e Antonio Valdevino Trajano, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 07/12/1997 (19 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Josefa Taveira, Nº 1915, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Ao Lado do Antigo Fantástico Clube, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98749-3520.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Josefa Taveira, Perto do Antigo Bemais, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 23/11/16 15:00h. Tipificação: **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

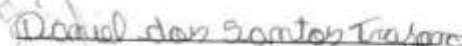
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

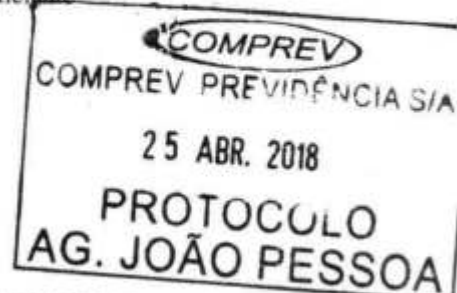
Que no dia 23.11.2016, por volta das 15h00, conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/POP 110I, COR VERMELHA, ANO 2015/2016, PLACA QFT4429/PB, CHASSI 9C2JB0100GR027569, DE PROPRIEDADE DE REGINALDO ALVES DO NASCIMENTO, pela Av. Josefa Taveira, Mangabeira, sentido Mangabeira/Valentina, quando passava próximo ao antigo BEMAIS colidiu em outra MOTOCICLETA não identificada, a qual, estava parada à sua frente ao lado de um ônibus não identificado; Que o noticiante afirma o acelerador da moto que conduzia travou, fazendo com que o noticiante perdesse a atenção do trânsito; Que afirma o noticiante que o outro motociclista não machucou-se; Que o noticiante veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0265/2017, EXPEDIDA PELA DRª SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 13.02.2017; Que o noticiante foi de TÁXI para o Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde se submeteu a procedimentos médicos; Que o noticiante declara que não possuiu CNH; Que não deseja solicitar requisição para exame traumatológico.

Sendo o que havia a constar, cientificado 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, 09 de março de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


DANIEL DOS SANTOS TRAJANO
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 <i>Daniel dos Santos Trifanino</i>	CPF da Vítima <i>402.862.089-07</i>	Data do Acidente <i>23/11/2016</i>
---	--	---------------------------------------

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.



professor, 14 de Abril
Local e Data

Daniel dos Santos Trifanino
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 907621 Atd: Nao Re
Data: 23/11/2016
Hora: 16:13:18
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: DANIEL DOS SANTOS TRAJANO Num. de vezes atendido: 13
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3503280 Fone: 987047388 Num. Prontuario: 2009.03.002080
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 07/12/1997 Id: 19 ano(s)
End.: RUA JOSEFA TAVEIRA, 1920 SUSINVALIDO (700800938686582) RG (PB)
Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Pai: ANTONIO VALDEVINO TRAJANO
Mae: LUCILENE SEMEAO DOS SANTOS
Ocupação: ESTUDANTE
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: MAE RESPONSAVEL
Tel/Doc. Responsavel: 987493520 / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: BAIRRO MANGABEIRA

FATURADO

Transporte utilizado: VEIO DE VEICULO

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO C/ MOTO PROX O ANTIGO PAO DE ACUCAR H

Vitima de violência por: AS 15/ HS CONDUTOR DA MOTO EM M COMPLETO MORENO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA:	FR:	COMPREV	[]	Aparentemente Bem	[]	Grave
FC:	TP:	COMPREV PREVIDENCIA S/A	[]	Politraumatizado	[]	Convulsao
Peso:	Altura:	25 ABR. 2018	[]	Hemorragia	[]	Dispneia
Glicemia:	IMC:	PROTOCOLO	[]	Diarreia	[]	Agitado
Circ. Abd:	O2%:	AG. JOAO PESSOA	[]	Regular	[]	Chocado
			[]	Vomito	[]	

Queixa Principal

Colisao moto com moto chego desmaio, vomito referendo dor em ASE + lombares (SIC).

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

de formida e edema. Atd sem particularidade logo alergico.

Diagnostico

Conduta

Fratura fechada?

*PR
- Alto do crânio
- 03 pontos*

Prescricao

Horario da medicacao

*- D. pino - 01 amp + AN IV
- Dexametasona 0.5 mg + AN IV*

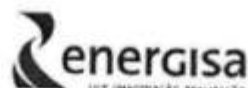
[Signature]
[Stamp]

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : Nº 003.866.150



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

ANTONIO VALDEVINO TRAJANO
RUA JOSEFA TAVEIRA 1915 CPREDE
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/412365-9

REFERÊNCIA

MAR/2018

APRESENTAÇÃO

21/03/2018

CONSUMO

261

VENCIMENTO

28/03/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 192,18

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

ANTONIO VALDEVINO TRAJANO

Roteiro: 12-005-294-8380

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 27/03/2018

VENCIMENTO

28/03/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 192,18

MATRÍCULA

412365-2018-03-3

99841-5088
99100-5604



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Reginaldo Alves de Nascimento,

RG nº 3255 069, data de expedição 30/06/2004,

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 07131699403 com

domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de

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

R. Antonio Jose de Sousa, nº 74,

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

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

vítima Daniel dos Santos Trajano cujo o condutor era

Daniel dos Santos Trajano.

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda / POP 140I

Ano: 2015/2016

Placa: QFT4429/PB

Chassi: 9C2JB0100GR027569

Data do Acidente: 13/11/2016

Local e Data: João Pessoa, PB 16/04/2018

x Reginaldo Alves de Nascimento
Assinatura do Declarante

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Daniel dos Santos Trajano

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

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Det. Robinson Vieira Batista - Tabelião 2º Ofício, Rua Angélica Vieira Batista - Substituta
Rua São Pedro da Praça, 41 - Nazaré/João Pessoa - PB 51020-010 - João Pessoa - Paraíba - Brasil/CEP 51020-010

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firms(s) de: REGINALDO ALVES DO NASCIMENTO
Em test. da verdade, João Pessoa-PB 16/04/2018 08:51:47
IVONETE VIEIRA DA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA
[2018-018602JEMOL:R\$ 89,48 FARPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AGT15778-UANI
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

MPREV
PREVIDÊNCIA S/A
25 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CERTIDÃO

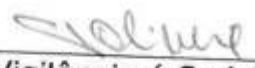
Nº. 0265/2017

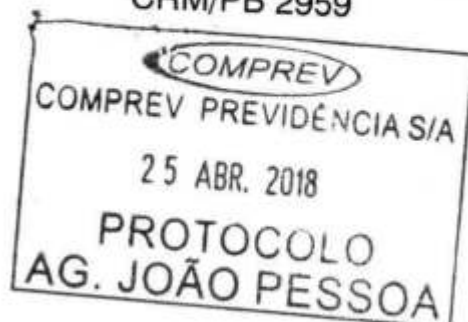
Atendendo solicitação de BEATRIZ FERNANDES LEITE, e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial de N°907621 e Prontuário N° 2009.03.002080, pertencentes a **DANIEL DOS SANTOS TRAJANO**, que foi atendido dia 23/11/2016 às 16H13min, vítima de colisão moto/moto, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de rádio distal esquerdo. Indicado tratamento conservador.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 13 de Fevereiro de 2017


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 907621 Atd: Nao Regular
Data: 23/11/2016
Hora: 16:13:18
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: DANIEL DOS SANTOS TRAJANO

Num. de vezes atendido: 13

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3503280 Fone: 987047388

Num. Prontuario: 2009.03.002080

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 07/12/1997 Id: 19 ano(s)

End.: RUA JOSEFA TAVEIRA, 1920 SUSINVALIDO(700800938686582) RG (PB)

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Pai: ANTONIO VALDEVINO TRAJANO

Mae: LUCILENE SEMEAO DOS SANTOS

Ocupação: ESTUDANTE

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: MAE RESPONSAVEL

Tel/Doc. Responsavel: 987493520 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: BAIRRO MANGABEIRA

FATURADO

Transporte utilizado: VEIO DE VEICULO

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO C/ MOTO PROX O ANTIGO PAO DE ACUCAR H

Vitima de violência por: AS 15/ HS CONDUTOR DA MOTO EM M COMPLETO MORENO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA:	FR:	COMPREV	[]	Aparentemente Bem	[]	Grave
FC:	TP:	COMPREV PREVIDENCIA S/A	[]	Multitraumatizado	[]	Convulsao
Peso:	Altura:	25 ABR. 2018	[]	Hemorragia	[]	Dispneia
Glicemia:	IMC:	PROTOCOLO	[]	Diarreia	[]	Agitado
Circ. Abd:	O2%:	AG. JOAO PESSOA	[]	Regular	[]	Chocado

Queixa Principal

Observacao

*Colisao moto com moto, queda desmaio, vomito
referendo dor em MSE + lacrimas (SIC)*

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*do fornida a edema. Abd sem particularidade
lugar alergico.*

Diagnostico

Conduta

Fratura fechada?

Prescricao

Horario da medicacao

*- D. pinheiro 10mg p + 1000
- Dexametasona 8mg + 1000*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 1 0107067922-1 00/00000000 2016
NOME REGINALDO ALVES DO NASCIMENTO

004293305
07131699403
PLACA ANT / UF QFT4429/PB
NOVO PB 9C2JB0100GR027569

ESPÉCIE TIPO
HONDA/POP 110I
CATEGORIA 2 P/109 /CI
PARTIC
COTA ÚNICA 00/00/0000
FAIXA LPVA 00/00/0000
PARCELAMENTO / COTAS 1* 2* 3*

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0
IOF (R\$) 0
PREMIO TOTAL (R\$) 0
DATA DE PAGAMENTO 13/10/2016
SEGURO P A G O 13/10/2016
OBSERVAÇÕES

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA
JOAO PESSOA - PB
31623
DATA 13/10/2016
52006

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

PB Nº 012896051971 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 13/10/2016
VIA 1 RENAVAN 07131699403
MARCA / MODELO CFT4429/PB

01070679221 HONDA/POP 110I
ANO FAB 2015
9C2JB0100GR027569

PRÊMIO TARIFARIO
DENATRAM (R\$) *****
CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

SEGURO P A G O
DATA DE QUITAÇÃO 13/10/2016
S COTA ÚNICA

SEGURO LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.248.898/0001-04

52006-1343068-20161013

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
25 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180188746 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL DOS SANTOS TRAJANO **Data do acidente:** 23/11/2016 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEG

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RADIO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR,
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

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

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM do médico: 52.35988-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: