

---

**Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190063735**

**Vítima: DANILO IVERSON RODRIGUES BARBOSA SILVA**

**Data do Acidente: 28/02/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), DANILO IVERSON RODRIGUES BARBOSA SILVA**

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

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

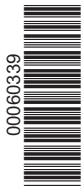
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190063735**

**Vítima: DANILO IVERSON RODRIGUES BARBOSA SILVA**

**Data do Acidente: 28/02/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), DANILO IVERSON RODRIGUES BARBOSA SILVA**

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190063735**

**Vítima: DANILO IVERSON RODRIGUES BARBOSA SILVA**

**Data do Acidente: 28/02/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), DANILO IVERSON RODRIGUES BARBOSA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 24 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190063735

Vítima: **DANILO IVERSON RODRIGUES BARBOSA SILVA**

Data do Acidente: 28/02/2017

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), DANILO IVERSON RODRIGUES BARBOSA SILVA**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00
Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%	
Graduação: Em grau residual 10%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%	
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =	R\$ 675,00

Recebedor: **DANILO IVERSON RODRIGUES BARBOSA SILVA**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **000000036**

Conta: **0000037264-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	000.566.465-80	Danielo Jurem Rodrigues Barreira Silva.

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

Nome completo:	CPF:
Danielo Jurem Rodrigues Barreira Silva.	000.566.465-80
Profissão:	Número:
Ter de Superf.	52
Endereço:	Complemento:
Rua Maria Botista Rodrigues	AP 101
Bairro:	Cidade:
JD Acl Univ.	João Pessoa
Estado:	CEP:
PB	58052-770
E-mail:	Tel (DDD):
Uolbr.dpvat@a-mail.com	(83) 99811-5088

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0036 CONTA: 34964 0

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa 11/01/2019

Nome: Danielo Jurem Rodrigues Barreira Silva

CPF: 000.566.465-80

(\*) Assinatura de quem assina a RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (alfabetizado)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

Assinatura

15 JAN. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01909.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01909.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:20 horas do dia 05 de outubro 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 **Danilo Iverson Rodrigues Barbosa da Silva**, CPF nº 050.566.465-80, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Tec. de Suporte, filho(a) de Eliodete Rodrigues Barbosa da Silva e Walberto Ivo Batista da Silva, natural de Paulo Afonso/BA, nascido(a) em 17/09/1990 (28 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Maria Batista Rodrigues, Nº 56, complemento APT 101, bairro Jardim São Paulo, tendo como ponto de referência Ladeira da Vacaria, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98758-2345.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Laura Muniz de Lima, Mangabeira II, Lombada Eletrônica, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/02/18 13:45h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

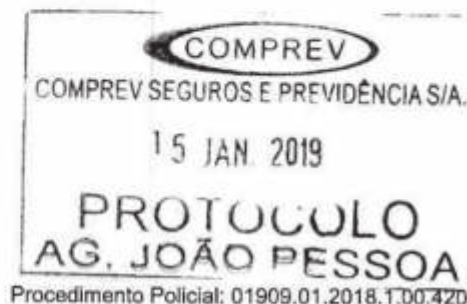
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, segundo o notificante trafegava com o pas/veículo, tipo motocicleta marca e modelo: JTA/SUZUKI INTRUDER 125, ano e modelo 2011 de cor azul, placa:OFE:3237/PB, chassi nº 9CDNF41AJBM246682, registrado em nome de José Roberto do N. Rodrigues-CPF nº 526.270.039-15; QUE segundo o notificante trafegava normalmente em sua mão na faixa da esquerda quando um veículo corola de cor grafite, não sabendo especificar a placa do mesmo; QUE segundo o notificante este condutor do veículo saiu sem se quer ligar seta, fazendo com que o notificante viesse a colidir na lateral esquerda do veículo; QUE devido ao fato veio a cair ao chão, sendo socorrido por terceiro; QUE o notificante foi levado para o complexo de Mangabeira conforme certidão nº 1576/2017 e realizado procedimento cirúrgico no dia 10/03/2017, assinado pelo médico ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 17/10/2017, do Complexo Hospitalar de Mangabeira. QUE não quer representar criminalmente.

**ADENDO(S):**

Que na data 10/01/2019, à(s) 11:54 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: ONDE LER-SE DATA/HORA: 27/02/18 13:45h LEIA-SE: 28/02/17 09:45h.. Adendo registrado por: Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula: 1565699.

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





João Pessoa/PB, 10 de janeiro de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA  
Agente de Investigação

DANILO IVERSON RODRIGUES BARBOSA DA  
SILVA  
Noticiante

ESTA CERTIDÃO FOI EXPEDIDA NA CENTRAL DE POLÍCIA CIVIL DE JOÃO PESSOA - SETOR DE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, SENDO PRESERVADO O CABEÇALHO DA DELEGACIA ONDE O BO FORA ORIGINALMENTE REGISTRADO.



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	000.566.465-80	Daniilo Jurem Rodrigues Barreira Silva.

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

Nome completo:	CPF:
Daniilo Jurem Rodrigues Barreira Silva.	000.566.465-80
Profissão:	Número:
Ter de Superf.	52
Endereço:	Complemento:
Rua Maria Botista Rodrigues	AP 101
Bairro:	Cidade:
JD Acl Univ.	João Pessoa
Estado:	CEP:
PB	58052-770
E-mail:	Tel (DDD):
Uolbr.dpvat@a-mail.com	(83) 99811-5088

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0036 CONTA: 34964 0

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa 11/01/2019

Nome: Daniilo Jurem Rodrigues Barreira Silva

CPF: 000.566.465-80

(\*) Assinatura de quem assina a RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (alfabetizado)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: 15 JAN. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

**NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



FEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA *Ato Declaratório* Ficha Nr: 9716 Atd: Nao Regulado  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY Data: 28/02/2017  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N Hora: 10:37:02  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980 Recepcionista: CRISTIANE DE FRANCA FLOI  
FAX: ( ) - CNPJ: Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 2  
Nome: DANILO IVERSON RODRIGUES BARBOSA SILVA Num. Prontuario: 2017.02.005629  
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1545057656 Fone: 987582345  
Natural: PAULO AFONSO/BA Data Nasc.: 17/09/1990 Id: 26 ano(s) *P/ Nasc*  
End.: RUA PRAIA DE BOA VIAGEM - APT 102,1234OBS TECNICO DE INSTALACAO  
Bairro: JOSE AMERICO DE ALMEIDA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB  
Mae: ELIODETE RODRIGUES BARBOSA DA SILVA Pai: WALBERTO IVO BATISTA DA SILVA  
Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
Ocupação: TECNICO SEM ESPECIFICACAO Escolaridade: SEGUNDO GRAU INCOMPLETO  
INFORMACOES DE ENTRADA  
Resp.: DANILO IVERSON RODRIGUES BARBOSA SILVA  
T. Doc. Responsavel: 987582345 / IDENTIDADE: 1545057656  
Residencia: RESIDENCIA

Tr porte utilizado: PCTE VEIO EM VEICULO PROPRIO  
Vitima de acidente por: PCTE COMM TRAUMA EM (MID)  
Vitima de violência por: (SIC PCTE)  
☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA CONDICÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO  
Tipo de Classificação de Risco:  
PA: FR: ☐ Aparentemente Bem ☐ Grave  
FC: TP: ☐ Politraumatizado ☐ Convulsao  
Peso: Altura: ☐ Hemorragia ☐ Dispneia  
Glicemia: IMC: ☐ Diarreia ☐ Agitado  
Circ. Abd: O2%: ☐ Regular ☐ Chocado  
☐ Vômito  
Observacao  
*Ana Paula*

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)  
*Paciente solta dor e edema e no dorso  
queixando por acidente de queda  
e trauma importante solicitando*  
Diagnostico *em PE D Conduta RX: Fx 3°/5° MTT*  
*diminuir a dor*

Prescricao *HD: 1 Fx 3°/5° MTT  
7) GINT. COMPARISONAL  
CD: SOLICITO AVALIAR  
DA CLINICA VASWARI*  
Horario da medicacao  
*Dr. Manoel Raulo Carvalho  
CRM 8554  
Médico Residente Ortopedia*  
**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.  
15 JAN. 2019  
**PROTOCOLO**  
AG. JOAO PESSOA

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

*7 de 10 R. Barbosa Silva*

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

# 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: 18/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE:    DANILO IVERSON RODRIGUES BARBOSA SILVA

BANCO:        104

AGÊNCIA:    00036

CONTA:        000000037264-0

---

Nr. da Autenticação E4CD4302A4D044DD



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.  
Documento não é segunda-via de conta.

Exibido para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : Nº 016.262.602



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Inscrição 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

DANILO IVERSON RODRIGUES BARBOSA SILVA  
RUA MARIA BATISTA RODRIGUES 52 AP 101  
JOAO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1647558-4

## REFERÊNCIA

JAN/2019

## APRESENTAÇÃO

09/01/2019

## CONSUMO

123

## VENCIMENTO

21/01/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 109,29

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DESTAQUE AGUI

DANILO IVERSON RODRIGUES BARBOSA SILVA

Roteiro: 04-005-060-2581

83680000001-7 09290149000-0 16475582019-2 01000005019-4

## VENCIMENTO

21/01/2019

## TOTAL A PAGAR

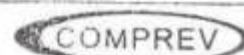
R\$ 109,29

## MATRÍCULA

1647558-2019-01-0



(83) 99811-5088



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

15 JAN. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

## CERTIDÃO

Nº. 1576/2017

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 Nº9716 e Prontuário Nº 2017.02.005629 pertencente a **DANILO IVERSON RODRIGUES BARBOSA** que foi atendido dia 28/02/2017 às 10H37min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em pé direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de 3º e 5º metatarso de pé direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 10/03/2017 com alta médica dia 11/03/2017.

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

João Pessoa, 17 de outubro de 2017

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

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883





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

Ficha Nr: 9716 Atd: Nao Regulado  
Data: 28/02/2017  
Hora: 10:37:02  
Recepcionista: CRISTIANE DE FRANCA FLO  
Clinica: ORTOPIEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: DANILO IVERSON RODRIGUES BARBOSA SILVA Num. de vezes atendido: 2  
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1545057656 Fone: 987582345 Num. Prontuario: 2017.02.005629  
Natural: PAULO AFONSO/BA Data Nasc.: 17/09/1990 Id: 26 ano(s)  
End.: RUA PRAIA DE BOA VIAGEM - APT 102,1234OBS TECNICO DE INSTALACAO  
Bairro: JOSE AMERICO DE ALMEIDA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB  
Mae: ELIODETE RODRIGUES BARBOSA DA SILVA Pai: WALBERTO IVO BATISTA DA SILVA  
Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
Ocupação: TECNICO SEM ESPECIFICACAO Escolaridade: SEGUNDO GRAU INCOMPLETO  
INFORMACOES DE ENTRADA  
Resp.: DANILO IVERSON RODRIGUES BARBOSA SILVA  
Doc. Responsavel: 987582345 / IDENTIDADE: 1545057656  
Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: PCTE VEIO EM VEICULO PROPRIO  
Vitima de acidente por: PCTE COMM TRAUMA EM (MID)  
Vitima de violência por: (SIC PCTE)  
☐ 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

Lesão Principal

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de acidente de trânsito  
de carro e colisão com poste de energia elétrica  
em via pública

Diagnóstico

Fratura de 3º e 4º  
costelas

Conduta

Tratamento  
ortopedico

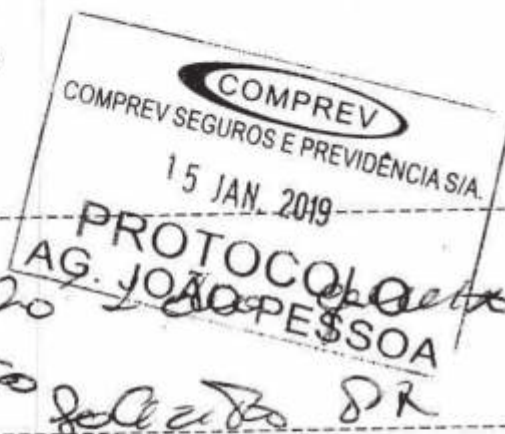
Prescrição

Medicamento em uso

Horario

Clínica

Paciente em acompanhamento  
em ambulatório de ortopedia  
no Hospital de Trauma e Ortopedia



Dr. Francisco (Auto) Carvalho  
CRM 8554  
Médico Residente Ortopedia

28 FEV. 2



-----  
Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)  
-----



-----  
ANOTACOES DA ENFERMAGEM  
-----

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao


-----  
Assinatura da Enfermagem  
-----

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO  
-----

DESTINO DO PACIENTE

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

-----  
  
Assinatura do Paciente/Responsavel  
-----

-----  
Assinatura e Carimbo do Medico  
-----



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Donato Alves da Silva Data da Admissão: 28/02/17  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 1/1

QPD: Paciente admitido de tratamento de  
HDA: noto que o paciente de dor e edema  
em pé

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 Pescoço:** ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe  
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

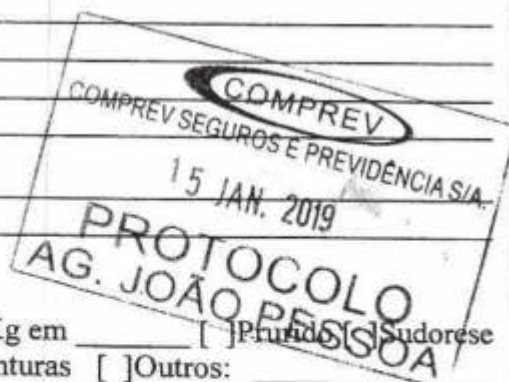
**AR e ACV:** ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise  
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

**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 ☐ Corrímento ☐ Outras: \_\_\_\_\_

**SME:** ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Rigidez pós-reposu ☐ Deformidades  
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

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





COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

15 JAN. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

**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: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: *Fratura de 3º e 4º metacarpo*

Conduta: *Autotratamento por tala e curativo*

*[Assinatura]*  
Francisco Iulio Carvalho  
CRM 8554  
Médico Residente Ortopedia

28 FEV. 2017





## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Reverte no DDC  
Anest. + sut. manual  
Aleskap

Incisão:

nao haue

Achados:

Reducao lmt 2/5 MTT

Conduta:

Reducao, Alinhamento  
e fixacao com F.K. n=2.  
no 2/5 MTT  
elevacao  
mobilizacao

Fechamento:

OBS:

Data:

01.03.17

MÉDICO/CRM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
 DANILO IVERSON RODRIGUES BARBOSA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
 1545057656 SSP BA

CPF  
 050.566.465-80

DATA NASCIMENTO  
 17/09/1990

FEIÇÃO  
 WALBERTO IVO BATISTA  
 DA SILVA  
 ELIODETE RODRIGUES  
 BARBOSA DA SILVA

FEIÇÃO ACC CALHA  
 AB

Nº REGISTRO  
 04623338500

VALIDADE  
 26/01/2020

1ª EMISSÃO  
 20/04/2009

OBSERVAÇÕES  
 A

SIGNATURA DO PORTADOR

LOCAL  
 JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO  
 26/01/2015

SIGNATURA DO EMISSOR  
 65945108171  
 PB030032326

DETRAN-PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1030019513

PROIBIDO PLASTIFICAR  
 1030019513

COMPREV  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
 15 JAN. 2019  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VIA COD. REN. PAT. EXERCÍCIO  
1 0047828331-8 00/00000000 2017

JOSE ROBERTO DO N RODRIGUES

CPF / CNPJ 52627039415 PLACA OFE3237/PB  
PLACA ANT / URF CHASSI  
NOVO PB 9CDNF41AJBM246682

PAS/MOTOCICLETA/NAU APLIC COMBUSTÍVEL GASOLINA  
MARCA / MODELO JTA/SUZUKI INTRUDER 125 ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2011  
CAP / POT / OIL 2 P/125 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE AZUL  
COTA ÚNICA 10/00/0000 VENC. / COTAS 1ª 2ª 3ª  
FAIXA LPVA. PARCELAMENTO / COTAS  
A \*\*\*\*\* 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* P A G O 09/08/2017

SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBRIGATÓRIO  
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL DATA  
JOAO PESSOA-PB 01/12/2017

38903 7251



Assinatura Veículo em 2017

DETRAN

CONTRAN

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

PB Nº 013928868518 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 DATA EMISSÃO  
2017 01/12/2017

VIA 1 52627039415 CPF / CNPJ PLACA OFE3237/PB  
RENAVAM JTA/SUZUKI INTRUDER 125 MARCA / MODELO  
00478283318 ANO FAB. 2011 CAT. TAR. 9 9CDNF41AJBM246682 Nº CHASSI

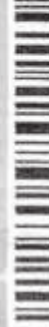
PRÊMIO TARIFÁRIO  
FNS (R\$) \*\*\*\*\*  
CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\*  
IOF (R\$) \*\*\*\*\*  
CUSTO DO SEGURO (R\$) \*\*\*\*\*

PAGAMENTO PARCELADO  
COTA ÚNICA  
DATA DE QUITAÇÃO 09/08/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.043.988/0001-04

7251-1220562-20171201



COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
15 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## Certidão de Óbito

NOME

**\* JOSÉ ROBERTO DO NASCIMENTO RODRIGUES \***

MATRÍCULA

072249 01 55 2015 4 00102 309 0041826 12

SEXO Masculino	COR Branca	ESTADO CIVIL E IDADE Casado, 51 anos
NATURALIDADE JOÃO PESSOA - PB	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CPF 526.270.394-15, RG 964628 SSP/PB	ELEITOR Sim

### FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

Filho de PEDRO RODRIGUES DE OLIVEIRA e de MARIA ISABEL DO NASCIMENTO RODRIGUES.  
Residência do falecido: RUA PROFESSORA CARMEM MOREIRA COUTINHO nº 360, JARDIM  
CID.UNIVERSITÁRIA, JOÃO PESSOA - PB

### DATA E HORA DE FALECIMENTO

Sete de julho de dois mil e quinze, às 20h25min.

DIA

07

MÊS

07

ANO

2015

### LOCAL DE FALECIMENTO

NO HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL - NESTA CAPITAL, CONFORME D.O DE Nº22511364-3

### CAUSA DA MORTE

CHOQUE SEPTICO, SEPSIS PULMONAR, SÍNDROME HEPATO-RENAL, HEPATOPATIA  
CRÔNICA, PNEUMONIA, DISTÚRBO HIDRO-ELETROLÍTICO (MORTE NATURAL)

### SEPULTAMENTO / CREMAÇÃO

CEMITÉRIO SENHOR DA BOA  
SENTENÇA - NESTA CAPITAL

### DECLARANTE

AMILTON DO NASCIMENTO RODRIGUES, RG.1068678  
SSP/PB, MARCENEIRO, casado, residente RUA SÃO  
JUDAS TADEU, S/N - RANGEL - NESTA CAPITAL

### NOME E Nº DE DOCUMENTO DO(S) MÉDICO(S) QUE ATESTOU(ARAM) O ÓBITO

PELO DR. MARIO CARTAXO FILHO, CRM 4682

### OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Ato registrado no livro C-102, às folhas 309 sob o nº 41826. Data do registro: 8 de julho de 2015. Data de nascimento do falecido: 22 de outubro de 1963. O FALECIDO ERA AUTÔNOMO, CASADO CIVILMENTE COM A SRª JOSENICE DA SILVA LIMA RODRIGUES, DEIXOU FILHOS, NÃO DEIXOU BENS E ERA ELEITOR. LIDO, CONFERIDO E ASSINADO PELO DECLARANTE

### Nome do Ofício

Serviço Registral Marques Costa - 11º Ofício

### Oficial Registrador

Cláudia Cristina Lima Marques

### Município/UF

João Pessoa-PB

### Endereço

Av. Cruz das Armas, 3142, Sl. 02, Ed. Planalto Center -

Func. I, CEP: 58087-000 - TELEFAX: (83) 3233-5600

EMAIL: cartoriomarquescosta@gmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

João Pessoa-PB, 8 de julho de 2015.

*Lucélia Kating dos Santos*  
Cartório Marquês Costa  
11º Ofício  
Lucélia K. Santos  
Oficial Registradora

Selo digital ABK50652-CFWZ

Consulte a autenticidade em

<https://selodigital.tjpb.jus.br/>

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

15 JAN. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

Nº 0997854 A





Proprietário do veículo falecido  
**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**

## Certidão de Óbito

NOME

**\* JOSÉ ROBERTO DO NASCIMENTO RODRIGUES \***

MATRÍCULA

072249 01 55 2015 4 00102 309 0041826 12

SEXO <b>Masculino</b>	COR <b>Branca</b>	ESTADO CIVIL E IDADE <b>Casado, 51 anos</b>
NATURALIDADE <b>JOÃO PESSOA - PB</b>	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO <b>CPF 526.270.394-15, RG 964628 SSP/PB</b>	ELEITOR <b>Sim</b>

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

Filho de PEDRO RODRIGUES DE OLIVEIRA e de MARIA ISABEL DO NASCIMENTO RODRIGUES.  
Residência do falecido: RUA PROFESSORA CARMEM MOREIRA COUTINHO nº 360, JARDIM  
CID. UNIVERSITÁRIA, JOÃO PESSOA - PB

DATA E HORA DE FALECIMENTO

Sete de julho de dois mil e quinze, às 20h25min.

DIA

07

MÊS

07

ANO

2015

LOCAL DE FALECIMENTO

NO HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL - NESTA CAPITAL, CONFORME D.O DE Nº22511364-3

CAUSA DA MORTE

CHOQUE SEPTICO, SEPSIS PULMONAR, SÍNDROME HEPATO-RENAL, HEPATOPATIA  
CRÔNICA, PNEUMONIA, DISTÚRBO HIDRO-ELETROLÍTICO (MORTE NATURAL)

SEPULTAMENTO / CREMAÇÃO

CEMITÉRIO SENHOR DA BOA  
SENTENÇA - NESTA CAPITAL

DECLARANTE

AMILTON DO NASCIMENTO RODRIGUES, RG. 1068678  
SSP/PB, MARCENEIRO, casado, residente RUA SÃO  
JUDAS TADEU, S/N - RANGEL - NESTA CAPITAL

NOME E Nº DE DOCUMENTO DO(S) MÉDICO(S) QUE ATESTOU(A)R(A)M O ÓBITO

PELO DR. MARIO CARTAXO FILHO, CRM 4682

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Ato registrado no livro C-102, às folhas 309 sob o nº 41826. Data do registro: 8 de julho de 2015. Data de nascimento do falecido: 22 de outubro de 1963. O FALECIDO ERA AUTÔNOMO, CASADO CIVILMENTE COM A SRª JOSENICE DA SILVA LIMA RODRIGUES, DEIXOU FILHOS, NÃO DEIXOU BENS E ERA ELEITOR. LIDO, CONFERIDO E ASSINADO PELO DECLARANTE

Nome do Ofício

Serviço Registral Marques Costa - 11º Ofício

Oficial Registrador

Cláudia Cristina Lima Marques

Município/UF

João Pessoa-PB

Endereço

Av. Cruz das Armas, 3142, Sl. 02, Ed. Planalto Center -

Func. I, CEP: 58087-000 - TELEFAX: (83) 3233-5600

EMAIL: cartoriomarquescosta@gmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

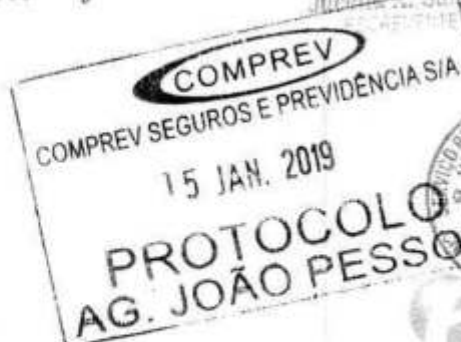
João Pessoa-PB, 8 de julho de 2015.

*Lucélia Xavier dos Santos*  
CARTÓRIO MARQUES COSTA  
11º Ofício  
Lucélia Xavier dos Santos  
OBRIGADA

Selo digital ABK50652-CFWZ

Consulte a autenticidade em

<https://selodigital.tjpb.jus.br/>



VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

Nº 0997854 A



1967

Ca. São de Oito

6.7. 1967

1967

1967

1967

1967

1967

1967

1967

1967

1967

1967

1967

1967

1967

1967

1967

1967

1967

1967

1967

1967

1967

COPIA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190063735 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DANILO IVERSON RODRIGUES BARBOSA SILVA **Data do acidente:** 28/02/2017 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 13/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 2º E 5º METATARSOS DO PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

**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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190063735 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DANILO IVERSON RODRIGUES BARBOSA SILVA **Data do acidente:** 28/02/2017 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 13/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 2º E 5º METATARSOS DO PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

**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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029213/19

**Número do Sinistro:** 3190063735

**Vítima:** DANILO IVERSON RODRIGUES BARBOSA

**CPF:** 050.566.465-80

**Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

**Data do acidente:** 28/02/2017

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** DANILO IVERSON  
RODRIGUES BARBOSA  
SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**Sinistro**

Outros

## 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](http://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: 06/02/2019

Nome: DANILO IVERSON RODRIGUES BARBOSA SILVA

CPF: 050.566.465-80

\_\_\_\_\_  
DANILO IVERSON RODRIGUES BARBOSA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2019

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CPF: 105.999.304-03

\_\_\_\_\_  
NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029213/19

**Vítima:** DANILO IVERSON RODRIGUES BARBOSA

**CPF:** 050.566.465-80

**Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

**Data do acidente:** 28/02/2017

**Titular do CPF:** DANILO IVERSON  
RODRIGUES BARBOSA  
SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**DANILO IVERSON RODRIGUES BARBOSA SILVA : 050.566.465-80**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://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: 24/01/2019  
Nome: DANILO IVERSON RODRIGUES BARBOSA SILVA  
CPF: 050.566.465-80

DANILO IVERSON RODRIGUES BARBOSA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/01/2019  
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA  
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA