

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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.

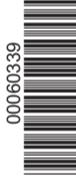
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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, retorno 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.

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	050.566.465-80	Danilo Jerson Rodrigues Barbosa Silva.		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: <i>Danilo Jerson Rodrigues Barbosa Silva.</i>		CPF: <i>050.566.465-80</i>		
Profissão: <i>Vt de Suprte</i>	Endereço: <i>Rua Maria Botelho Rodrigues</i>	Número: <i>52</i>	Complemento: <i>AP 302</i>	
Bairro: <i>JD Cid Umuí.</i>	Cidade: <i>João Pessoa</i>	Estado: <i>PB</i>	CEP: <i>58052-440</i>	
E-mail: <i>lulve.dpvat@gmail.com</i>	Tel.(DDD): <i>(83) 99811-5088</i>			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0036** CONTA: **37964** 0
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim 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.

Impresão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: *João Pessoa 11/01/2019*
Nome: *Danilo Jerson Rodrigues Barbosa Silva*
CPF: *050.566.465-80*

(*) Assinatura de quem assina o RGDO
Danilo Jerson Rodrigues Barbosa Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: **COMPREV**
CPF: _____
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

Assinatura: *15 JAN. 2019*

2º | Nome: **PROTÓCOLO**
CPF: _____
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGDO, 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 N° 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 Investigacao, 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.**

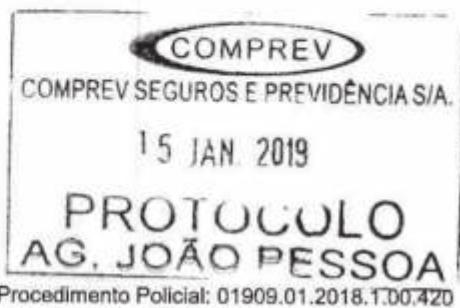
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

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



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 10 de janeiro de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigacao

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	050.566.465-80	Danilo Jerson Rodrigues Barbosa Silva.		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:				CPF:
Danilo Jerson Rodrigues Barbosa Silva.				050.566.465-80
Profissão:	Endereço:			Número:
Vet de Suporte	Rua Maria Botelho Rodrigues			52
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	58052-440
JD Cid Umuí.	João Pessoa	PB	CEP:	58052-440
E-mail:	Tel. (DDD): (83) 99811-5088.			
Ulver.Dpvat@gmail.com				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0036** CONTA: **37964** 0
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

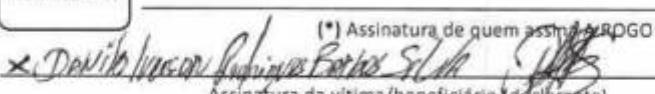
Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim 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.

Impresão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: **João Pessoa 11/01/2019**
Nome: **Danilo Jerson Rodrigues Barbosa Silva**
CPF: **050.566.465-80**

(*) Assinatura de quem assina o RGDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: **COMPREV**
CPF: _____
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

Assinatura: **15 JAN. 2019**
2º | Nome: _____
CPF: _____

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGDO, 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.

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:

Ato Declaratório

Eicha Nr: 9716

Atd: Nao Regulado

Data: 28/02/2017

Hora: 10:37:02

Repcionista: CRISTIANE DE FRANCA FLO
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)

End.: RUA PRAIA DE BOA VIAGEM - APT 102, 12340BS 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

Tipo Doc. Responsavel: 987582345 / IDENTIDADE: 1545057656

Sedencia: RESIDENCIA

Tr esporte utilizado: PCTE VEIO EM VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: PCTE COMM TRAUMA EM (MID)

Vitima de violencia por: (SIC PCTE)

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
Sintoma Principal		<input type="checkbox"/> Vomito	
		Observacao	

Sintoma Principal

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Doente solto dor e edema e no pé direito
queixando oper aderido ao solo.
OT: Exame importante solicita da
Diagnostico em PE D Conduta RX: FP a 32/5: MTTI
DIMINUIÇÃO P. O. G. T. A.

Prescricao

HD: 1) Fx a 32/5 Horario da medicacao

2) SIND. COMPRESSEGURAS E PREVIDENCIAS/A.

CD: SOLICITO AVAISAO

DE CIRURGIA VISUAL

COMPRESEGURAS E PREVIDENCIAS/A.

15 JAN. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr Henrique Luiz Barcelos
CRM 8554
Jáde Residente Ortopedia

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

I.D. No. R.B. 202 Ska

Assinatura do Paciente/Responsável

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.

Recibo para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : NF 018.282.662



ENERGISA PARÁBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-4

DADOS DO CLIENTE

DANILIO 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

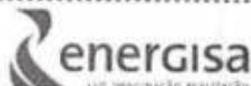
VENCIMENTO

21/01/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 109,29

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUES AQUI

DANILIO IVERSON RODRIGUES BARBOSA SILVA

Roteliro: 04-005-060-2581

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

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
21/01/2019	R\$ 109,29	1647558-2019-01-0



(31/01/2019)





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 Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 17 de outubro de 2017

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITI
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
Recepção: CRISTIANE DE FRANCA FLO
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: DANILIO IVERSON RODRIGUES BARBOSA SILVA Num. de vezes atendido: 2
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)

End.: RUA PRAIA DE BOA VIAGEM - APT 102, 12340BS 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.: DANILIO 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:	[] Aparentemente Bem	[] Grave
FC:	TP:	[] Politraumatizado	[] Convulsao
Peso:	Altura:	[] Hemorragia	[] Dispneia
Glicemia:	IMC:	[] Diarreia	[] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[] Regular	[] Chocado
[] Caso Policial		[] Vomito	
[] Caso Policial		Observacao	

maixa Principal

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Paciente vitima de cedimento do dor e edema e perdeu sangue
solo de dor e edema e perdeu sangue

Diagnóstico: Fratura de 3º grau | Conduta: Tratamento
de odontogito D

Prescrição: Edema inflamado Horário da medicação: 10:30 AM

Paciente encaminhado para o hospital de Trauma Dr. Bernardo

Dr. Francisco Filho Barreto
CRM 8554
Médico Residente Ortopedia

28 FEV. 2



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
1				
1				
1				
1				
1				
1				

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Paulo R. B. St

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Danielo Tereza do Rego Data da Admissão: 28/04/17

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: Só fumo e não do tabaco de 30

HDA: não烟 existe de vez em quando

Medicações em uso: _____

COMPREV
COMPREV SEGUROSE E PREVIDÊNCIAS S.A.
15 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []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-reposo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____
Alergias: _____ []HTF
Cirurgias: _____ []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: Froturas de 3º e 8º metatarso direito

Conduta: internamento para tratamento cirúrgico

Dr. Francisco Rui Lacerda
CRM 0554
Médico Residente Ortopedista

28.FEV.2017



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Dileto Ferreira</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:	<i>DR. Ferreira</i>		1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

FA 2/5 MTTD

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

O humor

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

REFRÍ

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
15 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não Descreva:

Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

1 () Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Reposante no DDP

Anepisio + sut. membra
Aules rasas

Incisão: nos haud

Achados:

Reclivido peso 215 MM

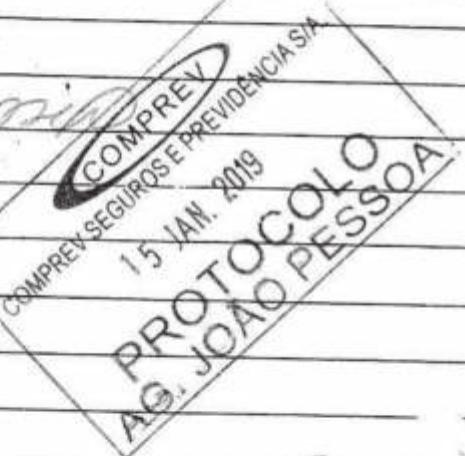
Conduta:

Ressecção Merceado
1 tuberos com F.R. n.º 2.
no 215.000 mm
elatíssimo
mobilização

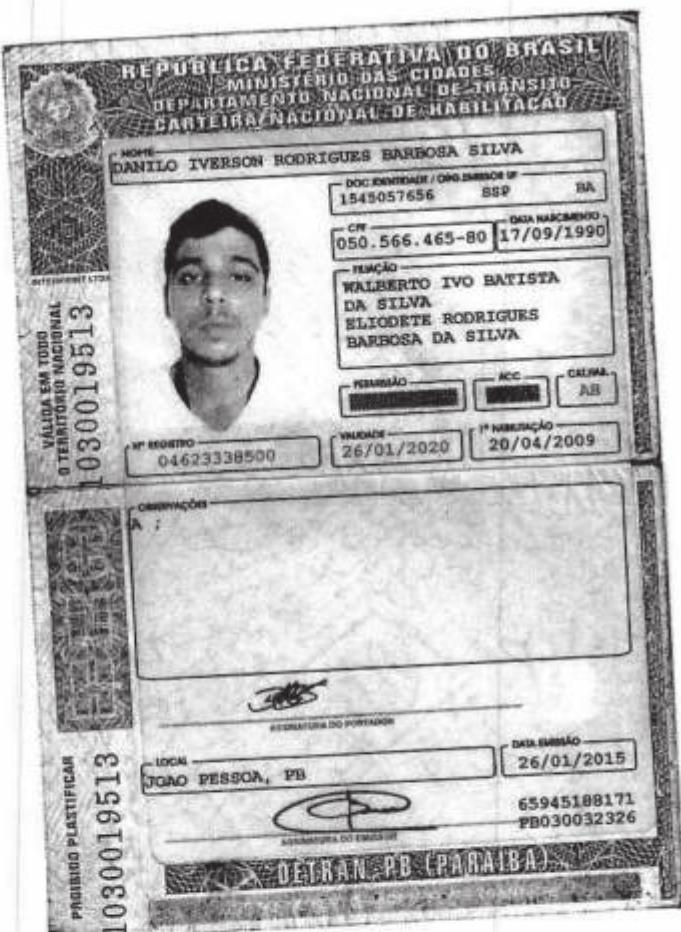
Fechamento:

OBS:

Data: 09/03/17



MÉDICO/CRM



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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MÍNISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

VIA [REDACTED] CAD. REGR. RT 20170009469810 - EXERCÍCIO

1 0047828331-8 00/00000000 2017

JOSE ROBERTO DO N RODRIGUES

NOME

CPF / CNPJ	PLACA
52627039415	OFEE3237/PB
PLACA ANT / UF	CHASSI
PB	9CDNF41AJBM246682

ESPECIE VEICO	COMBUSTIVEL
PAS / MOTOCICLE / NAV APLIC	GASOLINA
MARCA / MODELO	ANO MOD.
JTA / SUZUKI INTRUDER	2011
CNP / FOT / CH.	ANO FAB.
2 P/125 / CI PARTIC	COR PREDOMINANTE
I COTA UNICA	AZUL

VENC. COTA UNICA	VENC. / COTAS
10/00/0000	1*
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS
*****	2*
A *****	3*

PREMIO TARIFARIO (R\$) - IOF (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	SEGURO BPA GTO	09/08/2017
OBSEVAÇÕES		

SEM RESERVANDE DOMÍNIO OBRIGATÓRIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA

0
LOCAL
JOAO PESSOA-PB
38903

DATA	01/12/2017
PAGAMENTO	<input type="checkbox"/>
COTA ÚNICA	<input checked="" type="checkbox"/>
PARCELAÇÃO	<input type="checkbox"/>

7251

SEGURADO 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

EVENTO/OCORRÊNCIA
2017

DATA DA EMISSÃO
01/12/2017

CPF / CNPJ
52627039415

PLACA
OFE3237/PB

RENAVAM
00478283318

PLACA
OFE3237/PB

MARCA / MODELO
JTA / SUZUKI INTRUDER

125

ANO FAB.
2011

OUT TARI
9

Nº CIBSI
9CDNF41AJBM246682

PRÉMIO TARIFÁRIO

GENNATH (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

IOF (R\$)

SEGURADO

PAGAMENTO

DATA DE PAGAMENTO
09/08/2017

L

O

R

S

E

T

U

V

W

X

Y

Z

OUT: LNU

OUT:

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

15 JAN. 2019

PROTÓCOLO
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	RAC Branca	ESTADO CIVIL E IDADE Casado, 51 anos
NACIONALIDADE 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, SEPSE PULMONAR, SÍNDROME HEPATO-RENAL, HEPATOPATIA CRÔNICA, PNEUMONIA, DISTÚRBIO 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 SR^a 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. 1, 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.

Judicezam dos Santos
CARTÓRIO MARQUES COSTA
11º Ofício
Juiz(a) Z. Santos
Presidente



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 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, SEPSE PULMONAR, SÍNDROME HEPATO-RENAL, HEPATOPATIA CRÔNICA, PNEUMONIA, DISTÚRBIO HIDRO-ELETROLÍTICO(MORTE NATURAL)

SEPULTAMENTO / CREMAÇÃO

CEMÉTÉRIO 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(AVAN) 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 SR^a 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, SI. 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.

Julio Xavier dos Santos
CARTÓRIO MARQUES COSTA
11º OFÍCIO
Juiz de Fazenda
Fazenda Pública



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

Nº 0997854 A



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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/02/2017

DANILo IVERSON

Titular do CPF: RODRIGUES BARBOSA

SILVA

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 06/02/2019

Nome: DANILo IVERSON RODRIGUES BARBOSA SILVA
CPF: 050.566.465-80

Data do cadastramento: 06/02/2019

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

DANILo IVERSON RODRIGUES BARBOSA SILVA

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/02/2017

DANILo IVERSON

Titular do CPF: RODRIGUES BARBOSA

SILVA

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 24/01/2019

Nome: DANILo IVERSON RODRIGUES BARBOSA SILVA
CPF: 050.566.465-80

Data do cadastramento: 24/01/2019

Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

DANILo IVERSON RODRIGUES BARBOSA SILVA

MARCELA DO CARMO DE LIMA